

Otto-Friedrich-Universität Bamberg  
Fakultät für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

## **Die Dokumentation in der Altenpflege**

**Ihr Zusammenwirken mit der Pflege- und Managementqualität  
sowie der Lebensqualität der Pflegebedürftigen**

**Eine Internationale Vergleichsuntersuchung**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades eines  
doctor rerum politicarum (Dr. rer. pol.)

Vorgelegt von  
Dipl. Sozialpädagogin (FH)  
Dipl. Sozialwirt (Univ.)  
Claus Heislbetz

Erstgutachter: Prof. Dr. Richard Pieper  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter Trenk-Hinterberger

Tag der mündlichen Prüfung: 24.06.2009

# Vorwort

Nur wenige Fragen werden in der Altenpflege so kontrovers diskutiert wie die Notwendigkeit und der Ertrag der Pflegedokumentation. Das Spektrum der Positionen reicht von der Betrachtung der Dokumentation als bürokratische Zusatzbelastung, die von den pflegerischen Kernaufgaben abhält, bis hin zur Auffassung, wonach die Dokumentation als Kennzeichen professioneller Pflege zur Sicherung von Pflegequalität unverzichtbar ist. Der weiter reichende Nutzen für die anvisierten Adressatinnen und Adressaten blieb bislang meist unbeachtet. Ein möglicher Ertrag der Dokumentationsqualität für die Klientinnen und Klienten der Altenpflege wird – je nach theoretischer Position – zwar erwartet, wurde empirisch bisher aber noch kaum untersucht.

Auf der Grundlage von Ergebnissen aus dem EU-Forschungsprojekt Care Keys werden in dieser Studie theoretische Erkenntnisse zu Voraussetzungen, Orientierungen, Verfahren und zur Integration des Dokumentationshandelns im Pflegealltag systematisiert und ergänzt. Erwartungen an den Beitrag zur Pflegequalität aus Sicht der professionell handelnden Pflegerinnen und Pfleger werden ebenso theoretisch hergeleitet wie der mögliche Gewinn durch die Dokumentation für die Klientinnen und Klienten – nicht zuletzt als zusätzliche pflegebezogene Lebensqualität. Die Gültigkeit des so entwickelten Metamodells der Pflegeprozessdokumentation wird anschließend mittels eines internationalen Datensatzes analysiert, der sich unter anderem aus Befragungsdaten von Klientinnen und Klienten sowie Pflegemanagerinnen und -managern zusammensetzt. Ergänzt werden diese Informationen um Auswertungsdaten aus den Pflegedokumentationen. Dabei gelingt zwar der Nachweis eines positiven Zusammenhangs zwischen der Dokumentationsqualität einerseits und der Pflegequalität sowie der pflegebezogenen Lebensqualität der Klientinnen und Klienten andererseits. Jedoch zeigen sich auch Hindernisse, insbesondere institutioneller Art, die dieser Wirkungsbeziehung im Weg stehen können.

Ich danke an dieser Stelle allen, die mich während der Entstehung dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben. Ein Dank geht an Prof. Dr. Richard Pieper, der mir stets aufgeschlossener akademischer Diskurspartner war. Bei Prof. Dr. Peter Trenk-Hinterberger bedanke ich mich für entgegengebrachtes Wohlwollen und wertvolle Hinweise. Mona Frommelt danke ich für die Anregung, mich dieser Fragestellung zu widmen, und für die kritische Lektüre des pflegetheoretischen Teils. Meiner Lektorin, Dr. Juliane Fuchs, danke ich für freundliche Anmerkungen und gründliches Korrekturlesen. Ganz besonders danke ich jedoch Gundula Heislbetz und unseren Töchtern Sophie und Annelie für alle mir entgegengebrachte Geduld ebenso wie für notwendige Ablenkung.

Fürth, im Juli 2009

Claus Heislbetz

# Inhalt

<b>Vorwort .....</b>	<b>2</b>
<b>Inhalt.....</b>	<b>3</b>
<b>I. EINLEITUNG.....</b>	<b>5</b>
1. Problemstellung und Aufbau der Untersuchung.....	5
2. Pflege theoretische Prämissen .....	10
2.1 Pflegeverständnis .....	10
2.2 Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen .....	14
2.3 Pflegequalitätsmatrix.....	18
2.4 Pflegediskurs .....	21
<b>II. THEORETISCHE ANALYSEN .....</b>	<b>24</b>
3. Pflegedokumentation und Pflegewissenschaft.....	24
3.1 Pflegedokumentation in der pflege theoretischen Literatur .....	24
3.1.1 Pflegedokumentation und die operative Bewältigung des Pflegealltags .....	25
3.1.2 Pflegeprozessdokumentation .....	29
3.1.3 Theoretischer Ertrag vorliegender empirischer Ergebnisse.....	49
3.2 Pflegedokumentation und pflegerische Professionalität .....	71
4. Pflegedokumentation aus institutionenökonomischer Sicht .....	86
4.1 Zur Analyse des rationalen Transparenzverhaltens .....	89
4.1.1 Informationsökonomischer Hintergrund.....	89
4.1.2 Modelle der transparenten Erbringung medizinischer Leistungen .....	94
4.2 Rationale Dokumentation pflegerischer Leistungen .....	99
4.2.1 Transparenzverhalten im Pflegeteam.....	102
4.2.2 Risikoreduzierung durch die Pflegedokumentation.....	108
4.2.3 Qualitätssignale durch die Pflegedokumentation .....	133
4.2.4 Zur Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation .....	143
4.3 Überblick der ökonomischen Motive zur Führung der Pflegedokumentation .....	155
5. Zusammenfassung der theoretischen Analysen .....	158
5.1 Metamodell der Pflegeprozessdokumentation .....	158
5.2 Fragen an die empirische Analyse .....	176
5.3 Theoretisch begründete Struktur der empirischen Untersuchungen .....	179
<b>III. EMPIRISCHE ANALYSEN .....</b>	<b>183</b>
6. Datengrundlage und Entwicklung der Indikatoren .....	183
6.1 Sekundäranalytische Eignung des Datensatzes für die Zwecke der Untersuchung ..	183
6.2 Stichprobe und Datenerhebung .....	186
6.3 Aufbereitung des Datensatzes .....	188
6.4 Indikatoren der Dokumentationsqualität.....	196

6.4.1	Professionelle Perspektive I: Vollständigkeit .....	197
6.4.2	Professionelle Perspektive II: Ausgewogenheit .....	201
6.4.3	Klientinnenperspektive: Kongruenz .....	203
6.5	Indikatoren zu Dokumentationsvoraussetzungen und -wirkungen .....	210
6.5.1	Dokumentationsvoraussetzungen .....	211
6.5.2	Effektivität, Effizienz und klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit..	217
6.5.3	Dokumentierte Pflegequalität .....	220
6.5.4	Externe Kooperation .....	224
6.5.5	Subjektive Pflegezufriedenheit .....	226
6.5.6	Pflegebezogene Lebensqualität.....	230
6.6	Vorgehensweise bei den empirischen Zusammenhagsuntersuchungen.....	232
7.	Ergebnisse.....	235
7.1	Input: Voraussetzungen für die Pflegedokumentation .....	235
7.1.1	Managementkonzept.....	235
7.1.2	Verfahren .....	238
7.1.3	Einrichtungsressourcen.....	239
7.1.4	Kooperationskonzept .....	241
7.2	Objektiver professioneller Output der Dokumentation.....	243
7.2.1	Effektivität .....	244
7.2.2	Effizienz.....	246
7.2.3	Klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit.....	248
7.2.4	Dokumentierte Pflegequalität .....	250
7.2.5	Externe Kooperation .....	252
7.3	Subjektiver klientinnenbezogener Outcome der Dokumentation .....	254
7.3.1	Zufriedenheit der Klientinnen mit der Pflegequalität .....	255
7.3.2	Pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen.....	256
7.4	Ländervergleich und zusammenfassende Dokumentationsmuster .....	258
7.4.1	Dokumentationsqualität im Ländervergleich.....	258
7.4.2	Dokumentation als bürokratische Aufgabe.....	269
7.4.3	Dokumentation zur Signalisierung professioneller Qualität.....	276
7.4.4	Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos.....	284
<b>IV. Fazit und Ausblick.....</b>		<b>302</b>
<b>Literatur.....</b>		<b>308</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>		<b>333</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>		<b>336</b>
<b>Anhang .....</b>		<b>343</b>

# I. EINLEITUNG

## 1. Problemstellung und Aufbau der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung ist in mehrerer Hinsicht durch das EU-Forschungsprojekt Care Keys (Vaarama et al. 2007a) inspiriert, das ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Professur für Urbanistik und Sozialplanung an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg mitgestalten durfte. Gegenstand des Projekts, das die Länder Deutschland, Estland, Finnland, Schweden und Vereinigtes Königreich umfasste, war die anwendungsbezogene Untersuchung der Bedingtheit pflegebezogener Lebensqualität von langzeitpflegebedürftigen Altenpflegeklientinnen<sup>1</sup> in ambulanter und stationärer Versorgung. Die theoretischen und empirischen Analysen betrachteten dabei zunächst die drei zentralen pflegerischen Stakeholder: die Klientin, die Pflegerin und die Pflegemanagerin. Die Bereitstellung von Lebens-, Pflege- und Managementqualität als pflegerischer Ergebnisqualität wurde in Abhängigkeit von den Strukturbedingungen (Input), der Prozessqualität und der Outputqualität, jeweils bezogen auf die drei genannten Stakeholder untersucht. Differenziert wurden die Analysen dabei durch ein vierdimensionales Meta-(qualitäts-)Modell (vgl. hierzu Abschnitt 2.2).

Der Blick auf die Pflegedokumentation<sup>2</sup> als Abbild des pflegerischen Handelns hatte während dieses Forschungsprojekts eine zentrale Bedeutung. Das Ziel bestand unter anderem darin, die dokumentierten Sachverhalte zu Indikatoren etwa der professionellen Pflegequalität oder der Effektivität der geleisteten Pflege zu verdichten. Dabei konnten zwei, im Grunde genommen gegensätzliche Beobachtungen gemacht werden: Zunächst stellte sich die Dokumentationsqualität insgesamt und länderübergreifend häufig als unbefriedigend heraus. Erkannt wurde beispielsweise eine systematisch einseitige Dokumentation bestimmter Pflegebedarfe und -leistungen zulasten anderer Bedarfe und Leistungen. Auch fanden sich Hinweise auf systematisch verzerrte Dokumentationsinhalte, etwa um administrativen Vorgaben zur Refinanzierung der Pflege eher entsprechen zu können (Heislbetz et al. 2007, S. 240).

Andererseits gelang es im Rahmen des Forschungsprojekts auch, aus Dokumentationsdaten Indikatoren zu mehreren bedeutsamen Aspekten der Pflegequalität zu berechnen, die sich als empirisch belastbar erwiesen und mit denen aussagekräftige Prediktoren für die pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen vorliegen. Die dabei generierten Indikatoren geben unter anderem Aufschluss über die Pflegequalität aus professioneller Perspektive und über die Effektivität sowie Effizienz des pflegerischen Ressourceneinsatzes.

Pauschale Urteile über die Pflegedokumentation, wie sie auch in einschlägigen Fachveröffentlichungen gerne illustrativ kolportiert werden, können bereits auf der Basis dieser Erfahrung zurückgewiesen werden: Unterstellt wird in solchen Pauschalurteilen beispielsweise eine generelle Bedeutungslosigkeit der Dokumentation für die Pflegepraxis („Bei uns liest sie keiner“, zitierte Praktikerinnen in: Garms-Homolová/Niehörster 1997, S. 10). Eine ähnlich pauschale Aussage betrifft den Adressaten der Dokumentation („Die Dokumentation wird für den

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im Weiteren auf die sprachliche Berücksichtigung beider Geschlechter verzichtet. Die grundsätzlich verwendete weibliche Form schließt dabei die männliche mit ein. Stehende Bezeichnungen für idealtypisch konstruierte, nicht-natürliche ‚Personen‘ insbesondere aus der Ökonomie (z.B. rationaler Akteur, Prinzipal oder Agent) werden jedoch in der Form gebraucht, in der sie eingeführt sind.

<sup>2</sup> Die Bezeichnungen Pflegedokumentation und Dokumentation werden aus sprachlichen Gründen abwechselnd verwendet. Sie sind synonym zu verstehen.

Medizinischen Dienst der Krankenkassen geführt.“, vgl. hierzu z.B. König 2007, S. 16f.). Eine besonders krasse Kritik schließlich kommt in der Feststellung zum Ausdruck, die Dokumentation halte die Pflegerinnen lediglich von ihren eigentlichen Aufgaben ab (vgl. z.B. Mason 1999).

Doch auch wenn solche Pauschalurteile durch den Nachweis, dass aus den dokumentierten Informationen aussagekräftige Indikatoren zur Pflegequalität gebildet werden können, relativ einfach zurückgewiesen werden können, gibt dies noch keinen Aufschluss darüber, wie sich die Pflegedokumentation auf das Niveau der Pflegequalität und auf die pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen auswirkt. Zusammenfassen lässt sich diese theoretische und vor allem empirische Wissenslücke wie folgt:

„Der Zusammenhang zwischen der Qualität der direkten Pflege und der Qualität der Dokumentation ist bislang kaum geklärt, keinesfalls kann von einer guten Dokumentation auf eine gute Pflege, umgekehrt kann bei einer schlechten Dokumentation auch nicht auf eine schlechte direkte Pflege geschlossen werden“ (Bartholomeyczik/Morgenstern 2004a, S. 267).

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung besteht darin, einen theoretischen und empirischen Beitrag zur Klärung dieses Problems zu liefern. Es geht um die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen zu erwarten ist, dass die Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Altenpflegepraxis einen positiven Beitrag zur Pflegequalität aus professioneller und Klientinnensicht und zur Lebensqualität der Klientinnen liefert.

Die Bedeutung der Pflegedokumentation ist dabei in einem Spannungsfeld verschiedenster Problemkreise zu thematisieren. So ist die Dokumentation zunächst eine organisatorische Voraussetzung für die operative Bewältigung des Pflegealltags. Die Vielzahl der in diesem Alltag anfallenden Informationsdetails (von der Trinkmenge bis zu abrechnungsrelevanten Daten), lässt sich nur durch schriftliche Fixierungen bewältigen. Auch eine gelingende interne und externe Kooperation ist auf eine ausreichende, stets verfügbare Informationsbasis angewiesen. Demgegenüber sind für das Pflegeprozessmanagement und vor allem für das pflegerische Qualitätsmanagement weniger besonders detaillierte Daten, sondern eher verdichtete Informationen zu verschiedenen Produktionsschritten und Dimensionen pflegerischer Qualität erforderlich. Solche zentralen Indikatoren sollten unter anderem aus den Dokumentationen ermittelt werden können. Nicht zuletzt durch sie kann die Pflegepraxis auch von Personen nachvollzogen werden, die nicht selbst an der direkten Pflege beteiligt sind.

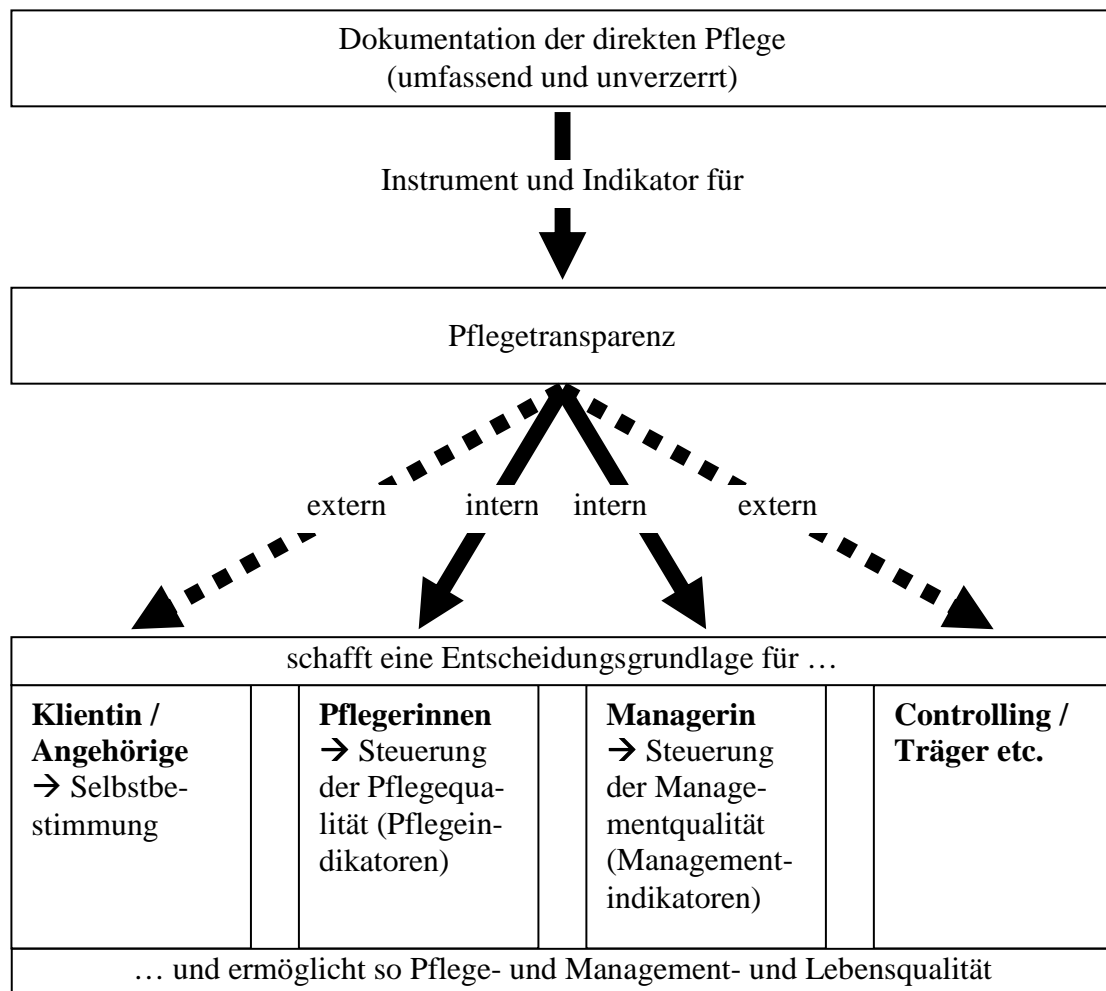
Die Pflegedokumentation wird so auch zu einem Instrument der internen sowie (direkt oder indirekt) der externen Pflege transparency (vgl. Abbildung 1). Inwiefern Pflege transparency vorliegt, ist dabei final zu beantworten und zwar anhand der Frage, was mit der Transparency erreicht werden soll (Vitt/Erben 2003). In Anlehnung an eine Definition von Transparency im Gesundheitswesen<sup>3</sup> kann Pflege transparency definiert werden als Summe aller Informationen über die direkte Pflege, welche die beteiligten Akteure benötigen, um rational entscheiden zu können. Akteure der direkten Pflege sind die betroffenen Klientinnen und ihre Angehörigen, die Pflegerinnen, die Managerinnen von Pflegeeinrichtungen und die Vertreterinnen jener Instanzen, denen diese Einrichtungen zu- bzw. untergeordnet sind (Einrichtungsträger, externes Controlling, Kostenträger etc). Pflege transparency in diesem Sinne ist Mittel der Informationsversorgung dieser Akteure. Der finale Zweck von Pflege transparency und Pflegedokumentation liegt somit in rationalen Entscheidungen und mithin einer besseren Qualität der

---

<sup>3</sup> „[...] Transparency im Gesundheitswesen als Summe aller Kennziffern und Parameter, die zur Erhöhung der Qualität der Versorgung, zur Sicherstellung der Finanzierbarkeit und zur Ermöglichung der Orientierung im Gesundheitswesen dienen können (Vitt/Erben 2003, S. 23, im Original hervorgehoben).

individuellen Pflegeleistungen. Es wird davon ausgegangen, dass dies nicht ohne Folgen für die Motivation und das Handeln der für die Dokumentationsführung Verantwortlichen ist. Zu untersuchen sind entsprechend auch die Motivation und die Interessen der Dokumentationshandelnden vor dem Hintergrund der jeweils relevanten institutionellen Bedingungen.

**Abbildung 1: Pflegedokumentation als Instrument pflegerischer Transparenz**



Bevor nun zum Abschluss dieser Einleitung der Aufbau der Untersuchung vorgestellt wird, bedarf es an dieser Stelle noch der Eingrenzung des Begriffs Pflegedokumentation. Unter Berufung auf eine Definition des hessischen Gesundheitsministeriums verstehen Mahler et al. (2002, S. 5) die Pflegedokumentation als eine „systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung und Auswertung von pflege- und behandlungsrelevanten Daten“. Dieser Definition soll hier gefolgt werden, wobei die Einschränkung *systematisch* eher weit ausgelegt wird. Als Teil der Dokumentation sollen auch Notizen angesehen werden, die zusätzlich zu den üblicherweise vorgesehenen Formblättern (oder EDV-Formularen) notiert und in die Dokumentationsmappe aufgenommen werden. Ebenfalls Teil der Dokumentation können beispielsweise im Bereich der stationären Versorgung Listen sein, auf denen die regelmäßigen Teilnehmerinnen an speziellen Angeboten festgehalten sind. Solche Informationen werden nicht notwendiger Weise in der Dokumentationsmappe festgehalten. Nicht Teil der Dokumentation sind in dieser Betrachtung jedoch Informationen, die einzelne Pflegerinnen für sich privat oder ausschließlich für bestimmte Kolleginnen festhalten – die also nicht team- oder einrichtungsöffentlich sind.

Zu klären ist in diesem Zusammenhang auch der Umgang mit Zusatzinformationen, welche die Pflegerinnen beim Verfassen von Dokumentationseinträgen voraussetzen. Hier stellt sich die Frage nach der Einordnung von Informationen aus Dokumentationen, die solches Zusatzwissen voraussetzen. Ein solches Wissen kann einrichtungsintern vorliegen oder im Pflegebereich allgemein verbreitet sein. Beispiele sind mehr oder weniger gebräuchliche Abkürzungen, Fachwörter oder Kurzbezeichnungen für bestimmte Kooperationspartner. Für die Gewinnung der im empirischen Teil dieser Untersuchung verwendeten Pflegedokumentationsdaten wurde mit diesem Problem wie folgt verfahren: Die Dokumentationsdaten wurden grundsätzlich von pflegeerfahrenen Datenerheberinnen aus den Dokumentationen extrahiert, die aber nicht mit der konkreten Pflege der jeweiligen Klientin befasst waren. Durch diese Peer Reviews der in den Dokumentationen enthaltenen Daten konnte sichergestellt werden, dass einerseits alle Informationen berücksichtigt wurden, die eine erfahrene Pflegerin einer Dokumentation entnehmen kann. Nicht berücksichtigt werden aber solche Informationen, für deren Verständnis Zusatzinformationen notwendig sind, die bei einrichtungsexternen Pflegeexpertinnen nicht vorausgesetzt werden können. Entsprechend dieser Vorgehensweise sollen im Folgenden nur Aufzeichnungen als Teil der Pflegedokumentation verstanden werden, wenn sie auch von Fachpersonen verstanden werden können, die nicht Teil der jeweiligen Pflegeeinrichtung sind. Dies ist nicht zuletzt deshalb erforderlich, weil eine wichtige Funktion der Dokumentation die Nachvollziehbarkeit der Pflegepraxis auch durch einrichtungsexterne oder neu ins Pflegeteam kommende Personen darstellt (vgl. Abschnitt 3.1.1).

Im Anschluss an diese Einführung werden in Kapitel 2 einige zentrale pflegetheoretische Prämissen dieser Untersuchung vorgestellt. Zunächst wird das Pflegeverständnis erläutert, von dem im Folgenden ausgegangen werden soll. Hierzu wird anhand verschiedener Klassiker der Pflegeliteratur eine Definition des Pflegegegenstands vorgenommen. Die anderen in diesem Kapitel einzuführenden Grundlagen wurden im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys entwickelt. Diese Grundlagen betreffen ein Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen, ein pflegerisches Diskursmodell und eine Pflegequalitätsmatrix.

Die Analyse der Bedingungen und Wirkungen der Pflegedokumentation erfolgt dann in den beiden zentralen Teilen II und III, zunächst aus theoretischer, dann aus empirischer Perspektive. Die theoretische Analyse geht dabei in Kapitel 3 zunächst von der pflegetheoretischen Diskussion zur Dokumentation aus, wie sie in einschlägigen Veröffentlichungen stattfindet. Am wenigsten umstritten ist in diesem Zusammenhang die Aufgabe der Dokumentation zur operativen Bewältigung des Pflegealltags. Wesentlich widerstreitendere Positionen finden sich hingegen zur Rolle der Pflegedokumentation bei der prozessualen Gestaltung der Pflege. Der kritischen Wiedergabe dieser Kontroverse wird ausführlich Raum gegeben, weil in der reflektierten Pflegeprozessdokumentation anschließend ein wichtiger Beitrag zur Professionalität der Pflege und mithin zur Sicherstellung von Pflegequalität erkannt wird. Diese Positionen der pflegetheoretischen Literatur werden um die theoretischen Erkenntnisse aus der einschlägigen empirischen Forschung angereichert. Eine erste Zusammenfassung der pflegetheoretischen Analysen zur Dokumentation liefert sodann eine Betrachtung der Bedeutung der Dokumentation zur pflegerischen Professionalität.

Während die bisherigen Ausführungen zur Dokumentation auf pflegetheoretischer Grundlage das professionelle Interesse der Pflegerinnen und Managerinnen an der Pflegedokumentation beleuchteten, ergänzt Kapitel 4 diese Perspektive um eine institutionenökonomische Betrachtungsweise. Gefragt wird nach den institutionellen Bedingungen des Pflegewesens, unter denen eine rational agierende Pflegerin mehr oder weniger bereit ist, ihr Handeln durch die Dokumentation transparent zu machen. Vier institutionelle Bedingungen sowie davon geprägte Motive für die in der Dokumentation zum Ausdruck kommenden Pflege-Transparenz werden



differenziert: das Dokumentationsverhalten unter den Bedingungen der Teamproduktion, das Dokumentationsverhalten unter Risikobedingungen, das Dokumentationsverhalten unter der Notwendigkeit Pflegequalität nachzuweisen und das Dokumentationsverhalten und die Herstellung langfristiger, vertrauensvoller Beziehungen.

Die pflegetheoretischen und die institutionenökonomischen Erkenntnisse aus den Kapiteln 3 und 4 werden in Kapitel 5 in einem Metamodell der Pflegeprozessdokumentation zusammengefasst. Zur Konstruktion dieses Modells werden Thesen zu Inhalt und Zielen, zu Verfahrensfragen, zu den (ökonomischen) Voraussetzungen und zu den pflegeprozessual Handelnden formuliert. Die Thesen beschränken sich dabei auf die Beschreibung von Grundsätzen für eine erfolgreiche Pflegeprozessdokumentation, so dass das Metamodell je nach Präferenz durch unterschiedliche Konzepte und Modelle konkretisiert werden kann. Das Metamodell der Pflegeprozessdokumentation und die aus dem Forschungsprojekt Care Keys übernommene Pflegequalitätsmatrix (Abschnitt 2.3) liefern die Struktur für die anschließenden empirischen Analysen. Die Fragen an die empirischen Analysen werden auf der Grundlage der theoretischen Überlegungen ebenfalls in Kapitel 5 formuliert.

Teil III der Untersuchung widmet sich der empirischen Untersuchung der Voraussetzungen und Wirkungen der Pflegedokumentation. Hierzu kann auf den Rohdatensatz aus dem Forschungsprojekt Care Keys zurückgegriffen werden. Dieser Datensatz enthält eine Vielzahl von Variablen, die aus Auswertungen von Dokumentationen gewonnen wurden und aus denen verschiedene Indikatoren der Dokumentationsqualität ermittelt werden können. Bevor dies jedoch in Kapitel 6 geschehen kann, muss der Rohdatensatz, ebenfalls in diesem Kapitel, für die Zwecke der Untersuchung aufbereitet und von Datenfehlern bereinigt werden. Ein Vorteil des verwendeten Datensatzes liegt in der Vielzahl enthaltener Variablen zur Managementqualität, zur Pflegequalität aus professioneller Sicht und aus der subjektiven Sicht der Klientinnen und schließlich zu deren Lebensqualität. Aus diesen Variablen lassen sich mehrdimensionale Indikatorensets zu Voraussetzungen und Wirkungen der Dokumentationsqualität hinsichtlich verschiedener am Pflegegeschehen beteiligter Akteure konstruieren.

Diese Indikatoren werden in Kapitel 7 zur schrittweisen Ermittlung von Mustern der Dokumentationsmotive und -wirkungen herangezogen. In multivariaten Zusammenhangsuntersuchungen wird zunächst die Abhängigkeit der Dokumentationsqualität von den durch die Pflegemanagerin geschaffenen Dokumentationsvoraussetzungen analysiert. Anschließend richtet sich der Fokus auf den Output des Dokumentationshandelns, zunächst aus der professionellen Sicht von Pflegerin und Managerin. Analysiert werden dabei die Wirkungen auf Effektivität und Effizienz der Pflege, auf die Ressourcenverfügbarkeit, auf die Pflegequalität aus der Perspektive der Pflege und auf die Kooperationsqualität. Die Darstellung dieses Dokumentationsoutputs aus professioneller Sicht wird sodann um die Perspektive der betroffenen Klientinnen erweitert. Im Unterschied zu fast allen vorliegenden einschlägigen Untersuchungen endet die empirische Analyse der Wirkung der Dokumentation somit hier nicht bei der professionellen Pflege, sondern geht in der Betrachtung der Wirkung auf die Zielgruppe einen Schritt weiter. Untersucht wird, inwieweit auch die Klientinnen bei einer besseren Dokumentationsqualität eine verbesserte Pflegequalität wahrnehmen und wie sich die Dokumentationsqualität letztlich auf die pflegebezogene Lebensqualität auswirkt. Zusammengefasst werden die empirischen Erkenntnisse zum Abschluss von Kapitel 7 mit der Beschreibung von drei Mustern der Dokumentationsmotive und -wirkungen. Diese Muster können einige der pflegetheoretischen Erwartungen an die Dokumentationen rechtfertigen, weisen aber auch auf die Abhängigkeit dieser professionell erwarteten Wirkung von den herrschenden institutionenökonomischen Bedingungen hin. Kapitel 0 schließt die Untersuchung mit einer Zusammenfassung aller Ergebnisse und einem Ausblick ab.

## 2. Pflge theoretische Prämissen

Im Mittelpunkt dieses Kapitels steht die Einführung einiger zentraler Konzepte, die den weiteren Untersuchungen zugrunde liegen. Es geht dabei zunächst um den Gegenstand der (Alten-)pflege und um das Pflegeverständnis, das damit zum Ausdruck kommt (Abschnitt 2.1). Anschließend wird ein Metamodell der vier pflegerischen Qualitätsdimensionen (Abschnitt 2.2) eingeführt. Diese zentralen Dimensionen sind eine Referenz an verschiedenen Stellen der Untersuchung. Die Pflegequalitätsmatrix verknüpft diese vier Pflegequalitäts-Dimensionen mit den verschiedenen pflegerischen Stakeholdern und den Produktionsschritten der Pflegeergebnisse (Abschnitt 2.3). In Abschnitt 2.4 schließlich wird das Konzept des Pflegediskurses vorgestellt, das für die Darstellung der Pflegeprozessdokumentation eine wichtige Rolle spielen wird.

### 2.1 Pflegeverständnis

Die Betrachtung des Aufgabenspektrums und der Ziele der Pflege ist Voraussetzung für die Untersuchung der Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit auch der Pflegedokumentation. Ein allgemein definierter Gegenstand der Pflege steht gleichermaßen im Mittelpunkt von Pflege als Wissenschaft wie auch von Pflege als Praxis bzw. Profession. Auf der Grundlage dieses allgemein formulierten Gegenstands wird in der Professionspraxis die individuelle Ausprägung des pflegerischen Handlungsobjekts bestimmt. Den eigenen Gegenstand in relativer Autonomie festzulegen (relativ, da der jeweilige Arbeitsauftrag immer auch Ergebnis eines Aushandlungsprozesses ist; autonom, da die Fachlichkeit der Pflegerin eine spezifische, durch keine andere Diskurspartnerin vertretene Perspektive in diesen Prozess einbringt), ist Voraussetzung für die *pflegerische* Professionalität, die in der Selbstreflexivität zum Ausdruck kommt (die Bedeutung der Selbstreflexivität für die Professionalität des pflegerischen Handelns – zu der die Pflegedokumentation einen wichtigen Beitrag liefert – wird ausführlich in Abschnitt 3.2 dargestellt).

Damit werden die Anforderungen an eine grundsätzliche Bestimmung des Pflegegegenstands deutlich: Dieser muss einerseits so allgemein formuliert sein, dass ihn möglichst viele Angehörige der Pflegepraxis und der pflegewissenschaftlichen Scientific Community akzeptieren können; die Praktikerinnen und die Theoretikerinnen der Profession müssen das Objekt ihrer individuellen Handlungs- bzw. Erkenntnispraxis darin wieder erkennen können. Andererseits müssen die Besonderheiten (gleichsam Alleinstellungsmerkmale) des Handlungsobjekts der Pflege gegenüber den pflegerischen Nachbardisziplinen erkennbar bleiben. Bei einer Vernachlässigung dieser zweiten Anforderung liefe die professionelle Selbstreflexivität darauf hinaus, lediglich Ausschnitte des Pflegegegenstandes (im Belieben des Alltagsverständnisses von Pflege der jeweiligen Pflegerin) zu hinterfragen. Oder / und die Reflexivität bedeutete, den Handlungsgegenstand einer Nachbardisziplin (etwa der Medizin oder Psychologie) kritisch zu beleuchten und würde so zu einer Hilfsprofession für diese. Im Mittelpunkt der Pflegedokumentation muss daher ein pflegerisch begründetes Verständnis des Handlungsgegenstandes der Pflege stehen. Nur so kann die professionelle Selbstreflexion gelingen und nur so kann auch die Dokumentation zur Sichtbarmachung der pflegerischen Professionalität beitragen, um von einer „fremdgesteuerten Pflege zu einer eigenständigen Berufsgestaltung“ gelangen zu können (Bienstein 1990, S. 13-18).

Zum Erkenntnis- und Handlungsobjekt sowohl des wissenschaftlichen Wissens als auch des praktischen Professionswissens der Pflege liegen dabei unterschiedliche Angaben vor, z.B.:

„So is it with medicine; the function of an organ becomes obstructed; medicine, so far as we know, assists nature to remove the obstruction, but does nothing more. And what nursing has to do in either case, is to put the patient in the best condition for nature to act upon him” (Nightingale 1860, S. 133).

Florence Nightingale beschreibt die Aufgabe der Pflege hier zunächst in ihrer Beziehung zur Medizin. Von dieser grenzt sie die Pflege ab, indem sie – weniger organbezogen als für die Medizin – die allgemeinen Bedingungen, unter denen eine Patientin gesundet, zum Gegenstand der Pflege macht. Sie betrachtet die Pflege damit komplementär, nicht aber als Hilfsdisziplin der Medizin. Die folgenden beiden Gegenstandsdefinitionen von der American Nurses Association und von Monika Krohwinkel vermeiden eine Reduktion der Pflege auf physisch/funktionale Aspekte. Sie sind jedoch insofern nicht hilfreich, als sie so allgemein formuliert sind, dass sie auch den Gegenstand gleich mehrerer Nachbardisziplinen (der Medizin und der Psychotherapie) umfassen.

„Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme“ (American Nurses Association 1980, zitiert in: Bartholomeyczik 2003, S. 67).

„Pflege [...] befasst sich [...] in einer berufsspezifischen Art und Weise mit dem Menschen, seiner Umgebung, seinem Lebensprozeß und mit seinen Erfahrungen in Gesundheit und Krankheit“ (Krohwinkel 1988, S. 10).

Auch wenn, wie Bartholomeyczik (2003, S. 67f.) betont, nicht die Gesundheitsprobleme, sondern die menschlichen Reaktionen darauf für die American Nurses Association den Gegenstand der Pflege ausmachen, so sind diese menschlichen Reaktionen darauf viel zu vielfältig, um damit den Pflegegegenstand beschreiben zu können. Menschliche Reaktionen auf Gesundheitsprobleme sind eben nicht nur (Selbst-)Pflegeaktivitäten, sondern beispielsweise auch dysfunktionale psychische Reaktionen wie Suchtverhalten, Depressivität oder Aggression ebenso wie positive psychische Bewältigungsstrategien. Auch soziale Reaktionen auf Gesundheitsprobleme, etwa soziale Ausgrenzung, beschreiben weniger den Ansatzpunkt pflegerischen Handelns als vielmehr die *Bedingungen*, unter denen die Pflege handelt (auch in ihrem Bemühen um soziale Teilhabe als Teil der pflegerischen Aufgabe; s.u.). Und nicht zuletzt sind auch gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen menschliche Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme. Die daraus entstehenden Regelungen lassen sich als Bedingungen beschreiben, unter denen Pflege handelt, und sie können die Pflege damit durchaus beeinflussen, wie die institutionenökonomische Analyse des Dokumentationshandelns in Kapitel 4 zeigt. Hier macht aber ebenfalls der pflegerische *Umgang* mit den institutionellen Bedingungen den Gegenstand der Pflege aus und nicht die Bedingungen selbst.

Liliane Juchli lenkt den Blick auf die humanitäre Tradition der Pflege, bevor sie deren Aufgabenfeld umschreibt. Sie differenziert dabei das Zielspektrum des Pflegehandelns, das von der Wiedergesundung einer Klientin bis zur Begleitung Sterbender reicht.

„Die grundlegende Motivation der *Pflege* ist der Mitmensch; je nach dem Maß und der Art der notwendigen Hilfe sind die Bereiche Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung bzw. -erhaltung, Kranksein und Krankbleiben (Sterben) oder Wiedergesundwerden betroffen“ (Juchli 1994, S. 17).

Die folgende Aufzählung von Dimensionen des Pflegegegenstandes von Roper et al. berücksichtigt ebenso wie die anschließende Definition durch Yura und Walsh physisch/funktionale, psychische, soziale und umweltbezogene Aspekte (Yura und Walsh vernachlässigen die umweltbezogene Dimension und betrachten stattdessen gesondert die spirituelle Dimension pfle-

gerischen Handelns, die in dieser Untersuchung der psychischen Dimension zugerechnet wird):

„Die spezifische Funktion der Pflege besteht darin, dem einzelnen Menschen dabei zu helfen, (aktuelle oder potentielle) Probleme mit den LAs [das sind die von Roper et al. differenzierten zwölf Lebensaktivitäten: Für eine sichere Umgebung sorgen, Kommunizieren, Atmen, Essen und Trinken, Ausscheiden, Sich sauber halten und kleiden, Regulieren der Körpertemperatur, Sich bewegen, Arbeiten und Spielen, Sich als Mann oder Frau fühlen und Verhalten, Schlafen sowie Sterben] zu vermeiden, zu lindern, zu lösen oder aber positiv damit umzugehen“ (Roper et al. 2002, S. 97).

„The goal of nursing is the achievement of optimal wellness for the client. [...] The goal expectation resulting from nursing intervention is the client's need(s) in the fulfilled or met state. [...] The nurse validates that a particular human need of the client may be viewed as having a physical, a psychological, a sociocultural, or a spiritual focus or any combination at a given point of time“ (Yura/Walsh 1988, S. 99f).

In der Definition von Yura und Walsh findet sich das optimal durch die Pflege erreichbare Wohlbefinden<sup>4</sup> der Klientin. Diese Zielfestlegung findet sich auch in einer Reihe weiterer Überlegungen zum Gegenstand der Pflege:

„Pflege [...] hat die Aufgabe [...] Menschen] in ihrer Gesundheit zu fördern und zu beraten, sie während einer Krankheit im Genesungsprozess zu unterstützen oder, in chronischen nicht heilbaren Stadien, Wohlbefinden zu ermöglichen und Schmerzen zu lindern“ (Kühne-Ponesch 2004, S. 11).

Zum Wohlbefinden einer Klientin beizutragen ist demnach nicht nur dann Aufgabe der Pflege, wenn eine Genesung möglich ist, womit das Wohlbefinden der Klientin wiederherzustellen wäre. Bedeutsam wird das Wohlbefinden vielmehr bei chronischen Krankheitsverläufen, bei denen eine Heilung nicht angestrebt werden kann. Ein zentraler Beitrag der Pflege ist dabei die Linderung von Schmerzen.

„Pflegetheorien liefern Beschreibungen darüber, wie Patientinnen und Patienten zu größerem Wohlbefinden verholfen werden kann, wie Behandlung mit möglichst wenig Schaden durchgeführt werden und Wohlbefinden auf einem hohen Niveau gesichert werden kann. [...] Die] Rezipienten [der Pflege] haben Bedürfnisse, und Pflege hilft ihnen bei der Erfüllung dieser Bedürfnisse“ (Meleis 1999, S. 322).

Wie Yura und Walsh bezieht sich auch Meleis darauf, die Bedürfnisse der Klientin zu erfüllen, um damit deren Wohlbefinden zu ermöglichen. Die von Roper et al. differenzierten Lebensaktivitäten können dabei ebenso wie die von Krohwinkel (2007, S. 242) eingeführten Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens als Bedürfniskatalog verstanden werden. Ist eine Person nicht (mehr) in der Lage, diese Bedürfnisse selbst zu befriedigen, werden diese zur Aufgabe professioneller Pflege.

Der „charakteristische Gegenstand der Pflege“ liegt in der „Unfähigkeit von Menschen, sich aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation kontinuierlich die erforderliche Quantität und Qualität an Selbstpflege zu kommen zu lassen. [...] *Selbstpflege* ist das persönliche *für sich sorgen*, das Individuen jeden Tag benötigen, um ihr allgemeines Funktionieren und ihre Entwicklung zu regulieren. [...] *Dependenzpflege* ist [...] eine] kontinuierliche, gesundheitsbezogene, personenorientierte regulierende und entwicklungsbedingte Betreuung [...] (Orem 1997, S. 9).

---

<sup>4</sup> Yura und Walsh verwendeten den amerikanischen Ausdruck „wellness“ noch bevor dieser im deutschen Sprachraum Karriere als Bezeichnung für Wohlfühlbehandlungen machte. Der Begriff wird bzw. wurde im Englischen/Amerikanischen derart selten verwendet, dass er sich beispielsweise in einem über 1300 Seiten starken Englisch-Wörterbuch nicht findet (Langenscheidt 1983). Auch im New Webster's Dictionary (1981) mit immerhin knapp 1200 Wörterbuchseiten findet sich kein entsprechender Eintrag.

Fawcett schließlich stellt die körperliche Unversehrtheit der Klientin neben deren Wohlbefinden:

”Pflege ist mit der körperlichen Unversehrtheit und dem Wohlbefinden von Menschen befasst, die in einer ständigen Wechselbeziehung zu ihrer Umwelt stehen“ (Fawcett 1996, S. 18, im Original hervorgeh.).

Tatsächlich ist aber doch wohl eher die *Versehrtheit* (und nicht die *Unversehrtheit*) eine der beiden zentralen Anlässe bzw. Kategorien der Pflege. Auch wenn Versehrtheit (zunächst) vor allem auf die physisch/funktionale Dimension von Pflege abstellt, berührt insbesondere länger anhaltende, irreversible Versehrtheit, etwa die Kriegsversehrtheit, nach und nach auch psychische, soziale und umweltbezogene Aspekte des Lebens der Klientin. Im Unterschied dazu umfasst das Wohlbefinden von Beginn an auch diese psychischen, sozialen und umweltbezogenen Dimensionen der pflegerischen Handlung. Auch hier macht nicht das Wohlbefinden die Pflege notwendig, sondern das *Nicht-Wohlbefinden*. Professionelle Pflege ist demnach mit Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden beschäftigt. Sie hat die Aufgabe, die dabei unbefriedigt bleibenden Bedürfnisse (in der Definition von Selbstpflegedefiziten nach Orem) zu erfüllen oder soweit als möglich zu kompensieren. Um die Grenzen des pflegerischen Handelns besonders zu betonen, wird hier jedoch der Begriff der *Lebensbewältigung* dem der Bedürfnisbefriedigung vorgezogen. Diese Lebensbewältigung kann grundsätzlich sowohl durch Selbst- wie auch durch Dependenzpflege erfolgen. Dabei nimmt der Begriff der Lebensbewältigung auch die Prozesshaftigkeit auf, von dem die Pflegebedürftigkeit der Klientin gekennzeichnet ist und die damit eine wichtige Voraussetzung für pflegerisches Handeln darstellt.

Dies zusammenfassend wird Pflege hier als *Handlungswissenschaft* verstanden, die in Theorie und Praxis die *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* als Gegenstand hat. Das Begriffspaar von Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden integriert außer den physisch/funktionalen auch die psychischen, sozialen und umweltbezogenen Dimensionen der Pflegebedürftigkeit. Der Terminus des Nicht-Wohlbefindens schließlich ist der pflegebezogenen Lebensqualität als oberstes Ziel der Pflege geschuldet (vgl. Pieper/Vaarama 2007; Behrens/Zimmermann 2006). Lebensbewältigung lässt die Tatsache zu, dass Pflege neben der direkten Pflege auch Anleitung und Beratung zu Selbstpflege und informeller Pflege umfasst. Mit *Lebensbewältigung* wird anerkannt, dass die Bewältigung von Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden ein komplexes Bezugssystem aufweist. Im Unterschied zur Medizin (*Krankheitsbewältigung*) kann dabei der ursprüngliche Pflegeanlass (etwa eine spezifische körperliche Beeinträchtigung) in den Hintergrund treten. Entsprechend des multidimensionalen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhalten damit soziale, umweltbezogene und psychische Bewältigungsstrategien gegenüber rein physisch/funktionalen Bewältigungsstrategien ein größeres Gewicht. Lebensbewältigung vermag dabei auch den Beitrag anderer Professionen und Dienste zur pflegerischen Versorgung und Betreuung unter dem Dach der pflegerischen Anstrengungen zu integrieren.

Eine derart weite Festlegung des pflegerischen Erkenntnis- und Handlungsobjekts ist nicht unumstritten, vor allem da der Gegenstand sich dann mit dem anderer Gesundheits- und Sozialdisziplinen überschneidet (Mühlum et al. 1997, S. 156). Andererseits bietet eine weite Gegenstandsbestimmung eher die Gewähr, von den meisten Professionsangehörigen anerkannt zu werden. Die dabei entstehenden Überschneidungen mit dem Gegenstand anderer Disziplinen sind nicht zu vermeiden, sondern eine Konsequenz aus der Verknüpfung der Pflege mit ihren Nachbardisziplinen (und eine zugleich Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit). Wichtig ist jedoch, dass die Gegenstandsbestimmung den spezifischen Fokus der jeweiligen Disziplin erkennbar macht. Weitergehende Einschränkungen der Kurzformel von der *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* als Gegenstand der Pflege bleiben den Praktikerinnen und Theoretikerinnen Disziplin dabei unbenommen. Als

vergleichbare Kurzformeln für die Nachbardisziplinen der Pflege werden beispielsweise genannt: „Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung“ für die Medizin, „Erleben und Verhalten“ für die Psychologie, „Soziale Prozesse und Strukturen“ für die Soziologie sowie „Bewältigung sozialer Probleme“ für die Soziale Arbeit (Engelke 2003, S. 287-306). Diese Definitionen von Erkenntnis- und Handlungsobjekten sind bei allen unvermeidbaren Überschneidungen dennoch von der für die Pflege gefundenen Formel von der *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* die Pflege abgrenzt. Besonders schwer erweist sich jedoch die Unterscheidung von Pflege und Heilerziehungspflege. Auch bei dieser geht es offensichtlich um Lebensbewältigung und die Adressaten befinden sich in einem Zustand der Versehrtheit. Dass jedoch Versehrtheit in Kombination mit Nicht-Wohlbefinden den heilerziehungspflegerischen Anlass erschöpfend beschreibt, darf bezweifelt werden. Ebenso ist fraglich, ob das veranlasste professionelle Handeln mit Lebensbewältigung ausreichend erfasst wird. Insbesondere die pädagogische Dimension der Heilerziehungspflege dürfte von der für die Pflege gefundenen Gegenstandsbestimmung vernachlässigt werden.

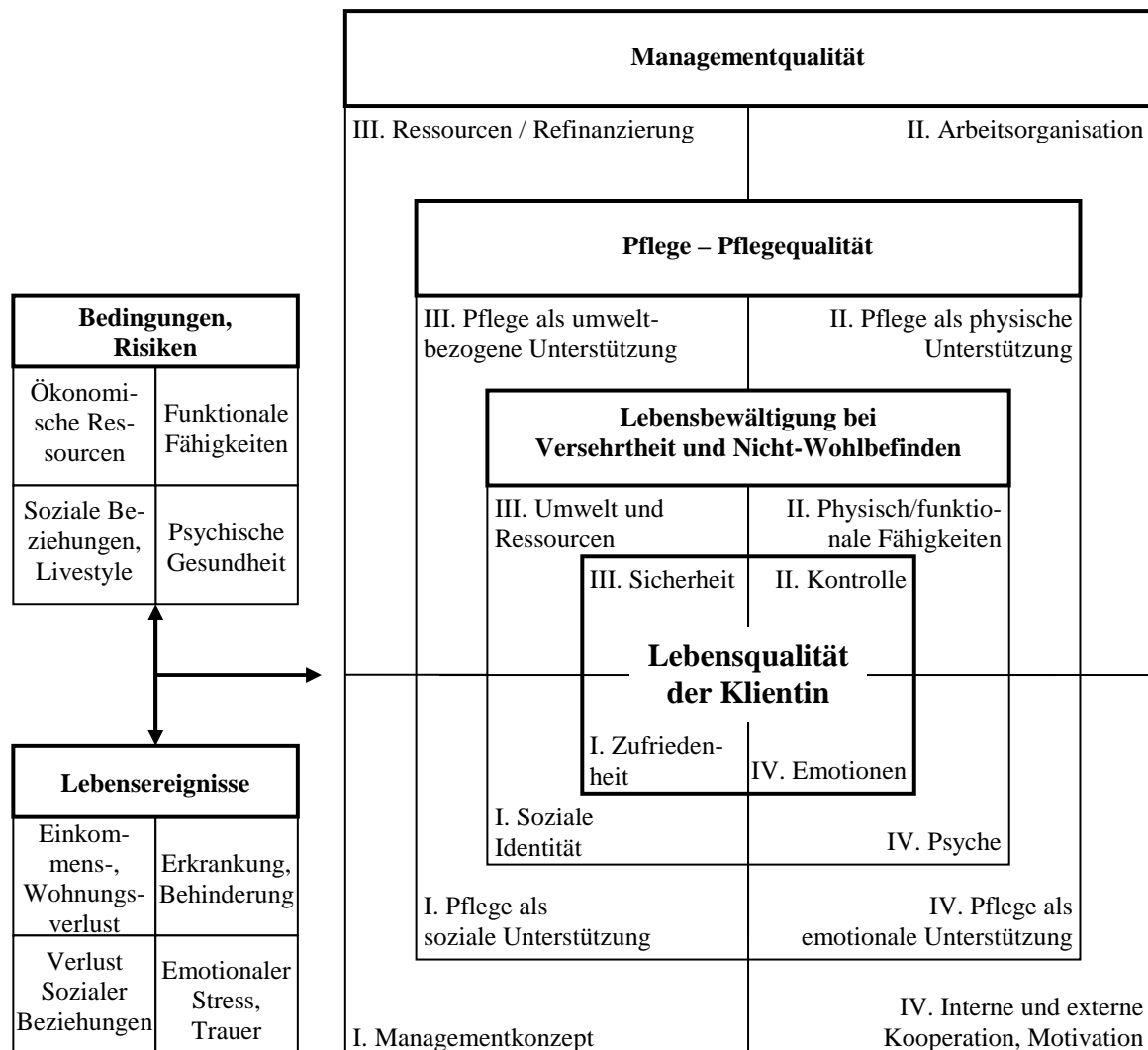
## 2.2 Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen

Eines der Ergebnisse des EU-Projekts Care Keys besteht in einem Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen. Dieses wird ebenso wie das beschriebene Pflegeverständnis der gesamten Untersuchung als Prämisse zugrunde gelegt und daher an dieser Stelle kurz beschrieben. Die Herleitung und Begründung des Modells findet sich bei Pieper und Vaarama (2007). Theoretische und empirische Anwendungen des Modells können Pieper et al. (2007a, b und c) sowie Heislbetz et al. (2007) entnommen werden. Den Mittelpunkt des Metamodells bildet die Differenzierung von vier Qualitätsdimensionen. Diese wurden auf systemtheoretischer Grundlage entwickelt und können auf die unterschiedlichsten Situationen bzw. Handlungen angewandt werden. Im Pflegekontext können sie je nach Ebene bzw. Stakeholder, auf die sie angewandt werden, folgendermaßen formuliert bzw. interpretiert werden:

I. WAS?	Ziele:	Äußere bzw. Werteharmonie, Pflege- und Managementkonzepte, Klientinnenorientierung – Sozial
II. WIE?	Zielerreichung:	Innere Ressourcen, Verfahren, Arbeitsorganisation – Physisch/funktional
III. WOMIT?	Umweltanpassung:	Äußere Ressourcen, Qualifikationen, – Umwelt
IV. WER?	Integration:	Innere Harmonie, Motivation, Interne und externe Kooperation – Psychisch

Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie das Handeln der drei zentralen Stakeholder der Pflege – die Klientin, die Pflegerin und die Pflegemanagerin – mittels dieser vier Dimensionen differenziert und analysiert werden kann:

**Abbildung 2: Vier Dimensionen der Lebensqualität, der Pflege und der Pflegemanagementqualität**



Quelle: Eigene Darstellung nach Pieper/Vaarama 2007, S. 93.

Im Zentrum dieser Abbildung steht mit der pflegebezogenen Lebensqualität der Klientin das oberste Ziel der Pflege sowohl aus Sicht der Klientin selbst als auch aus Sicht der Pflege. Die vier Metaqualitätsdimensionen werden auf dieser Ebene als Kontrollfähigkeit, emotionales Wohlbefinden, erlebte (Lebens-)Zufriedenheit und umweltbezogene Sicherheit interpretiert bzw. durch die Klientin wahrgenommen. Diese Dimensionen beschreiben die Bedingungen der Lebensqualität der Klientin. Da es hier um die pflegebezogene Lebensqualität geht, wird untersucht, wie diese durch die Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden gefördert wird. Soweit möglich kommt die Lebensbewältigung dabei durch Selbstpflegeaktivitäten der Klientin zustande oder – wenn die verminderten Fähigkeiten der Klientin es erfordern – werden diese Selbstpflegeaktivitäten durch ergänzende Pflegeaktivitäten Anderer ergänzt. Betrachtet werden auch hier vier Dimensionen der Lebensbewältigung: Liegen die Selbstpflegethemen dabei im Bereich der physisch/funktionalen Fähigkeiten, so tritt Pflege als physisch/funktionale Unterstützung auf und trägt damit zur (Selbst-)Kontrollfähigkeit der Klientin bei. Betreffen die Pflegeprobleme die Psyche der Klientin, so leistet die Pflegerin psychische Unterstützung oder vermittelt diese und liefert so einen Beitrag zur Lebensqualitätsdimension des emotionalen Wohlbefindens. Dasselbe gilt auch für die Lebensbewältigung hinsichtlich der sozialen Identität sowie der Umwelt und der Ressourcen der Klientin. Die

Pflege ergänzt auch hier bei Bedarf die Selbstpflegeaktivitäten der Klientin durch soziale bzw. durch umweltbezogene Unterstützung bzw. durch die Vermittlung dieser. Damit trägt die Pflege zu den Lebensqualitätsdimensionen Zufriedenheit und Sicherheit bei.

Dabei mag es zwar als Idealfall erscheinen, Pflegebereiche, die traditionell nicht in die Zuständigkeit der Pflege fallen (etwa im Bereich der psychischen Unterstützung), an hierfür zuständige Professionen zu vermitteln (z.B. Psychotherapeutinnen). In der Praxis der Altenpflege wird eine, die Pflege ergänzende Vermittlung jedoch häufig daran scheitern, dass die Klientinnen keine zusätzlichen Professionen in Anspruch nehmen wollen. Die Pflege kann die kooperierenden Professionen in diesen Fällen nicht ersetzen. Einer Ignoranz gegenüber den betreffenden Pflegebedarfen steht jedoch nicht zuletzt der Pflegegegenstand *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* entgegen. Der mögliche Beitrag der Pflege ergibt sich dann einerseits aus den fachlichen und personellen Ressourcen. Er muss aber auf jeden Fall den im Pflegekonzept vorgegebenen Leitlinien folgen.

Auf der Ebene des Pflegemanagements wird die erste der vier Meta-Qualitätsdimensionen als Managementkonzept interpretiert. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf die Ziele, von denen sich das Managementhandeln leiten lässt. Die zweite Qualitätsdimension befasst sich mit der Frage nach dem ‚Wie?‘, das heißt mit welcher Arbeitsorganisation bzw. welchen Verfahren diese Ziele erreicht werden sollen. Hierzu sind ausreichende Ressourcen (nicht zuletzt durch die Refinanzierung erforderlich), welche die dritte Dimension ausmachen. Im Mittelpunkt der vierten Dimension schließlich steht die Frage nach dem ‚Wer?‘. Betrachtet wird die interne und externe Kooperation und Motivation. Die beiden Vier-Felder-Schemata links beschreiben – in derselben Dimensionalität – die Bedingungen und Risiken, in denen Lebensereignisse die Selbstpflegekompetenzen der Klientin gefährden können.

Die Stärke dieses Modells der pflegerischen Meta-Qualitätsdimensionen liegt in der Möglichkeit, verschiedene Qualitätsebenen aufeinander zu beziehen. So lassen sich die klientinnenbezogene Lebensqualität, die Pflegequalität aus professioneller Sicht und die Managementqualität zueinander in Beziehung setzen. Bei dieser Anwendung des Modells ist aber zu beachten, dass Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Ebenen nicht notwendigerweise entlang derselben Dimension verlaufen. In den eingangs zu diesem Abschnitt zitierten Untersuchungen im Rahmen des Projekts Care Keys zeigten sich vielmehr positive und negative Beziehungen zwischen den Ebenen über alle Dimensionsgrenzen hinweg (vgl. vor allem Pieper et al. 2007b und Heislbetz et al. 2007). Die theoretisch erwartete Relevanz der vier Qualitätsdimensionen ließ sich jedoch in diesen Arbeiten meist gut nachweisen.

Eine weitere Bedeutung des Qualitätsmodells liegt in seinem heuristischen Wert: Egal für welche Handlung eines pflegerischen Stakeholders, das Modell leitet theoretisch begründet zu einer ebenso umfassenden wie differenzierenden Betrachtungsweise an. Dieses Potential wird auch in der vorliegenden Untersuchung vielfach genutzt. Beispielsweise lassen sich mittels des (Meta-)Qualitätsmodells die in anerkannten Pflege-theorien und -modellen (z.B. Krohwinkel 2007, Juchli 1994; Roper et al. 2002) differenzierte unterschiedliche Zahl von Pflegedimensionen zu ihren vier Kerndimensionen aggregieren. Damit kann auch der Vorwurf widerlegt werden, die Variabilität der Zahl der Pflegedimensionen in den Pflege-theorien sei ein Beleg für deren unwissenschaftliche Willkür (z.B. Sperl 1996, S. 30).

Die folgende Tabelle gibt in der linken Spalte elf Pflegedimensionen wieder. Diese wurden im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys von Mona Frommelt mittels eines Crosswalk aus den verschiedenen Pflege-theorien extrahiert. Sie lassen sich auf einer ersten Stufe zu sechs Pflegebereichen und dann weiter zu den vier Dimensionen des pflegerischen (Meta-



)Qualitätsmodells aggregieren. Diese Aggregation wird hier zwar beispielhaft auf der Grundlage von elf bereits überblicksartig zusammengefassten Pflegedimensionen gezeigt. Sie ließe sich aber ebenso für jede andere dimensionale Differenzierung nachvollziehen, die dieser überblicksartigen Zusammenstellung der elf Dimensionen zugrunde liegt.

**Tabelle 1: Dimensionen pflegerischen Handelns auf unterschiedlichem Aggregationsniveau**

Pflegedimensionen gemäß anerkannter Pflege-theorien	Pflegebereiche	Dimensionen des pflegerischen (Meta-)Qualitätsmodells <sup>5</sup>
1. Medizinische und pflegerische Behandlung	I. Medizinisch	II. Physisch/funktional
2. Unterstützung sensorischer Wahrnehmung und verbaler Kommunikation		
3. Gedächtnis, Kognition / Demenz		
4. Personenbezogene Pflege / ADL <sup>6</sup>	II. Personenbezogene Pflege	
5. Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens / IADL <sup>7</sup>	III. Instrumentelle Aktivitäten	III. Umweltbezogen
6. Umweltbezogene und technische Hilfen	IV. Umweltbezogen	
7. Beratung und Soziale Arbeit (ggf. durch Dritte)		
8. Psychologische Hilfen (ggf. durch Dritte)	V. Psychisch	IV. Psychisch
9. Emotionale (innerhalb der Pflegebeziehung), spirituelle und existenzbezogene Unterstützung		
10. Individuelle Identität und soziale Netzwerke	VI. Sozial	I. Sozial
11. Unterstützung von Teilhabe und Unternehmungen		

Quelle: Heislbetz et al. 2007, S. 241.

Unterschieden werden somit je nach Aggregationsstufe elf Pflegedimensionen gemäß anerkannter Pflege-theorien, sechs Pflegebereiche sowie vier Pflegedimensionen gemäß dem dieser Untersuchung zugrunde gelegten Metaqualitätsmodell. Die Formulierung dieses Querschnitts über verschiedene Pflege-theorien zielt dabei nicht darauf, diesen Theorien eine weitere Alternative hinzuzufügen. Vielmehr soll eine dimensionale Differenzierung von Pflege ermöglicht werden, die – je nach Präferenz – hinsichtlich verschiedener theoretischer Ansätze anschlussfähig ist. Praktisch zur Anwendung kommt diese Möglichkeit in Kapitel 5 bei der Konstruktion eines Metamodells der Pflegeprozessdokumentation. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Aggregationsniveaus erlaubt es auch, pflegerische Informationen, z.B. in der Dokumen-

<sup>5</sup> Die Reihenfolge der vier Dimensionen des pflegerischen (Meta-)Qualitätsmodells weicht hier von der üblicherweise in dieser Untersuchung gewählten Darstellung ab. Damit soll Rücksicht auf die übliche Anordnung der Pflegedimensionen gemäß verbreiteten Pflege-theorien (linke Spalte) genommen werden.

<sup>6</sup> Activities of Daily Living, wie sie von verschiedenen Pflege-theorien unterschieden werden (vgl. Vaarama et al. 2007, S. 114f).

<sup>7</sup> Instrumental Activities of Daily Living, wie sie von verschiedenen Pflege-theorien unterschieden werden (vgl. Vaarama et al. 2007, S. 114f).

tation aber auch Kennzahlen je nach Verwendungszusammenhang für unterschiedliche Managementebenen mehr oder weniger detailliert aufzubereiten (Heislbetz et al. 2007, S. 240-243).

## 2.3 Pflegequalitätsmatrix

Die im Folgenden vorgestellte Pflegequalitätsmatrix erweitert das im vorangegangenen Abschnitt beschriebene Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen um eine Prozess- und eine Stakeholderperspektive. Die sich auf diese Weise ergebende Qualitätsmatrix wurde ebenfalls im Rahmen des Projekts Care Keys entwickelt und empirisch angewandt (Pieper et al. 2005; 2007a, S. 142-146; 2007b, S. 256-266; 2007c, S. 289-293). Die Prozess- und die Stakeholderperspektive, deren Betrachtung zusammen mit den vier Qualitätsdimensionen die Pflegequalitätsmatrix konstituieren, werden wie folgt differenziert:

(Pflege-)Produktionsperspektive: Input / Struktur – Prozess – dokumentierter Output – subjektiver Outcome

Beteiligten- bzw. Stakeholderperspektive: Klientin – Pflegerin – Managerin

Die (Pflege-)Produktionsperspektive stellt dabei eine Weiterentwicklung der durch Donabedian (1969) eingeführten Beschreibung des Produktionsprozesses dar. In diesem Modell Donabedians wird die Ergebnisdarstellung differenziert in den (dokumentierten, objektiven) Output, der insbesondere der Pflegedokumentation entnommen werden kann, und in das subjektive Ergebnis aus Sicht der Beteiligten bzw. Stakeholder (subjektiver Outcome). Die Perspektive der Beteiligten bzw. Stakeholder beruht auf der diesbezüglichen Darstellung von Øvretveit (1998). Der pflegerische Produktionsprozess wird aus Sicht der Klientin, der professionellen Pflegerinnen und der Pflegemanagerin betrachtet.

Multipliziert man die Zahl der Differenzierungen aller drei Perspektiven (vier hinsichtlich der Qualitätsperspektive, vier hinsichtlich der Produktionsperspektive sowie drei hinsichtlich der Beteiligten- bzw. Stakeholderperspektive), so ergibt sich die folgende, 48 Zellen umfassende Qualitätsmatrix. Die in der Matrix grau unterlegten Zellen verwenden Informationen, die im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys direkt oder indirekt aus der Pflegedokumentation entnommen bzw. anhand der darin befindlichen Daten gewonnen werden konnten (die übrigen Informationen zu den anderen Zellen wurden unter anderem durch Befragungen von Klientinnen und Managerinnen erhoben) und zeigen so bereits an dieser Stelle die Bedeutung der Dokumentation für das pflegerische Qualitätsmanagement:

**Tabelle 2: Pflegequalitätsmatrix**

Stakeholder (↓)	Prozessdimensionen (→)	Input / Struktur	Prozess	Outcome	
	Qualitätsdimensionen (↓)			dokumentiert	subjektiv
Klient	<b>Sozial</b>	Soziale Identität, Wünsche/Erwartungen	Subjektive Pflegequalität: Soziale Unterstützung	Bedarfbefriedigung: Sozial	Lebensqualität: Sozial
	<b>Physisch/funktional</b>	Körperliche Voraussetzungen und Pflegebedürfnisse	Subjektive Pflegequalität: Verlässlichkeit	Bedarfbefriedigung: Physisch	Lebensqualität: Physisch/funktional
	<b>Umweltbezogen</b>	Materielle Ressourcen, Wohnumwelt	Subjektive Pflegequalität: Unterstützende Dienste	Bedarfbefriedigung: Umweltbezogen	Lebensqualität: Umweltbezogen
	<b>Psychisch</b>	Psychisch-emotionale Bedingungen	Subjektive Pflegequalität: Psychische Unterstützung	Bedarfbefriedigung: Psychisch	Lebensqualität: Psychisch
Pflegerin	<b>Pflegekonzept</b>	Pflegekonzept und pflegerische Ethik	Umsetzung des Pflegekonzepts	Klientinnenzentrierte Ergebnisse	Arbeitszufriedenheit: Identifikation, Karriere
	<b>Verfahren</b>	Verfahren und Standards	Umsetzung von Verfahren und Standards	Dokumentationsqualität, Risikomanagement	Arbeitszufriedenheit: Qualifikationsadäquanz
	<b>Personale und materiale Ressourcen</b>	Qualifikationen, Zeit, technische Unterstützung	Ressourcenverwertung	Zugang, Unterstützung	Arbeitszufriedenheit: Gehalt, Arbeitsbelastung
	<b>Teamzusammenarbeit und Betriebsklima</b>	Interne Kooperation, Einbe- ziehung informeller Pflege	Umsetzung von Konzepten interner Kooperation	Partizipation, Kran- kenstand, Fluktuation	Arbeitszufriedenheit: Betriebsklima
Managerin	<b>Qualitätskonzept</b>	Managementkonzept	Qualitätsmanagement (protokollierte Aktivitäten)	Effektivität und Bedarfsgerechtigkeit	Selbstreflexion: Effektivität, Gerechtigkeit
	<b>Verfahren</b>	Verfahren und Risikomanagement	Verfahren (protokollierte Aktivitäten)	Effizienz	Selbstreflexion: Effizienz
	<b>Ressourcen</b>	Materiale und immateriale Ressourcen sowie insitutio- nelle Bedingungen	Ressourcenverwertung (protokollierte Aktivitäten)	Ressourcenverfügbarkeit	Selbstreflexion: Ressourcenverfügbarkeit
	<b>Integration</b>	Kooperationskonzept, Vertragsbeziehungen	Kooperation und Konflikt (protokollierte Aktivitäten)	Kooperationsqualität	Selbstreflexion: Kooperation, Integration

Quelle: Pieper et al. 2007c, S. 289ff.

Im Rahmen ihres Qualitätsmanagements ist die Pflegemanagerin verantwortlich für die Pflegeergebnisse und zwar in Bezug auf die Klientinnen, die Pflege und das Management. Eine Einsatzmöglichkeit der Qualitätsmatrix ist daher das multidimensionale Qualitätsmonitoring zur simultanen Optimierung aller relevanten Zielgrößen des pflegerischen Qualitätsmanagements. Wie die in der abgebildeten Qualitätsmatrix grau unterlegten Felder nahe legen, kann die Pflegedokumentation dabei ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements sein.

Leicht modifiziert wird die Qualitätsmatrix deshalb auch dieser Untersuchung zugrunde gelegt, um die Rolle der Dokumentation für die Pflege-, Management- und Lebensqualität theoretisch und empirisch zu analysieren. Hierzu wird die Dokumentation in die pflegerische Produktionsperspektive eingeordnet. Als Input- bzw. Strukturvoraussetzungen werden dabei zunächst die von der Managerin geschaffenen Bedingungen im Managementkonzept, in den von ihr eingeführten Verfahren, in den von ihr erwirtschafteten Ressourcen bzw. den von ihr geschaffenen institutionellen Bedingungen und in dem von ihr zu verantwortenden Konzept der externen Kooperation betrachtet. Diese vierdimensionale Differenzierung der Strukturbedingungen wird auch für die Stakeholderperspektive der Pflegerinnen als den direkt für den Inhalt der Dokumentation Verantwortlichen vorgenommen. Zu betrachten sind dabei neben dem allgemeinen Pflege- und Dokumentationskonzept die Dokumentationsverfahren, die dokumentationsbezogenen Ressourcen, z.B. Qualifikationen und Zeit, sowie das Dokumentationshandeln angesichts der internen Kooperationsbedingungen. Diese Aspekte können in der vorliegenden Untersuchung nicht an allen Stellen gleichgewichtig betrachtet werden. So verarbeitet die in Abschnitt 3.1 diskutierte pflege-theoretische und empirische Literatur vor allem die konzeptionellen und verfahrensbezogenen Bedingungen der Pflegedokumentation, während die institutionellen Bedingungen der Dokumentation eher vernachlässigt werden. Diese werden in Kapitel 4 unter Verwendung institutionenökonomisch begründeter Modelle des Transparenzverhaltens gesondert untersucht.

Auf der Grundlage der Strukturbedingungen wird nun der Prozess des Dokumentationshandelns selbst analysiert. Dessen Ergebnisse sind im Idealfall vollständige, aktuelle, dimensional ausgewogene sowie weder systematisch noch unsystematisch verzerrte Dokumentationsdaten. Die Vollständigkeit der Dokumentation richtet sich zunächst nach den operativen Notwendigkeiten, z.B. zur Unterstützung der internen und externen Kooperation. Darüber hinaus muss aber auch für das pflegerische Qualitätsmanagement eine vollständige Datengrundlage vorhanden sein. Hier richtet sich das Interesse weniger auf besonders umfangreiche Informationen, sondern eher auf Grundlagen für die Ermittlung zentraler Kennwerte, z.B. für das Qualitätsmonitoring. Da die Dokumentation als Instrument der Pflegeprozessgestaltung verstanden wird, ist die Vollständigkeit der Dokumentation auch in Hinblick auf die im jeweils zugrunde gelegten Pflegeprozessmodell differenzierten Prozessbestandteile hin zu analysieren. Eine besondere Bedeutung, nicht zuletzt für eine erfolgreiche Pflegeprozessdokumentation, hat auch die Aktualität der dokumentierten Informationen. Die Ausgewogenheit der Dokumentation wiederum zielt vor allem auf die angemessene Würdigung der vier zentralen Pflegedimensionen ab. Bei der Freiheit der Dokumentationen von systematischen und unsystematischen Verzerrungen schließlich geht es um unabsichtliche und mehr oder weniger strategisch-absichtliche Falschinformationen in den Dokumentationen.

Bei der in Teil III dieser Untersuchung vorgenommenen empirischen Analyse können nicht alle diese Merkmale guter Dokumentationsqualität gleichermaßen detailliert berücksichtigt werden. Grund hierfür ist die für die Sekundäranalyse zur Verfügung stehende Datengrundlage aus dem Forschungsprojekt Care Keys. Insbesondere die einzelnen Pflegeprozessschritte können nicht alle in der theoretisch wünschenswerten Differenziertheit nachvollzogen wer-

den. Welche der theoretischen Fragen in den empirischen Analysen untersucht werden können und wie diese Analysen aus theoretischen Erwägungen heraus strukturiert sind, wird am Ende des Theorieteils in den Abschnitten 5.2 und 5.3 erläutert.

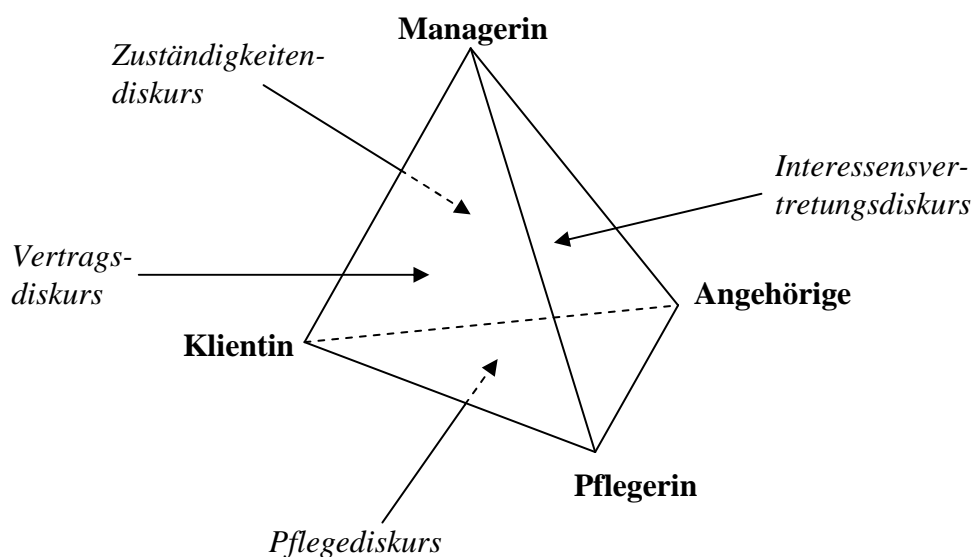
Der Produktionsperspektive folgend, werden anschließend an die Reflexion der Dokumentationsqualität die Wirkungen des Dokumentationshandelns untersucht. Hier weicht die Betrachtungsweise in der vorliegenden Untersuchung etwas von der allgemeinen Pflegequalitätsmatrix ab. So wird der Dokumentationsoutput zunächst aus der professionellen Perspektive der Pflegerinnen und der Pflegemanagerin betrachtet. Im Mittelpunkt stehen dabei die Fragen nach der Pflegequalität aus der Sicht der professionellen Pflege, die Bedarfsgerechtigkeit der verfügbaren Pflegerressourcen und deren bedürfnisgerechte Verwendung sowie die realisierte Kooperationsqualität, jeweils differenziert in die vier Metaqualitätsdimensionen.

Von diesem Dokumentationsoutput aus der professionellen Sicht der Pflegerinnen und der Managerin ist das Dokumentationsergebnis bzw. der Dokumentationsergebnis zu unterscheiden. Dieses Dokumentationsergebnis konstituiert sich in der subjektiven Perspektive der drei Stakeholder der Qualitätsmatrix, der Klientin, der Pflegerin und der Managerin auf die Dokumentation. Aus der Sicht der Pflegerin wird hier z.B. gefragt, inwiefern diese ihr Dokumentationshandeln als sinnvoll und befriedigend erlebt. Die subjektive Sicht der Pflegerinnen auf das Pflegedokumentationshandeln wird in den theoretischen Analysen des Teils II an mehreren Stellen thematisiert. Bemerkenswerterweise befassen sich die in Teil II verarbeiteten pflegetheoretischen Quellen hingegen kaum mit der subjektiven Wirkung der Dokumentation auf die Klientinnen. Hierin liegt die besondere Stärke des in Teil III verwendeten Datensatzes. Durch ihn lässt sich die Wirkung der Dokumentationsqualität auf die Zufriedenheit der Klientinnen mit der geleisteten Pflege und auf die pflegebezogene Lebensqualität empirisch analysieren. In Abweichung von der oben vorgestellten Qualitätsmatrix wird die subjektiv durch die Klientinnen erlebte Pflegequalität damit – bei einer Betrachtung aus der Perspektive des Dokumentationshandelns – als Dokumentationsergebnis dem Outcome zugerechnet.

## **2.4 Pflegediskurs**

Wie in Abschnitt 3.1.2 noch ausführlich dargestellt wird, spielt die Einbeziehung der Klientinnen in die Pflegeprozessgestaltung eine zentrale Rolle in der pflegetheoretischen Diskussion der prozessual orientierten Dokumentation. Wird diese vernachlässigt, so wird die Pflegeprozessdokumentation demnach zu einem Instrument der einseitigen Situationsdefinition der Pflege über die Klientinnen hinweg (Höhmman et al. 1996, S. 108). Im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys wurde ein Modell der Einbeziehung der Klientinnen in das koproductive Netzwerk, bestehend aus Klientinnen, (Bezugs-)Pflegerin, Managerin und Angehörige / Informelle, entwickelt (Pieper et al. 2007a, S. 132-136). Das Zusammenwirken dieser vier Stakeholder wird in diesem Modell des Pflegediskurses in vier zentralen Diskursebenen der Pflege differenziert. In der Zusammenschau können diese in einem Pflegetetraeder so dargestellt werden:

**Abbildung 3: Professionelle Pflegediskursebenen**



Quelle: Pieper et al. 2007a, S. 133.

Ausgangspunkt des Diskursmodells ist die Erkenntnis, dass keiner der vier beteiligten Akteure für sich ein Definitionsmonopol in Anspruch nehmen kann. Bei jedem denkbaren bilateralen Aushandlungsprozess wird nun durch die Einbeziehung mindestens einer weiteren Diskurspartnerin, die direkt oder indirekt den Diskurs selbst zum Thema machen kann, die Tatsache transparent, dass alle pflegerelevanten Festlegungen – vom Pflegevertrag bis zur Feststellung der pflegebezogenen Lebensqualität der Klientin – das Ergebnis von Vereinbarungen und Kompromissen ist. Jeder triadische Diskurs erfordert dabei nicht notwendigerweise die gleichzeitige physische Anwesenheit aller Diskurspartnerinnen. Vielmehr kann sich bereits als bereichernd erweisen, wenn die Perspektive der dritten Partnerin auch nur mitgedacht wird.

Ein Beispiel: Eine Pflegerin setzt zur Evaluation der pflegebezogenen Lebensqualität einer Klientin ein standardisiertes Assessmentinstrument ein. Anhand dieses Verfahrens erhält sie einen mehr oder weniger guten Wert. Im Gespräch mit der Klientin kann sich nun herausstellen, dass die Selbsteinschätzung der Klientin davon mehr oder weniger stark abweicht. Welche Feststellung soll nun Grundlage des weiteren pflegerischen Vorgehens sein, das ‚objektive‘ Assessment oder das subjektive Empfinden der Klientin? Offensichtlich ist, dass die Pflegerin das subjektive Empfinden der Klientin nicht ignorieren kann. Gleiches gilt allerdings auch für das Ergebnis des Assessments. Die Klientin und die Pflegerin werden sich in dieser Situation gemeinsam darauf verständigen (müssen), welche Konsequenzen aus beiden Sichtweisen über die Lebensqualität gezogen werden sollen. In diesem Verständigungsprozess können die Angehörigen oder die informelle Pflege als dritter Akteur des Pflegediskurses eine wichtige Rolle spielen, indem sie die beiden Einzelpositionen der Klientin und der Pflegerin aus ihrer Sicht in Frage stellen und bei der Suche nach einem Kompromiss helfen.

Insgesamt können idealtypischerweise vier jeweils trilaterale Diskursebenen unterschieden. Neben dem zentralen Pflegediskurs zwischen der Klientin, deren Angehörigen und der Pflegerin, der auch als Diskurs über die Gestaltung des Pflegealltags interpretiert werden kann, führt die Einbeziehung der Managerin in die Betrachtung zu drei weiteren Diskursebenen, dem Vertragsdiskurs zwischen Klientin, Managerin und Pflegerin, den Zuständigkeitsdiskurs zwischen Klientin, Angehörigen und Managerin sowie dem Interessensvertretungsdiskurs zwischen Managerin, Pflegerin und Angehörigen.

Die Ergänzung des Modells um weitere Diskurspartnerinnen ist dabei denkbar, etwa um die Kolleginnen im Pfl egeteam, die kooperierende Hausärztin, die gesetzliche Betreuerin, die Vormundschaftsrichterin oder eine Vertreterin des Pflegekostenträgers:

„Professionelle Pflege älterer Menschen ist ein theoriegeleitetes, geplantes und reflektiertes Geschehen, bei dem der Altenpfleger bzw. die Altenpflegerin in eine Beziehung mit der zu betreuenden und zu pflegenden Person eintritt. Dabei ist letzten Endes, dass [sic!], was an Pflegehandlung konkret durchgeführt wird, immer ein Aushandlungsprozess. Der ältere Mensch mit seiner Würde und seinem Recht auf Autonomie kommt genauso zu Wort wie die pflegende Angehörige und die verschiedenen Berufsgruppen. Dabei ist die Fachperspektive der Professionellen nur eine Perspektive, die im Aushandlungsprozess nicht einfach durchgesetzt, sondern argumentativ begründet werden muss“ (Brandenburg/Klie 2003, S. 152f.)

Hinter diesem Zitat von Brandenburg und Klie steht eine normative Harmonie-Annahme, derzufolge die Pflegerin und ihre Managerin alleinig vom berufsethisch-professionellem Interesse und zusammen mit den Angehörigen vom Wunsch motiviert ist, das Beste für die Klientin zu wollen. Das Pflegediskursmodell setzt eine solche Harmonie der Interessen nicht voraus; Interessenskonflikte sollen vielmehr im Diskurs überwunden werden. Grundsätzlich jedoch wird privaten ökonomischen Interessen der Beteiligten in pflegetheoretischen Untersuchungen zur Pflegeorganisation und -gestaltung regelmäßig zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Auch in der Analyse des pflegetheoretischen Forschungsstands zur Dokumentation in Abschnitt 3.1 wird sich dies bestätigen. In Kapitel 4 dieser Untersuchung wird daher ergänzend eine institutionenökonomische Betrachtung des Dokumentationshandelns eingeführt.

## II. THEORETISCHE ANALYSEN

### 3. Pflegedokumentation und Pflegewissenschaft

Als Einstieg in die vorliegende Untersuchung der Bedingtheit und der Wirksamkeit der Pflegedokumentation wird in diesem Kapitel die einschlägige pflegetheoretische Diskussion nachvollzogen. Unterschieden werden hierbei eher konzeptionelle von eher theoriegenerierenden Veröffentlichungen, die in Abschnitt 3.1 eingeführt werden. Ein Schwerpunkt der Darstellung liegt auf der Diskussion der Rolle der Dokumentation zur Unterstützung der prozessualen Gestaltung der Pflege. Im Anschluss daran geht es um den theoretischen Ertrag aus einer Vielzahl empirischer Studien zu Voraussetzungen und Wirkung der Dokumentation (Abschnitt 3.1.3). Um diesen Ertrag beurteilen zu können, werden die empirischen Erkenntnisse anhand des Metamodells der pflegerischen Qualitätsdimensionen und der Qualitätsmatrix eingeordnet (vgl. Abschnitte 2.2 und 2.3). Abschnitt 3.2 schließlich betrachtet die Pflegedokumentation in Hinblick auf die Frage, wie diese dazu beitragen kann, Anforderungen an die pflegerische Professionalität zu erfüllen.

#### 3.1 Pflegedokumentation in der pflegetheoretischen Literatur

Ein großer Teil der nicht-empirischen Fachliteratur zur Pflegedokumentation liegt in lehrbuchartigen Einführungen vor, die beispielsweise in Form von Praxisleitfäden erscheinen. Gemeinsam ist den meisten von ihnen eine eher kurz gehaltene theoretische Einführung in die Bedeutung der Dokumentation, die wiederum häufig thesenartig und ohne ausführliche Begründung behauptet werden. Ausführlichere Darstellungen finden sich vor allem in Publikationen, die die Nutzbarmachung der Pflegedokumentation für eine prozessual orientierte Pflege zum Gegenstand haben. Den Autorinnen liegt daran, den Praktikerinnen zusammen mit der Einführung in die Dokumentation zugleich die qualitätssichernde Wirkung einer Pflegeprozessorientierung nahezubringen, deren Potential demnach unter anderem durch eine gute Pflegedokumentation ausgeschöpft werden kann.

Der Darstellung in diesem Abschnitt liegen schwerpunktmäßig Veröffentlichungen aus dem Bereich der Alten- bzw. Langzeitpflege zugrunde. Wo hierzu interessante Parallelen aus dem Bereich in der Akutpflege vorliegen, wird auf diese entsprechend eingegangen. Einige wesentliche Unterschiede zwischen der Dokumentation der Altenpflege im Vergleich zur Akutpflege beschreibt Smith-Stoner (1999). Im Fokus der Dokumentation der *Langzeitpflege* steht demnach die Verbesserung der Lebensqualität der Klientinnen. Dies bedeutet für die Autorin, dass in der Altenpflege-Dokumentation der Gesundheits- bzw. Krankheitsverlauf nicht so detailliert beschrieben werden muss, wie in der Akutpflege. Schließlich geht es bei der Altenpflege nicht nur um einen medizinischen Zustand, sondern viel mehr als bei der Akutpflege, um den *ganzen* Menschen. Somit rückt bei der Langzeitpflege der funktionale Status der Klientin und der damit verbundene Pflegebedarf zur Erhaltung einer möglichst selbstständigen Lebensweise in den Vordergrund. Die Autorin sieht in der fortwährenden Neuanpassung der Klientin an ihre sich verändernden gesundheitlichen Bedingungen die rehabilitative Kernaufgabe der Altenpflege, was in der Dokumentation entsprechend reflektiert werden muss. Als weiteren Unterschied zur Akutpflege führt Smith-Stoner die Notwendigkeit zur detaillierten Dokumentation der Kooperation mit den Angehörigen der Klientin an (S. 13-16). Ehnfors sieht die Besonderheit der Langzeitpflege-Dokumentation vor allem in deren Periodizität auf



der Grundlage der in den individuellen Pflegeplänen formulierten kurz- und langfristigen Pflegezielen (1993a, S. 13).

Die nachfolgende Übersicht über die Literatur zur Pflegedokumentation befasst sich schwerpunktmäßig mit grundsätzlich-theoretischen Fragen der Inhalte und Verfahren bei der Gestaltung von Pflegeprozess und Pflegeprozessdokumentation. Wie bereits erwähnt, liegen daneben auch viele praxisorientierte Handreichungen vor, die den Managerinnen und Pflegerinnen helfen, die theoretischen Erkenntnisse umzusetzen. Solche Zusammenstellungen von praktischen Problemen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation finden sich beispielsweise bei König (2007), Münch (2005), Garms-Homolová/Niehörster (1997) sowie bei Krämer/Schnabel (2005). Speziell mit Fragen der Einrichtung einer EDV-unterstützten Pflegedokumentation befassen sich beispielsweise Ammenwerth et al. (2003) und Krautz (2003).

### **3.1.1 Pflegedokumentation und die operative Bewältigung des Pflegealltags**

Insbesondere beim Studium der deutschsprachigen Veröffentlichungen zur Pflegedokumentation fällt zunächst auf, wie sehr das systematische Führen einer Pflegedokumentation und dessen Verknüpfung mit dem Pflegeprozess im deutschen Pflegewesen insgesamt eher ein neueres Phänomen ist. Beispielhaft zum Ausdruck bringt dies die folgende Bemerkung einer Vertreterin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen: „Über 4/5 der geprüften Pflegedienste verfügte über eine Pflegedokumentation. Gerade hieran wird offenkundig, daß die ambulanten Pflegedienste sich qualitativ deutlich weiterentwickelt haben“ (Soppart 1999, S. 131; ähnlich äußern sich Abt-Zegelin et al. 2004; S. 133; Reinhart 1998, S. 28; für den Bereich der Akutpflege Schreiner-Hecheltjen/Hockauf 1996, S. 185). Wie die folgenden beiden Zitate aus Einführungen in Pflegeprozess und Pflegedokumentation beispielhaft zeigen, geht es den Autorinnen vielfach darum, ihre Leserinnen überhaupt erst vom Potential der Pflegedokumentation zu überzeugen:

„Pflegeprozess und Pflegedokumentation sind für so manche Pflegekraft ein rotes Tuch. [...] Geplant wurde die Arbeit in der Pflege schon immer, ob von der Bereichsleitung, der Stationsleitung oder der einzelnen Pflegekraft, allerdings hat jede Pflegekraft nur nach *ihrem eigenen Wissen* und ihren Erfahrungen gepflegt und diese meist nur *mangelhaft dokumentiert* [Hervorhebungen im Orig.]“ (Münch 2005, S. 5).

„Viele MitarbeiterInnen von Pflegeeinrichtungen sehen keinen konkreten Nutzen der Pflegedokumentation für ihre pflegerische Arbeit. Die Ansicht, Pflegedokumentation diene vor allem bürokratischen Zwecken, ist noch weit verbreitet. Allenfalls scheint die Pflegedokumentation die notwendige rechtliche Absicherung zu bieten. [...] Noch wird [...] die Pflegedokumentation] nur ausnahmsweise für die Planung der Pflege verwendet. Und noch seltener kommt sie den BewohnerInnen zugute“ (Garms-Homolová/Niehörster 1997, S. 10).

Diese beiden Aussagen zeigen, wie die Autorinnen aus einer eher defensiven Haltung heraus gegenüber einer in Sachen Pflegedokumentation skeptischen pflegerischen Praxis formulieren (weitere Beispiele für diese Haltung finden sich bei Berga/Pangritz 2004, S. 5 und bei Grieshaber 1989, S. 21). Inhaltlich konzentrieren sich die Vorbehalte der Pflegepraxis gegenüber der Dokumentation vor allem auf den damit verbundenen bürokratischen (Zeit-)Aufwand zu lasten der Arbeit mit den Klientinnen (vgl. z.B. Mahlberg-Breuer/Mybes 2007). Auch wird die Notwendigkeit der Pflegedokumentation generell in Frage gestellt, da die pflegerelevanten Informationen den mit ihren Klientinnen vertrauten Pflegerinnen ohnehin präsent seien (vgl. z.B. Eilers 1987, S. 176). Grieshaber weist darüber hinaus auf Vorwürfe hin, wonach die Pflegedokumentation zu einer vollkommenen informatorischen Erfassung von Pflegerinnen und Klientinnen führt (1989, S. 21). Einige Veröffentlichungen unterstellen zudem negative

Wirkungen der Pflegedokumentation auf die Pflegequalität (siehe hierzu im Detail in diesem Abschnitt weiter unten).

Entgegen diesen beschriebenen Vorbehalten der Pflegepraxis konstatieren Frei-Rhein und Hantikainen aufgrund der Analyse von qualitativen Befragungen in der Akutpflege eines schweizerischen Krankenhauses eine durchweg positive Sicht der Pflegerinnen auf die Dokumentation. Den Aussagen dieser Praktikerinnen zufolge, fördert die Pflegedokumentation nicht nur die Pflegequalität, sondern steigert auch die Zufriedenheit der Pflegenden und der Klientinnen (2001, S. 399). Passend dazu findet sich eine Reihe kurzer, praxisnaher Einführungen in die Pflegedokumentation, die thesenartig und recht undifferenziert bzw. unkritisch deren vielfältigen Nutzen postulieren (u.a. rechtliche Absicherung, Verbesserung der einrichtungsinternen und -externen Information und Kommunikation, positive Wirkung auf die Pflegequalität), ohne auf Vorbehalte der Pflegepraxis gegenüber der Dokumentation einzugehen (z.B. Kämmer 1994; Lorenz 2000; vgl. hierzu auch die Aufzählung der Ziele der Pflegedokumentation bei Ammenwerth et al. 2003, S. 17-20).

Nahezu alle pflegepraktischen Einführungen in die Pflegedokumentation weisen auf deren große Bedeutung als juristisches Nachweisinstrument hin (z.B. Rösen 2007, S. 3-18; Grajetzky et al. 2002, S. 22-27; Berga/Pangritz 2004, S. 139-143; Brobst et al. 2007, S. 242-250; White 2003, S. 80-86; Abraham 2003, S. 349). Folgende Beispiele zeigen dabei die Breite der rechtlichen Relevanz der Pflegedokumentation in privat-, sozial-, arbeits- und strafrechtlicher Hinsicht: So hat die Führung der Dokumentation direkte Auswirkungen auf Existenzgrundlagen von Altenpflegeeinrichtungen und deren Mitarbeiterinnen. § 85,3 SGB XI legt fest, dass die Pflegesatzverhandlungen mit den Pflegekassen unter anderem auf der (Nachweis-)Grundlage der Pflegedokumentation stattzufinden hat. Andererseits können anhaltende und erhebliche Missstände unter anderem in der Pflegedokumentation, gegen die das Pflegemanagement nicht erfolgreich vorgeht, sogar die Betriebsuntersagung einer stationären Altenpflegeeinrichtung begründen (Verwaltungsgericht Magdeburg, 6. Kammer, Beschluss vom 20.12.2007, Az. 6 B 177/07). Sowohl die arbeits- als auch die strafrechtliche Bedeutung der Pflegedokumentation illustriert folgendes Beispiel: Die Heimaufsicht führte in Einrichtungen der stationären Altenpflege in München unangekündigte nächtliche Kontrollen durch und deckte dabei Fälschungen der Dokumentation auf. Beispielsweise wurden Trinkprotokolle und Lagerungen bereits zu Beginn der Schicht bis zu deren Ende dokumentiert, obwohl die Pflegehandlungen zeitlich noch gar nicht geleistet worden sein konnten. Die betreffenden Pflegemitarbeiterinnen wurden entlassen und strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet (Süddeutsche Zeitung vom 19.06.2008, S. 53). Dem Landesarbeitsgericht München zufolge stellt der Eintrag bzw. die Abzeichnung von nicht erbrachten Pflegeleistungen objektiv eine Urkundenfälschung dar, die eine Kündigung evtl. auch ohne vorherige Abmahnung rechtfertigt (Landesarbeitsgericht München, 4. Kammer, Beschluss vom 26.04.2007, Az. 4 TaBV 11/07). Einem anderen Urteil zufolge ist bei einer derartigen Pflichtverletzung jedoch grundsätzlich eine Abmahnung vor Ausspruch der Kündigung erforderlich (Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein, 6. Kammer, Urteil vom 16.05.2007, Az. 6 Sa 441/06). Dem Landesarbeitsgericht Hamm gemäß kann unter bestimmten Umständen auch die nachträgliche Korrektur von Eintragungen in der Dokumentation mittels Radierungen etc. eine Abmahnung oder sogar eine Kündigung rechtfertigen (Landesarbeitsgericht Hamm/Westfalen, 15. Kammer, Urteil vom 10.05.2007, Az. 15 Sa 1991/06).

Diese Beispiele illustrieren anschaulich die möglichen juristischen Folgen, die Pflegerinnen bei Fehlern im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation zu gewärtigen haben. Daher ist nicht verwunderlich, wenn viele Veröffentlichungen Hinweise auf eine Verunsicherung der Autorinnen bzw. der Pflegepraxis über die gesetzliche Dokumentationspflicht und damit ver-

bundenen rechtlichen Risiken enthalten (Howse/Bailey 1992, S. 376). Als Beispiel für diese Verunsicherung kann die folgende, fast drohende Aussage angeführt werden: „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erfolgt.“ Er findet sich so oder ähnlich in vielen praxisorientierten Handreichungen zur Pflegedokumentation (z.B. Keitel 2007, S. 16; Rösen 2007, S. 115; Lorenz 2000, S. 14; Erfurt 1997, S. 11; Grajetzky et al. 2002, S. 22; Berga/Pangritz 2004, S. 125 und 139; Brobst et al. 2007, S. 242; Leoni-Scheiber 2004, S. 16; Schreiner-Hecheltjen/Hockauf 1996, S. 184; Sperl 1996, S. 49; Hartwig 1999, S. 286; Brüggemann 1999, S. 42; in der angloamerikanischen Literatur Iyer/Camp 1991, S. 2; Ellenbecker/Shea 1994, S. 496; Taylor 2003).<sup>8</sup>

Einige Autorinnen kritisieren, dass in der Pflegepraxis oft ausschließlich die (haftungs-)rechtliche Bedeutung der Pflegedokumentation erkannt wird (z.B. König 2007, S. 16f.; Lorenz 2000, S. 3; Garms-Homolová/Niehörster 1997, S. 10). Klie beschreibt den Umgang der Pflegepraxis mit haftungsrechtlichen Fragen als „eher unreflektiert und fast mythisch [...]“. Offenbar wird der Alltag der Pflege von einer latenten Befürchtung begleitet, es könne etwas passieren, wofür die Pflege verantwortlich gemacht werden könnte“ (Klie 2003b, S. 274). Wie angebracht diese Kritik ist, kann daran ermessen werden, dass manche Einführungen in die Pflegedokumentation tatsächlich den Eindruck erwecken, als konzentriere sich die Bedeutung der Dokumentation auf die rechtliche Absicherung der Pflegerinnen. Ein ausführliches, von Krämer und Schnabel (2005) aus dem Amerikanischen auf deutsche Verhältnisse übertragenes Lehrbuch zur Pflegedokumentation kann in der Weise interpretiert werden: Zwar werden an einigen Stellen auch nicht primär juristische Bedeutungen der Pflegedokumentation erwähnt, z.B. die berufspolitische Anerkennung der erbrachten Pflegeleistungen (S. 14), die Sicherstellung der Pflegekontinuität (S. 19) oder die Unterstützung bei der Pflegequalitätssicherung (S. 337). Insgesamt jedoch legt das Werk in Aufbau und Inhalt die Vermutung nahe, die zentrale Aufgabe der Pflegedokumentation sei die Gewährleistung der Rechtssicherheit der Pflegerinnen. So bleibt zusammenfassend die Feststellung, dass die Pflegedokumentation von vielen Praktikerinnen (und Fachautorinnen) primär unter dem Blickwinkel eines juristischen Nachweisinstruments gesehen wird. Anders kann die schier inflationäre Verbreitung der Warnung, wonach alles, was nicht dokumentiert ist, als nicht erfolgt bewertet werde, nicht interpretiert werden. An dieser spezifischen Wahrnehmung der Rechtslage orientieren sich die Pflegerinnen und nicht an differenzierenden Relativierungen. Um einen anderen Aspekt der Absicherung der Pflegerinnen geht es Autorinnen pflegerischer Fachliteratur, die eine berufspolitische Bedeutung der Pflegedokumentation als Nachweisinstrument pflegerischer Leistungen und Qualität betonen, z.B. „im Kampf gegen Statusprobleme und Berufsunzufriedenheit“ (Höhmman 1996, S. 8). Ein ähnlicher Hinweis findet sich auch bei Grajetzky et al. (2002, S. 14).

Bezüglich der Frage, wie die Pflegedokumentation die Pflegequalität beeinflusst, beschäftigt sich die einschlägige nicht-empirische Fachliteratur mit drei Aspekten: Zunächst wird festgestellt, dass die Dokumentation die interne und externe Information und Kommunikation verbessern kann. Dies ist ebenso unumstritten wie die Funktion der Pflegedokumentation zur Unterstützung von Pflegemanagement-Aufgaben. Kontrovers diskutiert wird hingegen das Potential der Pflegedokumentation zur Verbesserung der Pflegequalität, indem sie *prozessual* orientiertes Pflegehandeln unterstützt. Diese drei Gesichtspunkte des Einflusses der Dokumentation auf die Pflegequalität werden im Folgenden ausführlicher vorgestellt.

---

<sup>8</sup> In juristischen Abhandlungen zur Pflegedokumentation wird etwas zurückhaltender formuliert, dass eine unterlassene Dokumentation pflegerischer Maßnahmen lediglich ein Indiz für eine mögliche Nichterbringung dieser Leistung ist, was allerdings im Einzelfall zu einer Beweislastumkehr in zivilrechtlichen Schadensersatzklagen führen kann (Roßbruch 1998, S. 126f.; Böhme 1996, S. 188; Streckel 2000; Röhlig 1990, S. 193-197; Brucker et al. 2005, S. 54ff.; Klie 2003b, vgl. hierzu auch Krämer/Schnabel 2005, S. 15f).

Alle pflegerischen Fachveröffentlichungen, die sich mit diesem Aspekt beschäftigen, bestätigen die Bedeutung der Pflegedokumentation als Informations- und Kommunikationsmedium zur Sicherung der pflegerischen Kontinuität. Dabei geht es zunächst um die Informationsweitergabe zwischen Personen. In diesem Zusammenhang dient die Dokumentation insbesondere bei der einrichtungsinternen Verwendung durch verschiedene Pflegerinnen oder andere Beschäftigte auch als Kommunikationsmedium. Auch die einrichtungsexterne Informationsweitergabe (etwa mit übergeordneten Stellen, wie z.B. den Trägerorganisationen oder Controlling-Instanzen wie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und mit den Klientinnen selbst) kann teilweise oder sogar ganz auf der Basis der Pflegedokumentation erfolgen, wobei die Dokumentation zumindest mittelbares Kommunikationsinstrument wird – falls die einrichtungsexternen Kooperationspartner nicht sogar Einblick in die Dokumentation nehmen können (wie z.B. Controlling-Instanzen). Eine besondere Art und Weise, die Dokumentation als Informationsquelle zu nutzen, findet hingegen nicht *interpersonal*, sondern *intrapersonal* (Brucker et al. 2005, S. 34) statt. Die Rede ist von dem Fall, in dem eine Pflegerin zu einem späteren Zeitpunkt auf zuvor von ihr festgehaltene Informationen zurückgreift (zur Rolle der Pflegedokumentation als Informations- und Kommunikationsmedium vgl. z.B. Rösen 2007, S. 19f.; Garms-Homolová/Niehörster 1997, S. 11; Keitel 2007, 16f.; Zawada/Kellnhauser 1996, S. 13; Bechtler/Köhler 1984; Brucker et al. 2005, S. 49; insbesondere mit Rolle der Pflegedokumentation als Grundlage für eine fundierte Weitergabe medizinisch relevanter Informationen an die behandelnden Ärztinnen behandelt Benner 1994, S. 107-113; mit den speziellen Vorteilen EDV-gestützter Dokumentation für eine effiziente Informationsweitergabe und -bereitstellung beschäftigen sich beispielsweise Goossen 1998a, S. 18-34, Ammenwerth et al. 2003 und Schrader 2003, S. 737-742). Eine Empfehlung, Pflegeinhalte zur Erinnerungstütze zu Verschriftlichen stammt dabei bereits von Florence Nightingale:

„For it may savelly be said, not that the habit of ready and correct observation will by itself make us useful nurses, but that without it wes hall be useless with all our devotion.

[...] If you find it helps you to note down such things on a bit of paper, in pencil, by all means do so” (Nightingale 1860, zitiert in Schrader 2003, S. 725).

Die Bedeutung der Pflegedokumentation als Informationsmedium ist jedoch nicht auf den Prozess der Bereitstellung von Pflege beschränkt. Als Beispiele für weitergehende Verwendungszusammenhänge können an dieser Stelle die Relevanz von Informationen aus Dokumentationen für die wissenschaftliche (Pflege-)Forschung (Aaronson/Burmann 1994; von-Koss Krowchuk et al. 1995) und für die Pflegeberichterstattung als eine wichtige Grundlage der Pflegepolitik angeführt werden (Goossen 1998b; Weidner/Dörpinghaus 2003, S. 49f.; Elkeles 2000, S. 31). Und schließlich kann die Dokumentation auch als Informationsgrundlage für die Klientin und ihre Angehörigen selbst dienen, die ein entsprechendes Recht auf Einsichtnahme haben (Harsdorf-Gebhart 1999). Nach einem Urteil des Amtsgericht Anklam ist eine stationäre Pflegeeinrichtung sogar verpflichtet, den Angehörigen Kopien aus der Dokumentation einer Bewohnerin zu Pflegeassessment, Pflegeplanung und Pflegebericht zur Verfügung zu stellen (Urteil vom 04.05.2006, Az. 7 C 427/05).

Auf die Relevanz der Pflegedokumentation zur Unterstützung von Pflegemanagement-Aufgaben jenseits der bloßen Abrechnungsfunktionen gehen verhältnismäßig wenige Veröffentlichungen ein. Abgesehen von den bereits erwähnten Funktionen der Dokumentation bei der Schaffung von Rechtssicherheit und als Informations- und Kommunikationsmedium (die ja teilweise auch in den Aufgabenbereich des Pflegemanagements fallen), betonen Garms-Homolová und Niehörster eine „Dispositionsfunktion“ der Pflegedokumentation. Unter diesem Begriff fassen sie unter anderem die Aufgaben der Dokumentation bei der Dienstplanges-

taltung, bei der Kostenkalkulation und ganz allgemein bei der „Koordination von Arbeitsabläufen“ zusammen (Garms-Homolová/Niehörster 1997, S. 11, vgl. hierzu auch Ammenwerth et al. 2003, S. 19). Auch eine angemessene Personalbedarfsplanung kann durch die Pflegedokumentation unterstützt werden (Burmester 1988, S. 45; Reinhart 1998, S. 31; Isfort 2002). Besondere Chancen bei der Unterstützung von Pflegemanagement-Aufgaben ergeben sich bei einer EDV-unterstützten Pflegedokumentation, die eine laufende automatische Aufbereitung und Kondensierung von Informationen aus der alltäglichen Pflegepraxis erlaubt (Hannah 2002). Ein Instrumentenset zur Nutzbarmachung der Dokumentation zum pflegerischen Qualitätsmanagement, das im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys entwickelt wurde, wird bei Heislbetz et al. (2007) und Pieper et al. (2007c) beschrieben. Von Monika Krohwinkel (2007, S. 236-256) schließlich liegt ein Konzept zur Integration der Pflegeprozessdokumentation in ein Modell des Pflegemanagements vor (vgl. hierzu ausführlicher im folgenden Abschnitt).

### 3.1.2 Pflegeprozessdokumentation

Im Unterschied zu den bislang vorgestellten Veröffentlichungen zur Bedeutungen der Pflegedokumentation gehen die Ansichten über den Einfluss der Dokumentation auf die Pflegequalität weit auseinander. Dabei findet sich zunächst eine Reihe von Publikationen, die einen negativen Einfluss der Pflegedokumentation auf die Pflegequalität erkennen. Im Vordergrund steht dabei vor allem der Vorwurf, wonach die Pflegepraxis unter einem vermehrten Umfang der Dokumentationsanforderungen leidet, welche den Pflegerinnen nicht bzw. nicht ausreichend nutzen. Dies ist demnach beispielsweise dann der Fall, wenn Pflegedokumentationssysteme die Praxis dazu zwingen, Informationen zu notieren, die pflegerisch nicht relevant sind bzw. deren Dokumentation für einen erfolgreichen Pflegealltag nicht erforderlich wäre (z.B. Francois-Kettner in Schär/Gericke 1997, S. 48; Münch 2005, S. 22). Ein Teil der Vorwürfe an die Praxis der Pflegedokumentation mündet in die Forderung nach einer besseren inhaltlichen Integration der Dokumentation entlang des Pflegeprozesses und mittels Pflegemodellen. Die daraus entstandene Kontroverse wird im Folgenden nachgezeichnet. Zuvor sollte jedoch noch festgehalten werden, dass sich auch Publikationen finden, die ebenso knapp und relativ undifferenziert einen positiven Einfluss der Dokumentation auf die Pflegequalität behaupten (z.B. Ammenwerth et al. 2003, S. 18; Kämmer 1994, S. 160; Pohl 1997, S. 11; Reinhart 1998; Schreiner-Hecheltjen/Hockauf 1996).

Neben diesen eher theseartigen Veröffentlichungen existiert eine größere Zahl von Darstellungen, welche die Pflegedokumentation nicht bloß als eine Funktion betrachtet, die die Pflege additiv (sozusagen als zusätzliches Qualitätsmerkmal) ergänzen soll, sondern welche die Dokumentation als integralen Bestandteil der professionellen Pflege diskutiert. Diese Veröffentlichungen gehen von der Annahme aus, dass die Pflegedokumentation notwendige Voraussetzung für ein qualitativvolles Gestalten des Pflegeprozesses ist. Auf den Punkt bringt dies die zusammenfassende Darstellung des Zusammenhangs zwischen der Dokumentation und der Pflegequalität von Mahler et al., die feststellen, „[...] dass eine qualitativ gute Pflegedokumentation nicht ein Garant für eine gute Pflege ist, jedoch gute Pflege eine gute Dokumentation mitbeinhaltet“ (2002, S. 5; ähnliche Äußerungen finden sich auch in Höhmann et al. 1996, S. 14 sowie in Däbritz 2003). Wie die folgende Definition von Pflegeprozess und Pflegeprozessdokumentation durch Vertreterinnen einer Controlling-Instanz (des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) zum Ausdruck bringt, wird ein prozessual orientiertes Pflegehandeln dabei durch die Dokumentation unterstützt oder gar erst ermöglicht:

„Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der Kompetenz des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzukommen, dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen, dem Festlegen von Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen. In der Dokumentation werden die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und allen am Prozess Beteiligten werden die notwendigen Informationen zugänglich gemacht. Das individuelle und aktuelle Bild des Pflegebedürftigen soll sich darin widerspiegeln, so dass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht“ (Brucker et al. 2005, S. 10).

Die hier umrissene Sichtweise auf die Pflegedokumentation wird im Folgenden anhand einiger beispielhafter Veröffentlichungen differenziert. Eine zunehmende Beachtung der Verknüpfung von pflegeprozessualen Denken und der *Pflegeprozess*-Dokumentation ist in den letzten Jahrzehnten sowohl für die Akut- als auch für die Alten- bzw. Langzeitpflege erkennbar. Beispielsweise empfiehlt die American Nurses Association 1970 den Pflegeprozess als Standard für die Dokumentation der Akutpflege (Saba 1997, S. 58; Pohl et al. 2000, S. 2). Höhmann zufolge wurden die Wurzeln für eine prozessuale Betrachtung der Pflege in den USA bereits ab den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gelegt und seit den 70er Jahren auch in Deutschland reflektiert (1996, S.f.; vgl. hierzu auch Ammenwerth et al. 2003, S. 20 sowie Brucker et al. 2005, S. 10, denen zufolge die Rezeption pflegeprozessualen Denkens in Deutschland erst zehn bis fünfzehn Jahre später erfolgte). Dass das prozessuale Denken dabei von Anfang an auch auf Vorbehalte stieß – und nicht, wie verschiedentlich behauptet (z.B. Lay/Brandenburg 2002, S. 150ff.; Stratmeyer 1997; Bartholomeyczik 1996, S. 43) ausschließlich unkritisch oder sogar euphorisch begrüßt wurde –, illustriert beispielhaft die von Wittneben (1988, S. 342) wiedergegebene Diskussion über das Für und Wider systematischer Pflegeanamnesen.

Bevor auf einzelne Beiträge zur prozessorientierten Pflege und deren Dokumentation eingegangen werden kann, ist es notwendig, zwei zentrale Begriffe einzuführen: Der Terminus *Pflegeprozessmodell* beschreibt ein „abstraktes Problemlöseverfahren bzw. ein offenes analytisches Handlungsmodell, welches erst durch die Anwendung in einer konkreten Pflegesituation zu einem berufsspezifischen Prozess wird“ (Brucker et al. 2005, S. 11; ähnlich: Fischbach 1991, S. 114ff). Jede Handlungswissenschaft ist auf ein solches Modell erfolgskontrollierten Handelns angewiesen (für die Soziale Arbeit beispielhaft: Salomon 1927, S. 43-48; Germain/Gitterman 1988; Staub-Bernasconi 2007, S. 202-205; Michel-Schwartz 2002, S. 121-166, Engelke 2003, 405-408 sowie 428-431). Auch die in der Pflege neuerdings vielfach diskutierte Methode des Case Management (Wendt 2001) beruht auf diesem Modell.

„Der allgemeine Problemlösungsprozess, als dessen gegenstandsspezifische Konkretisierung der Pflegeprozess zu sehen ist, ist eben keine nur technisch mechanischen Gegenständen adäquate Herangehensweise, sondern als Strukturschema in jedem planvollen, systematischen Handeln vorfindbar. [...] Ein Problemlösungsprozess ist, auch in der konkreten Form des Pflegeprozesses, lediglich ein strukturgebendes Skelett. Erst die inhaltliche Bestimmung durch intelligente Anwender gibt dem Ganzen Gestalt“ (Thiel 2001, S. 341f).

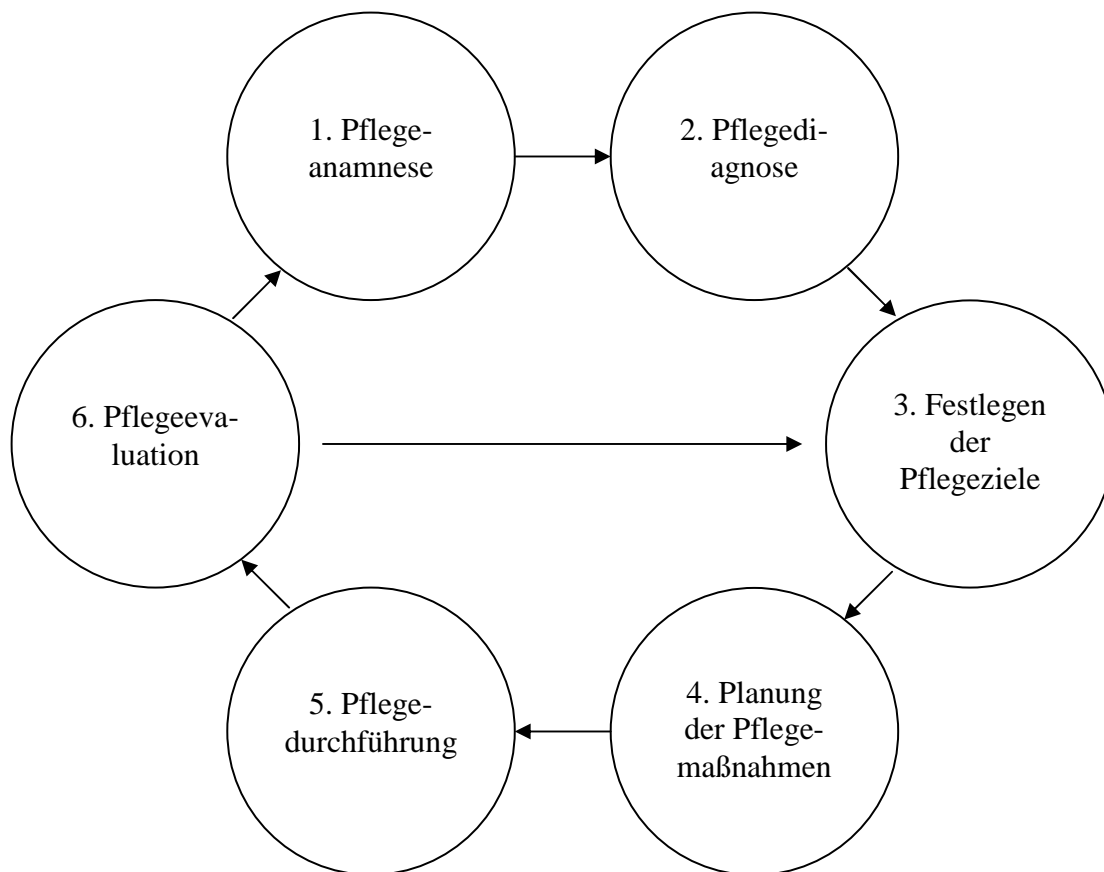
Als Handlungsmodell ist das Pflegeprozessmodell jedoch frei von inhaltlichen Festlegungen bzw. offen für die Integration und Synthese spezifischer Theorien (vgl. hierzu Engelke 2003, S. 428). Die meisten Darstellungen zur prozessorientierten Pflege ergänzen das Pflegeprozessmodell daher um ein weiteres Modell zur pflegeinhaltlichen Orientierung. Dieses Modell gibt Aufschluss über die inneren Zusammenhänge der Pflegebedarfe und -maßnahmen. Es verhindert so, dass die Pflegedokumentation zu einer wenig informativen, aufgeblähten, unsystematischen Ansammlung von Einzeltatsachen wird (vgl. z.B. Brucker et al. 2005, S. 14f). Schwierigkeiten bereitet die Bezeichnung dieses inhaltlichen Modells. In der Literatur finden

sich unterschiedliche Benennungen. Häufig wird auf Pflgetheorien Bezug genommen. Diese werden zuweilen nur unvollständig rezipiert oder der Begriff Pflgetheorie wird unangemessen verwendet, wenn nicht berücksichtigt wird, dass eine Pflgetheorie einen wesentlich umfassenderen Gegenstand hat. Wie in Abschnitt 3.2 dargelegt wird, umfasst eine Pflgetheorie als Handlungstheorie z.B. notwendigerweise auch Aussagen über das integrierte *Pflegeprozessmodell*. Andererseits finden sich auch Veröffentlichungen, welche die inhaltlichen Aspekte des Pflegeprozessmodells auf die Beschreibung von Pflegebereichen beschränken. Sie verwenden dann z.B. Bezeichnungen wie Strukturmodell (s.u.). Wie weitreichend ein Modell zur inhaltlichen Beschreibung des Pflegeprozesses sein muss, soll an dieser Stelle jedoch nicht entschieden werden. Da es hier zunächst nur um die inhaltliche Beschreibung des Pflegeprozessmodells gehen soll, könnte der Begriff *Pflegeinhaltsmodell* gewählt werden. Dieser Bezeichnung wird im Folgenden jedoch der prägnantere Ausdruck *Pflegemodell* vorgezogen.

Lay und Brandenburg unterscheiden hinsichtlich der Einführung prozessual orientierter Pflege zwei Traditionen. Der einen dieser beiden Schulen liegt die Vorstellung der Pflegeintervention als kybernetischer Regelkreislauf zugrunde, mit dem die Pflege und die gesundheitliche Entwicklung der Klientin gesteuert werden soll. Die andere Denkschule stellt die Beziehung zwischen der Pflegerin und der Klientin in den Mittelpunkt der Prozessbetrachtung. Mittels interaktionstheoretisch inspirierter Modelle soll die Klientinnenperspektive zu einer der Grundlagen des Pflegeprozesses werden (Lay/Brandenburg 2002, S. 150). Beide Traditionen haben die prozessual orientierte Pflege und deren Dokumentation nachhaltig beeinflusst. Stellvertretend für ein Regelkreis-Modell wird nachfolgend das Sechs-Phasen-Modell von Fiechter und Meier vorgestellt. Als Beispiel für ein interaktionistisch orientiertes Pflegeprozess-Modell wird weiter unten das Modell von Höhmann et al. (1996) dargelegt.

Das Modell des Pflegeprozesses von Fiechter und Meier (1998) differenziert sechs Pflegeprozess-Schritte: die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Festlegung der Pflegeziele, die Planung der Pflegemaßnahmen, die Pflegedurchführung und die Pflegeevaluation. Diese Prozessschritte sind als Regelkreise konzipiert. Die Bedeutung dieses Modells kann daran ersehen werden, dass die Arbeitshilfe zur Pflegeplanung, in der es veröffentlicht wird, zwischen 1981 und 1998 in zehn Auflagen erscheint. Das Sechs-Phasen-Modell (Abbildung 4, S. 32) wird vielfach zur Orientierung einer prozessual orientierten Pflege empfohlen (z.B. von Keitel 2007, S. 21f.; Rösen 2007, S. 134; Berga/Pangritz 2004, S. 34ff.; Sperl 1996, S. 51-60; Henke 2006; Budnik 2005; Payer-Allmer 1997, S. 24; Braun/Halisch 1989, S. 45-54; Ammenwerth et al. 2003, S. 21f.; Stratmeyer 1997; Pohl et al. 2000, S. 2; Brüggemann 1999; Münch 2005; Grieshaber 1989, S. 22-26; Müller-Daubig 1990; Seidl/Walter 1988).

**Abbildung 4: Pflegeprozess als Regelkreis nach Fiechter/Meier**



Quelle: Fiechter/Meier 1998, S. 19.

Die Grundlage für diese kybernetische Interpretation der pflegerischen Intervention wird in den 1950er Jahren gelegt. Im englischen Sprachraum avanciert das Werk von Yura und Walsh (1988) zum Standardwerk. Die Autorinnen benennen darin vier Pflegeprozess-Schritte: das Pflegeassessment, die Pflegeplanung, die Pflegedurchführung und die Pflegeevaluation (S. 110-181). Auch dieses Buch entfaltete seinen Einfluss in fünf Auflagen zwischen 1967 und 1988. Darüber hinaus finden sich in der Literatur noch weitere Varianten des Regelkreismodells, bei denen die Zahl der Prozessstufen durch Zusammenfassen oder Differenzieren zwischen vier und sechs schwankt. Einige dieser Varianten, deren Darstellung zusammen mit der dazugehörigen Pflegeprozessdokumentation und der jeweiligen inhaltlichen Ausgestaltung durch verschiedene Pflegemodelle erfolgt, werden nachfolgend vorgestellt. Eine ausführliche Beschreibung eines fünfstufigen Prozessmodells und ein Entwurf einer idealtypischen Verknüpfung mit der Pflegedokumentation findet sich außerdem bei Brucker et al. (2005, S. 15-37), die ihre Darstellung jedoch absichtlich für die Anwendung verschiedener Pflegemodelle offen halten.

Eine Anwendung des Regelkreismodells von Fiechter und Meier beschreiben beispielsweise Berga und Pangritz (2004). Sie sehen die „wesentliche Aufgabe der Pflegedokumentation [...] in der Darstellung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses“. Ihr Ziel liegt darin, die Pflege systematisch entlang des Pflegeprozesses vollständig transparent zu machen (S. 32-36). Zur Strukturierung der sechs Prozessschritte schlagen sie die Orientierung an den dreizehn Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel (1993,



S. 23f.) vor.<sup>9</sup> Um die Objektivität der Pflegedokumentation zu gewährleisten, verweisen die Autoren außerdem auf die Bedeutung standardisierter und validierter Erfassungssysteme wie z.B. des Resident Assessment Instrument (RAI) für die Informationssammlung, der NANDA-Pflegediagnosen für die Auswertung der Informationssammlung (Gordon 1998), der NIC-Pflegeinterventions-Klassifikation (McCloskey Dochterman/Bulechek 2004) für die Pflegeplanung und der NOC-Pflegeoutcome-Klassifikation (Moorhead et al. 2003) für die Pflegeevaluation (zu praktischen Problemen bei dessen Einführung, vgl. von Krogh/Nåden 2008; kritisch äußern sich Henry/Mead 1997). Ein weiteres Beispiel für die Verknüpfung des Pflegeprozessmodells von Fiechter und Meier mit den AEDL nach Krohwinkel liegt von Keitel (2007, S. 20-37) vor. Ihren Ausführungen stellt sie die Feststellung voran, dass eine „Pflegedokumentation ohne die Berücksichtigung des Pflegeprozesses [...] nicht möglich [ist]. Professionelle Pflege ohne ein entsprechendes Dokumentationssystem ist gar nicht denkbar“ (S. 13). Sie ergänzt ihre Darstellung um eine anschauliche, praktische Schilderung der Probleme durch mangelhafte Integration der Pflegeprozessschritte und -bereiche (S. 104-118). Eine alternative Handreichung für die Pflegepraxis, die das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier mit den AEDL nach Krohwinkel als Pflegemodell kombiniert, liegt außerdem von Rösen (2007, S. 131-188) vor.

Zawada und Kellnhauser schlagen die Unterscheidung von vier Pflegeprozessschritten vor: Die Erkennung von Pflegeproblemen, die Pflegeplanung, die Pflegedurchführung und die Pflegebewertung (1996, S. 37ff). Das Pflegemodell, an dem sie sich orientieren, umfasst die zwölf Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, vgl. Roper et al. 2002; Juchli 1994; siehe unter 2.1), die sie um weitere „Bereiche des täglichen Lebens“ erweitern (u.a. „Beratung und Information“). Auf dieser Basis skizzieren sie, wie in der Pflegepraxis ein einrichtungsspezifisches Dokumentationsmodell entwickelt werden kann, das sie dem Pflege team als Richtlinie empfehlen (Zawada/Kellnhauser 1996, S. 40-47).

Brobst et al. (2007) unterscheiden fünf Pflegeprozess-Schritte: das Pflegeassessment, die Pflegediagnosen, den Pflegeplan, die Pflegeimplementation bzw. -durchführung und die Pflegeevaluation. Zur Durchführung und Dokumentation des Assessments empfehlen die Autorinnen die Orientierung am Assessment-Modell nach Gordon (1998). Auf der Basis der Pflegediagnosen kann dann der Pflegeplan erstellt werden. Dessen Dokumentation kann den Ausführungen zufolge eine positive Wirkung auf die Pflegeergebnisse haben, wenn die Pflegeziele genau und praktikabel formuliert sind (S. 134). Die Pflegedurchführungsdokumentation sollte wiederum standardisiert anhand der NIC-Klassifikation (McCloskey Dochterman/Bulechek 2004) erfolgen. Der dokumentarische Bezug auf die Pflegediagnosen ermöglicht die Kontrolle der Pflegequalität (S. 174). Die Pflegeevaluation wiederum wird dann umso besser gelingen, je präziser die Pflegeziele im Pflegeplan formuliert und festgehalten sind und je nachvollziehbarer die Pflegedurchführung dokumentiert ist (S. 198).

Ein für den Akutpflegebereich entwickeltes Modell der Pflegeprozessdokumentation wurde erstmals 1991 von Margareta Ehnfors, Ingrid Thorell-Ekstrand und Anna Ehrenberg vorgestellt (Ehnfors et al. 1991; Ehnfors 1993a). Dem Modell liegt eine modifizierte Variante des Pflegeprozessmodells nach Yura und Walsh (1988) zugrunde. Unterschieden werden sieben Pflegeprozessschritte: Nursing history, Nursing status, Nursing diagnoses, Nursing goals, Nursing intervention, Nursing outcome und Discharge notes. Ziel des Modells ist die Unterstützung der Pflegequalität durch die Dokumentation in Bezug auf vier *Schlüsselkonzepte* („key concepts“) für „gute Pflege“: Wohlbefinden, Integrität, Prävention und Sicherheit. Aus den schwedischen Bezeichnungen dieser *Schlüsselkonzepte* wurde das Akronym VIPS gebil-

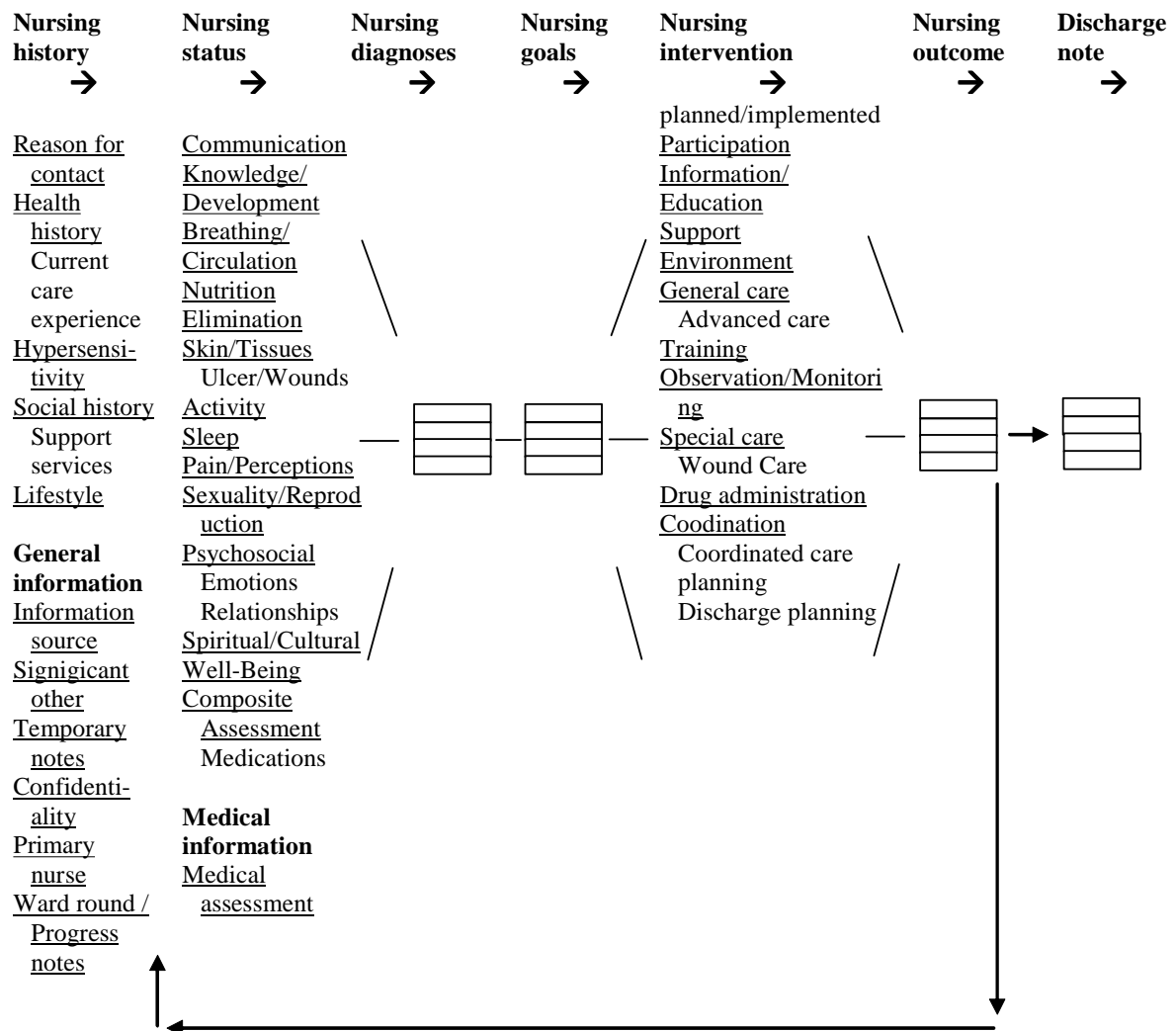
---

<sup>9</sup> Die AEDL sind in von der Autorin mittlerweile um soziale Beziehungen erweitert worden. Krohwinkel (2007) spricht nun von „Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (ABEDL).

det, unter dem das Modell der Pflegeprozessdokumentation verbreitet ist. Bemerkenswert ist an dieser Stelle, dass die vier Schlüsselkonzepte des VIPS-Modells als Variante der vier Dimensionen jenes Metaqualitätsmodells interpretiert werden können, das dieser Untersuchung zugrundeliegt (vgl. unter 2.2). Die Ziele-Dimension (Werteharmonie, Pflegekonzepte, Klientinnenorientierung – Frage nach dem Was?) repräsentiert hier der Schlüsselbegriff der Integrität. Die Zielerreichungs-Dimension (Innere Ressourcen, Verfahren, Arbeitsorganisation – Frage nach dem Wie?) repräsentiert im VIPS-Modell der Schlüsselbegriff der Prävention. Der Umweltanpassungs-Dimension (Äußere Ressourcen – Frage nach dem Womit?) entspricht der VIPS-Schlüsselbegriff der Sicherheit. Und der Schlüsselbegriff des Wohlbefindens im VIPS-Modell schließlich kann als die Integrations-Dimension (Innere Harmonie, Motivation – Frage nach dem Wer?) des Metamodells der pflegerischen Qualitätsdimensionen interpretiert werden.

Die Operationalisierung der vier Schlüsselkonzepte erfolgt auf einer ersten Ebene durch *Schlüsselbegriffe* („key words“), die den Pflegeprozessschritten zugeordnet sind und die in einem Anhang zu dem Modell der Pflegeprozessdokumentation weiter erläutert werden (Operationalisierungen auf der zweiten Ebene). Das VIPS-Modell wurde mehrfach weiterentwickelt (Ehrenberg et al. 1996; Ehnfors et al. 1997). Kernstück ist dabei die nachfolgende, pflegeprozessual orientierte Darstellung des Modells, die ebenfalls mehrfach überarbeitet wurde. Die Hauptaufgabe dieser Abbildung besteht darin zu zeigen, wie jene Schlüsselbegriffe, welche die Pflegedokumentation leiten, entlang des Pflegeprozessmodells angeordnet werden sollen.

**Abbildung 5: Pflegeprozessuale Differenzierung der zentrale Kategorien des VIPS-Modell der Dokumentation**



Unterstrichen: Schlüsselbegriffe des VIPS-Modell.

Quelle: Ehnfors et al. 1997.

Das VIPS-Modell verzichtet dabei auf die Vorgabe erschöpfender Listen aller eventuell zu dokumentierenden Pflegesachverhalte. Stattdessen wird zu jedem Schlüsselbegriff eine Vielzahl in Frage kommender Dokumentationsinhalte angeboten, welche die Pflegerinnen je nach individueller Fallsituation verwenden können; dazu drei Beispiele:

**Tabelle 3: Operationalisierung der Schlüsselbegriffe durch das VIPS-Modell**

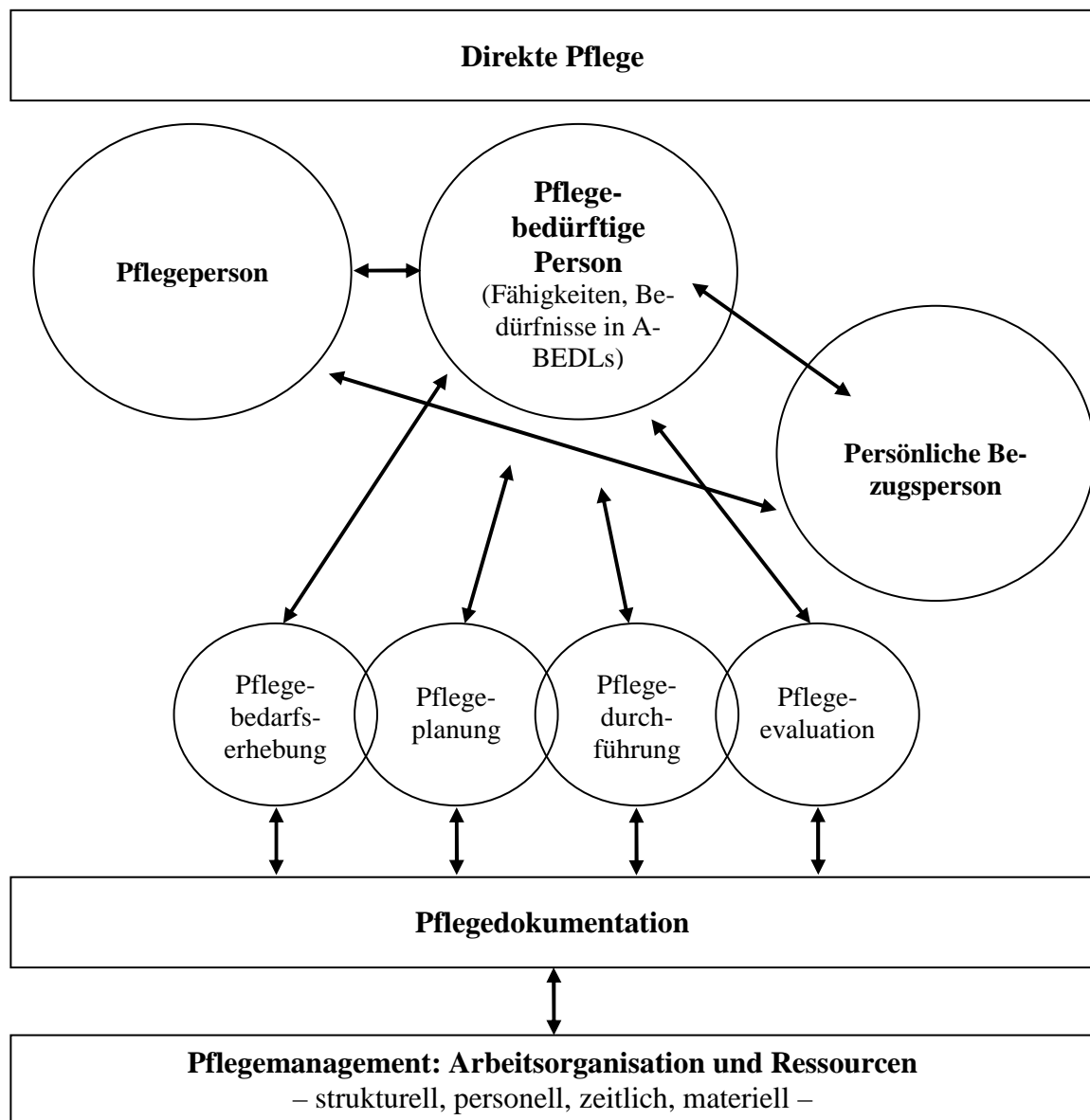
<b>Schlüsselbegriff</b>	<b>Operationalisierung (Anhang zum VIPS-Modell)</b>
Lifestyle	Values and beliefs, culture, religion, view of life, interests. Exercise pattern, specific dietary principles
Communication	Communicatory status. Ability to make oneself understood and to understand. Ability to express one's needs. Limitations of relevance for communication, e.g. sight, hearing, speech impairment. Language, e.g. slurred speech. Non-native language. Level of consciousness, disorientation. Concentration ability or relevance to the communicatory ability. Self-care and aids used by patient, e.g. hearing devices, spectacles, reminder notes, interpreter.
Pain/Perception	Acute or chronic pain or discomfort. Location, character, pattern, intensity. Assessment according to a scale. Patient's complaints and expressions of pain. Signs, symptoms and behaviour in connection with pain, e.g. guarding behaviour, crying, restlessness. What causes onset or relief. How the patient manages pain and discomfort.

Quelle: Ehrenberg et al. 1996, S. 865f.

Das VIPS-Modell ist vor allem in Schweden sehr weit verbreitet. Es wird in mehr als 80% aller Krankenpflegeschulen unterrichtet (Ehrenberg et al. 1996, S. 856ff). Hellesø und Ruland (2001) sprechen eine Empfehlung aus, das VIPS-Modell auch zur Grundlage bei der Entwicklung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation zu machen. Obwohl es ursprünglich für den Akutpflegebereich entwickelt wurde, enthält das Modell auch für den Bereich der Langzeitpflege relevante Erkenntnisse. Besonders interessant ist die Operationalisierung der pflegerischen Schlüsselbegriffe. Ein solches Vorgehen kann helfen, eine bürokratisch-überbordende, die Pflege eher behindernde denn unterstützende Dokumentation zu vermeiden. Auch die im Forschungsprojekt Care Keys entwickelten Instrumente zum pflegerischen Qualitätsmonitoring greifen diese Vorgehensweise auf (vgl. Heislbetz et al. 2007; Pieper et al. 2007c). Eindeutig auf die Akutpflege zugeschnitten ist jedoch die Modellierung des Pflegeprozesses: Anstelle mehrerer paralleler, größerer und kleinerer Prozesszyklen, wie sie für die Langzeitpflege charakteristisch sind, geht das VIPS-Modell von der Vorstellung *eines* Prozesses aus, auch wenn dieser (bis zur Entlassung bzw. Vermittlung) mehrfach durchlaufen werden kann.

Die bis hier vorgestellten Ansätze beschränken sich im Kern mehr oder weniger darauf, ein kybernetisch inspiriertes Pflegeprozessmodell (z.B. nach Yura/Walsh 1988 oder Fiechter/Meier 1998) mittels eines Pflegemodells mit Inhalten zu füllen. Aus der Prozess- und der Inhaltsdimension entsteht so ein zweidimensionales Gerüst der Pflegeprozessdokumentation. Das „System Fördernder Prozesspflege“ von Monika Krohwinkel (2007, S. 236-256) geht darüber hinaus und weist auf die Beziehung zwischen der direkten Pflege und der Dokumentation einerseits und der Dokumentation und dem Pflegemanagement andererseits hin. Diese Beziehung fasst sie grafisch wie folgt zusammen:

**Abbildung 6: System Fördernder Prozesspflege – Beziehung zwischen Direkter Pflege, Pflegedokumentation und Pflegemanagement**



Quelle: Krohwinkel 2007, S. 237.

Das von Krohwinkel verwendete Pflegeprozessmodell umfasst vier Prozessschritte (Pflegebedarfs-erhebung, Pflegeplanung, Pflegedurchführung und Pflegeevaluation). Die ‚Pflege‘ besteht dabei nicht nur aus *einem* Pflegeprozess, sondern jede reflektierte pflegerische Einzelhandlung – gerade auch Routinetätigkeiten – ist stets aufs Neue Gegenstand einer (momentanen) Bedarfsfeststellung, Maßnahmenplanung und -durchführung sowie -evaluation.

„Bei solchen Veränderungen werden dann, in Abstimmung mit der betroffenen Person, geplante Maßnahmen modifiziert, umgesetzt oder zu diesem Zeitpunkt gar nicht durchgeführt. Die Auswirkungen dieser veränderten Vorgehensweise werden mit dem betroffenen Menschen evaluiert. Dies wird im Pflegeverlaufsbericht dokumentiert“ (S. 237f).

Die Autorin grenzt sich somit von einem Verständnis des Pflegeprozesses als starre, lineare Handlungsfolge ab, als die der Pflegeprozess häufig kritisiert wird (zu dieser Kritik siehe weiter unten in diesem Abschnitt), und betrachtet den Pflegeprozess und dessen Dokumentation

stattdessen primär als Instrument systematischer, fortwährender Reflexion. Entlang des Verlaufs der Pflegebedürftigkeit der Klientin liegen damit viele miteinander mehr oder weniger stark verknüpfte Prozesszyklen, die spiralförmig dargestellt werden können (S. 86). Korrekterweise müsste somit statt von *dem Pflegeprozess* von *den Pflegeprozessen* gesprochen werden. Fischbach (1991, S. 116) löst das Problem des ununterbrochenen Wandels der Pflegebedürftigkeit der Klientin durch die Empfehlung eines beständigen Pflegeassessments, das sicherstellt, dass neue Entwicklungen sofort im Pflegeprozess berücksichtigt werden.

Für die Gestaltung des individuellen Pflegeprozesses ist zunächst die jeweilige Pflegeperson zusammen mit der Klientin und der Bezugsperson verantwortlich. Wie die Aushandlungsprozesse in diesem Beziehungsdreieck aussehen können, untersucht das unter 2.4 aus dem Forschungsprojekt Care Keys eingeführte Diskursmodell. Das von Krohwinkel betrachtete Beziehungsdreieck entspricht dabei dem Pflegediskurs. In der obigen Abbildung von Krohwinkel wird angedeutet, wie die Pflegeperson durch das Pflegemanagement Unterstützung (und Kontrolle) erfährt. Aufgabe der Managerin sind „sämtliche Maßnahmen zur quantitativen und qualitativen Sicherung von Pflegeleistung[en] für pflegebedürftige Personen und ihre persönlichen Bezugspersonen, einschließlich der Gewährleistung von Kontinuität“ (Krohwinkel 2007, S. 243). Diese Gesamtverantwortung erstreckt sich dabei auf strukturelle (z.B. sichere und fördernde Umgebung), personelle (qualitativ und quantitativ), zeitliche und materielle Ressourcen. Von besonderer Bedeutung für die Managerin ist dabei die Pflegeprozessdokumentation, die die Qualität der direkten Pflege abbildet und damit beeinflussbar macht.

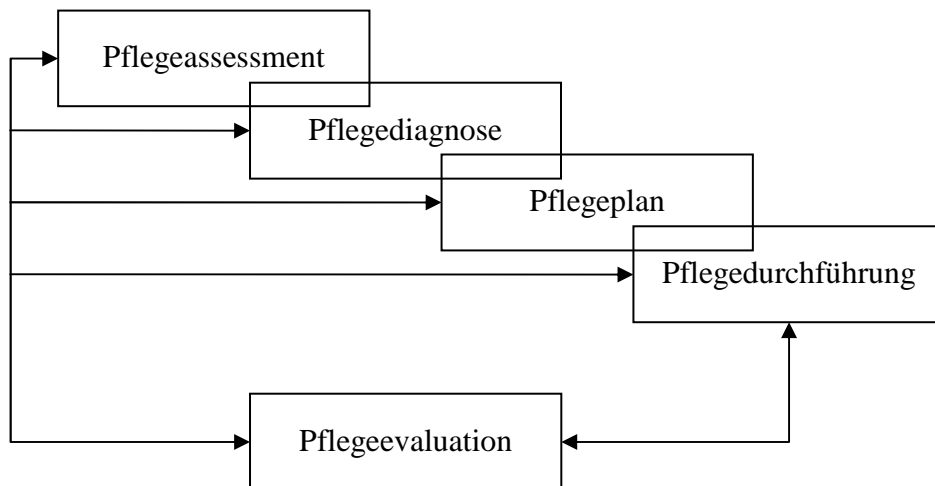
Inhaltlich differenziert Krohwinkel (2007, S. 242) die Pflege durch dreizehn Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (ABEDL), welche die physisch-funktionale, psychische, soziale und umweltbezogene Dimension der Pflege umfassen.<sup>10</sup>

Leoni-Scheiber (2004) stellt den Regelkreismodellen des Pflegeprozesses (beispielsweise nach Yura/Walsh 1988 oder Fiechter/Meier 1998) ein Alternativmodell von Alfaro-LeFevre (1998, S. 5-10) gegenüber, dem sie den Vorzug gibt. Dieses Pflegeprozessmodell variiert das Regelkreismodell insofern, als die Evaluation nicht mehr den letzten Prozessschritt darstellt (vgl. nachfolgende Abbildung). Vielmehr wird eine fortlaufende, parallele kritische Reflexion aller Prozessschritte gefordert. Leoni-Scheiber erkennt in der schrittweisen Dokumentation die Grundlage des Pflegeprozesses (S. 18). In Anlehnung an Alfaro-LeFevre führt sie diesen anhand der fünf Prozessschritte Informationssammlung bzw. Pflegeanamnese, Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Pflegedurchführung und Pflegeevaluation ein (dieses Modell wird in Kapitel 5 bei der Konstruktion eines Metamodells der Pflegeprozessdokumentation noch ausführlicher diskutiert werden). Leoni-Schreiber geht von einem bedeutenden Einfluss der angewandten Pflege-theorien und -modelle auf den Pflegeprozess und dessen Dokumentation aus (S. 149-153), ohne sich jedoch bei ihrer Darstellung des Pflegeprozesses an einer Pflege-theorie zu orientieren.

---

<sup>10</sup> Im Einzelnen werden folgende ABEDL unterschieden: Kommunizieren können; Sich bewegen können; Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können; Sich pflegen können; Sich kleiden können; Ausscheiden können; Essen und trinken können; Ruhen, schlafen, entspannen können; Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können; Die eigene Sexualität leben können; Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können; Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können; Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können (Krohwinkel 2007, S. 242).

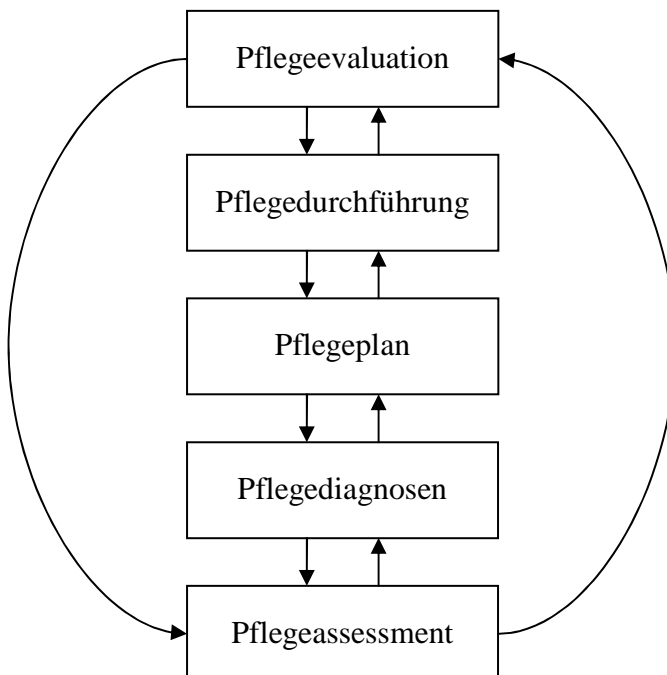
**Abbildung 7: Pflegeprozessmodell nach Alfaro-LeFevre**



Quelle: Alfaro-LeFevre 1998, S. 10.

Ein weiterer Alternativentwurf eines Pflegeprozessmodells liegt von White (2003, S. 3-13) vor. Auch sie ersetzt die lineare Abfolge von Prozessschritten durch sich überlappende Schritte. Besonders betont sie dabei die Fähigkeit der Pflegerinnen zu kritischer und kreativer Reflexion des Prozessgeschehens, um so unvollständige Informationen, verzerrte Wahrnehmungen oder Fehlteile einer beständigen Vervollkommnung bzw. Revision unterziehen zu können. Auf diese Weise soll eine dynamische Gestaltung des Pflegeprozesses erreicht werden. Das sich so ergebende Pflegeprozessmodell wird von der Autorin wie folgt dargestellt (die den Pflegeprozess ‚rückwärts‘ – von der Pflegeevaluation zum Pflegeassessment – durchlaufenden Pfeile symbolisieren notwendige Revisionen zurückliegender Pflegeprozessschritte):

**Abbildung 8: Pflegeprozessmodell nach White**



Quelle: White 1998, S. 5.

Um die Pflegeprozessgestaltung inhaltlich zu bestimmen, empfiehlt White die Orientierung insbesondere des Pflegeassessments an einer Auswahl von Pflegemodellen bzw. -theorien, z.B. der Selbstpflegedefizit-Theorie nach Dorothea Orem (1997). Die Bedeutung dieser Modelle für die Pflegeprozessdokumentation sieht sie vor allem in der durch sie möglichen Organisation und Ordnung der gesammelten Informationen. Für die weitere Dokumentation des Pflegeprozesses regt White die Orientierung an standardisierten Erfassungssystemen an, den NANDA-Pflegediagnosen (Gordon 1998), der NIC-Pflegeinterventions-Klassifikation (McCloskey Dochterman/Bulechek 2004) und der NOC-Pflegeoutcome-Klassifikation (Moorhead et al. 2003), auf deren Verknüpfbarkeit (Johnson et al. 2005) sie hinweist.

Auch Sperl orientiert sich am Modell eines linear-kybernetischen Pflegeprozesses (von Fiechter und Meier, das sich seiner Ansicht nach durchgesetzt hat, 1996, S. 52). Der Autor stellt dabei zwar die Akut- und hier vor allem die Intensivpflege in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen, seine Ausführungen differieren jedoch von den bisherigen Darstellungen pflegeprozessualer Regelkreise. Sperl betont zwar die Bedeutung der Reflexion des Pflegeprozesses als „unerläßliches Werkzeug zur Gestaltung der Pflege als systematischen, wissenschaftlich fundierten, autonomen und emanzipierten Teilbereich der Versorgung von Kranken und der Vorsorge bei Gesunden“. Er sieht das pflegeprozess-orientierte Denken aber insofern „in einer schweren Krise“, als es seiner Ansicht nach noch nicht gelungen ist, das Pflegeprozessmodell mit wissenschaftlich begründeten Inhalten zu füllen (S. 59). Hierbei kritisiert er insbesondere die Pflegemodelle bzw. -theorien: Die von Autorin zu Autorin unterschiedliche Anzahl der beschriebenen Grundbedürfnisse bzw. Lebensaktivitäten ist für ihn Indiz einer unwissenschaftlichen Willkür der Modelle. Sie stellen für den Autor vielmehr das Ergebnis des vergeblichen Versuchs dar, ein ganzheitliches Pflegemodell zu beschreiben („Es ist eine Anmaßung von Pflegemodellen, den Menschen in seiner Gesamtheit erfassen und ihm umfassen helfen zu wollen (sozial, psychisch).“<sup>11</sup> Stattdessen wird (als „Ausdruck unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit“) eine inhaltliche Orientierung des pflegeprozessualen Denkens an einem krankheitsorientierten medizinischen Pflegemodell vorgeschlagen (S. 28-34). Dies ermöglicht eine Zusammenführung von medizinischer und pflegerischer Dokumentation des gemeinsamen, sich wechselseitig unterstützenden (medizinisch problemorientierten) Vorgehens (S. 49ff).

Ebenso wie Sperl legen auch andere Quellen die Vermutung nahe, dass die Vorstellung eines linear-kybernetischen Pflegeprozesses im Akutpflegebereich von den Pflegerinnen eher akzeptiert wird, während es insbesondere bei einem engen Verständnis im Altenpflegebereich auf Vorbehalte stoßen muss: So schlagen auch Schreiner-Hecheltjen und Hockauf (1996, S. 185-188) vor, die Intensivpflege am Regelkreismodell des Pflegeprozesses zu orientieren und erkennen in dessen Dokumentation ein Medium der Pflegequalitätssicherung. Vergleichbar mit den Empfehlungen von Sperl, beschränken auch sie sich inhaltlich weitgehend auf das medizinische Pflegemodell. Im Gegensatz dazu beschreiben Fox-Ungar et al. (1989, S. 65f.), die ebenfalls von einem kybernetischen Prozessmodell ausgehen, wie im Akutpflegebereich die Orientierung am medizinischen Pflegemodell ein Hindernis für die Akzeptanz und Nutzung der Dokumentation als professionelles Kommunikationsmittel durch die Pflegerinnen sein kann. Inwiefern das linear-kybernetische Pflegeprozessmodell und die inhaltliche Orientierung der Pflege am medizinischen Pflegemodell auf die Situation in der Akutpflege einfacher anwendbar sein kann als in der Langzeitpflege, zeigt dabei auch die im Amerikanischen

---

<sup>11</sup> Sperl geht von einem Ganzheitlichkeitsbegriff aus, den Krohwinkel als „naturwissenschaftlich-mechanistisch“ bezeichnend (2007, S. 213f). Kennzeichnend für dieses Verständnis ist es, das ‚Ganze‘ als Summe loser Einzelfragmente zu betrachten. Eine unter den Prämissen dieses Ganzheitlichkeitsverständnisses geführte Pflegedokumentation läuft Gefahr, sich in einer Vielzahl nicht-informativer unverbundener Einzeltatsachen zu verlieren. Krohwinkel stellt dem eine „dynamische Ganzheitlichkeit“ gegenüber, die „komplementäre Wechselwirksamkeit[en]“ nachzuzeichnen versucht und daher auf eine Vollständige Erfassung aller Falldetails verzichten kann.



dafür verwendete Spezifikation als „problem-oriented“ (auch die entsprechende Pflegedokumentation wird so attribuiert, z.B. bei Ellenbecker/Shea 1994). Ein so verstandenes kybernetisches Pflegeprozessmodell dürfte in der Akutpflege einfacher anwendbar sein, bei der inhaltlich und zeitlich eingrenzbar Pflegeprobleme leichter bestimmt werden können, als im Bereich der Langzeitpflege mit seinen komplexen, sich überlagernden und gegenseitig beeinflussenden Pflegeproblemen, die sich aufgrund ihrer Dynamik evtl. auch kaum ‚regeln‘ (Regelkreis!) lassen und die es im Grunde genommen verbieten, nur von *einem* Pflegeprozess zu sprechen (vgl. die obigen Ausführungen zum Pflegeprozess nach Krohwinkel):

„Die Logik des Pflegeprozesses verrät das Erbe eines deterministischen medizinischen Modells, nach dem ein Problem identifiziert bzw. ‚diagnostiziert‘ und dann durch die geeigneten Maßnahmen gelöst bzw. ‚geheilt‘ werden kann. ‚Probleme‘ sind dabei im Wesentlichen medizinische bzw. physische Störungen der verschiedenen Körpersysteme oder Lebensaktivitäten“ (Johns 2004, S. 264).

Die von den interaktionstheoretischen Pflegeprozessmodellen betonte Notwendigkeit zur ständigen Situations-(neu-)definition gemeinsam mit der Klientin (s.u.), erfährt hier ebenso ihre Begründung wie die Kritik von Abt-Zegelin, wonach der „hilfsbedürftige Mensch ‚in Person‘“ mit einem so verstandenen Problemlösungsprozess nicht begriffen werden kann. Mit der ironischen Frage „Ist die pflegebedürftige Person ein Problem?“ kritisiert Abt-Zegelin eine zu starke Reduktion der Klientin und ihrer Situation durch ein zu enges Verständnis des kybernetischen Pflegeprozessmodells als Problemlösungsprozess (Abt-Zegelin 2000, S. 500).

Neben diesem Vorwurf von Abt-Zegelin wird die Orientierung der Pflege und deren Dokumentation an kybernetischen Pflegeprozessmodellen, wie dem Regelkreismodell von Fiechter und Meier, auch aus anderen Gründen kritisiert. Im Mittelpunkt der Kritik steht dabei zunächst der Vorwurf einer mechanisch-technizistischen Unflexibilität der Modelle, in welche die Pflegepraxis gezwungen werde. Damit einhergehend wird die Missachtung der intuitiven, fallverstehenden Kompetenzen der Pflegerinnen beklagt. Andere Vorwürfe betreffen die Vernachlässigung des Beziehungsgeflechts, in dem die Pflegerinnen den Pflegeprozess umsetzen sollen. Diesbezüglich wird zum einen vorgebracht, dass eine pflegeprozessuale Orientierung von der Fiktion einer Autonomie der Pflegerinnen (insbesondere gegenüber den Ärztinnen) ausgeht. Zum anderen kritisieren einige Autorinnen die mangelnde Einbeziehung der Perspektive der Klientinnen in den Pflegeprozess. Schließlich wird der Vorwurf erhoben, die Umsetzung des Pflegeprozesses erfolge ohnehin nur auf dem Papier (d.h. in der Pflegedokumentation). Die Diskussion dieser Vorbehalte gegenüber dem kybernetischen Pflegeprozessmodell wird im Folgenden überblicksartig wiedergegeben:

Der Vorwurf, wonach das kybernetische Pflegeprozessmodell die Pflege in einen starr linearen, mechanischen Problemlöseprozess zwingt, wird mehrfach geäußert. Die fehlende Flexibilität der abzuarbeitenden Prozessschritte kann demnach weder den Klientinnen noch den Pflegerinnen in der Praxis gerecht werden: Fischbach zufolge arbeitet der Pflegeprozess „mit einer festgelegten Schablone, das [...] nichts anderes als ein schematisiertes Verfahren zur Problemlösung darstellt“ (Fischbach 2001, S. 173; ähnlich Johns, für den „der mechanistische Ansatz [des Pflegeprozesses] ‚bedeutet, den Patienten wie ein Objekt so zu manipulieren, dass die im Pflegeplan festgehaltenen Ziele erreicht werden“, 2004, S. 265). Auch Schöniger und Abt-Zegelin (1998) warnen vor einer technizistischen Sichtweise des Pflegeprozesses und der Pflegeprozess-Dokumentation. Wie in Abschnitt 3.2 noch ausführlicher dargestellt wird, erkennen die Autorinnen zwei zentrale Merkmale professionellen Pflegehandelns: Dabei handelt es sich zum einen um die wissenschaftliche Kompetenz der Pflegerinnen und zum anderen um eine fallverstehende, hermeneutische Kompetenz, mittels der die wissenschaftlichen Grundlagen kreativ auf die einzelne Klientin angewandt wird. Eine Ignoranz gegenüber der zweiten, hermeneutischen Komponente professionellen Handelns führt demnach unweigerlich

zu einer technizistisch verkürzten Interpretation von Professionalität, die sich im „Abarbeiten eines vorgegebenen Regelkanons“ äußert (Schöniger/Abt-Zegelin 1998, S. 309, ähnlich argumentiert Gordon 1994, insb. S. 229-233). Vor allem das kybernetische Prozessmodell beispielsweise von Fiechter und Meier (1998), verleitet demnach zu einem linearen, rezepthaften Abarbeiten der Pflegeprozessschritte. Kritisiert wird die mangelnde Integration dieses Modells, dessen einzelne Prozessstufen abgearbeitet, statt aufeinander bezogen werden und das somit eine unsachgemäße Sicht des Pflegeprozesses und eine für im Pflegealltag unbrauchbare Pflegeprozess-Dokumentation nach sich zieht. Der Pflegeprozess folgt dann

„[...] einer Logik der analytischen Zerstückelung von Ganzheiten. Die daraus entstehenden Einzelbestandteile eines komplexen Gebildes versperren den Blick auf den in einer individuellen Situation nur gesamtheitlich zu erfassenden und zu verstehenden Menschen“ (Schöniger/Abt-Zegelin 1998, S. 307).

Die Interpretation des Pflegeprozesses als linear abzuarbeitendes Stufenmodell führt dazu, dass die praktische Umsetzung des Pflegeprozesses zuweilen als eine die ‚eigentliche‘ Arbeit eher behindernde als fördernde, bürokratische Aufgabe betrachtet wird. Wie weit dieses Verständnis des Pflegeprozesses dabei von der ursprünglichen Idee einer individuellen, klientinnenbezogenen Pflegeprozessgestaltung entfernt liegt, zeigt beispielsweise diese Zusammenfassung von Kritik am Pflegeprozess:

„We also found that much of the current nursing literature suggests a need to de-emphasize the linear, dogmatic care model and re-emphasize the use of a more *individualized* [Hervorh. durch mich, C. H.] care plan which incorporates both the intuitive and scientific natures of nursing process“ (Fonteyn/Cooper 1994, S. 318).

Offenbar erleben viele Pflegerinnen die planvolle Pflegeprozessgestaltung als eine Art starres, von Theoretikerinnen entworfenes Korsett, das sie dabei hindert, diesen Prozess *individuell*, auf die Klientin hin auszurichten. Auch die damit einhergehende Ignoranz gegenüber der intuitiven Kompetenz der Pflegerinnen wird mehrfach beklagt (z.B. Henderson 1982). Für Fischbach beinhaltet für, die

„[...] Anwendung des formalisierten Pflegeprozesses [... auch] den Aspekt der Bevormundung der Pflegenden in ihrer Berufspraxis, da ihnen der Pflegeprozess verordnet [...] wird – in der Regel von solchen Kollegen/innen [...] die sich [...] von der täglichen, beruflichen Lebenspraxis ‚am Patientenbett‘ und auf der Station weitgehend zurückgezogen haben und diese Wirklichkeit kaum noch einschätzen können“ (Fischbach 2001, S. 174).

Dem widerspricht zwar ein Erfahrungsbericht von Abt-Zegelin et al. (2003) Die Autorinnen schildern darin, wie sie bei einem Pilotprojekt zur Pflegedokumentation aus Opportunitätsgründen die Dokumentation vom Pflegeprozess abtrennen wollen. Sie stoßen mit diesem Vorhaben aber auf die Ablehnung beim Stationsteam, das „wieder eine Besinnung auf den Pflegeprozess“ wünscht (S. 297). Zu einem besonders harschen Urteil kommt jedoch Johns. Er sieht durch den Pflegeprozess sogar den Erfahrungsschatz der Pflegerinnen bedroht:

„Der Pflegeprozess ist als Artikulationsform für die reflektierte und ganzheitliche Pflegepraktikerin ungeeignet, da er nicht repräsentiert, wie sie Situationen betrachtet und auf sie reagiert. [...] Mit zunehmender Erfahrung gehen PflegepraktikerInnen [...] mehr und mehr dazu über, intuitiv zu entscheiden, wobei sie sich auf frühere, ähnliche Situationen stützen. Mit anderen Worten, reflektierende PflegepraktikerInnen denken nicht in den Bahnen eines Pflegeprozesses“ (Johns 2004, S. 266).

Als Alternative zur Pflegeprozessdokumentation schlägt Johns eine „narrative Pflegedokumentation“ vor. Mittels dieser reflektieren und kommunizieren die Pflegerinnen schriftlich ihre „gelebte Erfahrung der Zusammenarbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie mit anderen Vertretern des Gesundheitspflegebereichs“. Die „strukturierte kritische Re-

flexion“ integriert dabei „Assessment, Evaluation, Planung und Intervention“. Die zentralen Unterschiede zwischen dem herkömmlichen „Pflegeplan“ einerseits und dem „narrativen Pflegebericht“ andererseits beziehen sich dabei im Verständnis des Assessments als kontinuierlichen Prozess auf folgende Aspekte: die Integration der Klientin und ihrer Angehörigen bei der Festlegung von Pflegezielen; eine reflexive statt nur beschreibende Evaluation der Pflege und schließlich die Vorgabe, dass die Pflegepraktikerin nur „Wichtiges bzw. Relevantes“ dokumentiert (Johns 2004, S. 267-280). Bei näherer Betrachtung dieser „narrativen Pflegedokumentation“ erkennt man, dass sich dahinter weniger eine prinzipielle Alternative zur Pflegeprozessdokumentation verbirgt als vielmehr ein Gegenentwurf zu einer Pflegedokumentation, die an einem mechanistisch interpretierten Pflegeprozessmodell in Kombination mit einem medizinischen Pflegemodell orientiert ist.

Um der technizistischen Zerstückelung von Pflege entgegenzuwirken, schlägt Abt-Zegelin einen „Erweiterten Pflegeprozess“ vor, dessen zentrales Kennzeichen das gemeinsame „Verstehen und Aushandeln“ zwischen Pflegerin und Klientin in einer jeden Pflegebeziehung ist. Die Offenheit dieses Aushandlungsprozesses schlägt sich in der Pflegedokumentation insofern nieder, als zumindest alle Teile, die das Verstehen und Aushandeln zwischen Klientin und Pflegerin betreffen, auf vorformulierte Texte („zum Ankreuzen“) verzichten (Abt-Zegelin 2000)

Kritik an einem zu mechanisch verstandenen Pflegeprozess äußern auch Höhmann et al. (1997, S. 159ff). Ein solcher birgt für die Pflegerinnen die Gefahr, sich zu einer zu konkretistischen Dokumentation (d.h. möglichst perfekten, 1:1-Abbildung) der Pflegewirklichkeit verleiten zu lassen. Ergebnis ist dann vor allem eine zu ausführliche, nicht integrierte und den Pflegealltag eher behindernde als unterstützende Dokumentation viel zu vieler Einzelheiten (die durch die sich wandelnde Pflegesituation der Klientin ohnehin allzu schnell nicht mehr aktuell sind, vgl. Stratmeyer 1997, S. 34). Die Pflegeprozessdokumentation benötigt daher beispielsweise ein pflegerisches Klassifikationsschema zur einfachen und knappen, aber auch treffenden Beschreibung pflegerischer Zustände. Um der sich im Zeitverlauf ständig verändernden Situation der Klientin gerecht werden zu können, schlagen die Autorinnen das weiter unten dargestellte interaktionstheoretisch begründete pflegeprozessuale Vorgehen vor. Im Übrigen scheitert die Einführung prozessualer Pflege und deren für den Pflegealltag nutzbringende Wiedergabe in der Pflegedokumentation auch am Fehlen theoretisch begründeter Pflegemodelle (z.B. Höhmann 1996; Stratmeyer 1997; Thiel 2001). Für den mangelnden theoretischen Bezug der Pflegeprozessdokumentation und deren diesbezüglich häufig unbrauchbare praktische Umsetzung wird unter anderem verantwortlich gemacht, dass deren Einführung prozessorientierter Pflegedokumentation in die Praxis weniger aus der Ausbildung heraus erfolgt, sondern vor allem produktorientiert durch Vertreterinnen von Dokumentationssystemen (Höhmann et al. 1996, S. 9f., vgl. hierzu auch Abt-Zegelin et al. 2003, S. 296f). Eine eindrucksvolle Schilderung einer solchen produktorientierten Einführung einer Pflegedokumentation liefert beispielsweise Kuedde (1989).

Auch Lay und Brandenburg kritisieren ein zu mechanisches Verständnis des kybernetischen Pflegeprozessmodells. Ihre Darstellung ist insofern bemerkenswert, als sie darin den Pflegeprozess lediglich als Methode zur Steuerung von Pflege sehen. Sie sprechen daher vom „so genannten Pflegeprozess“ und ziehen den Begriff der Pflegeplanung vor (Lay/Brandenburg 2001; 2002). Unter Verweis auf Lay und Brandenburg verwendet beispielsweise Budnik denselben Begriff und betont, dass sie darunter lediglich eine „Planungsstruktur bzw. Methode zur geplanten und nachvollziehbaren Pflege“ versteht, während sie den Ausdruck des Pflegeprozesses „viel umfassender“ angelegt sieht. Sie definiert ihn als „umfassendes Gebilde, welches alles, was sich bei der Pflege eines Menschen entwickelt, integriert“ (Budnik 2005,

S. 20ff). Die sich daraus ergebende Frage, ob nicht auch ein so verstandener Pflegeprozess einer theoretischen und praktischen Reflexion zugänglich sein kann bzw. muss, beantwortet sie nicht. Der Reduktion des Pflegeprozesses auf ein Planungsinstrument wird beispielsweise von Thiel (2001) widersprochen, der in der prozessual orientierten Pflege ein Instrument ihrer professionellen Reflexion sieht (vgl. hierzu Abschnitt 3.2).

In einigen Veröffentlichungen wird die Kritik geäußert, das prozessual orientierte Pflegehandeln und -dokumentieren ignoriere die in der Praxis fehlende Freiheit der Pflegerinnen zu einem eigenverantwortlichen Gestalten des Pflegeprozesses. So spricht Fischbach zwar von einer „faktisch gelebte[n] Autonomie der Berufspraxis“ der Pflege, sieht jedoch die „Pflege nach wie vor von der Behandlungsplanung der ärztlichen Berufsgruppe und dem Spannungsfeld der ungleichen Machtverhältnisse zwischen Ärzten und Pflegenden [...] abhängig“. In dieser Konstellation ist für den Autor eine pflegerische Planung nicht umsetzbar (Fischbach 2001, S. 174). Eine sehr ähnliche Argumentation benutzt Sperl – allerdings nicht, um damit das prozessorientierte Pflegen in Frage zu stellen, sondern um die Orientierung an nicht-medizinischen Pflegemodellen bei der Umsetzung des kybernetische Pflegeprozessmodells (das er ausdrücklich empfiehlt, s.o.) abzulehnen. Mit anderen Worten: Als Konsequenz aus der Dominanz der Medizin erkennt der Autor eine notwendige Selbstbeschränkung der Pflegerinnen auf das medizinische Pflegemodell (in dem er einen „Ausdruck unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit“ sieht), dies jedoch unter Umsetzung eines linear-kybernetischen Pflegeprozessmodells (Sperl 1996, S. 33).

Im Gegensatz zu dem Vorwurf, die prozessual orientierte Pflege ignoriere die mangelnde Autonomie der Pflegerinnen, geht die nachfolgend wiedergegebene Kritik am Pflegeprozess davon aus, die Pflegerinnen besäßen einen solchen Handlungsspielraum und benutzten diesen, um über den Kopf der Klientinnen hinweg deren Pflege zu gestalten. Das kybernetische Pflegeprozessmodell wird dabei als Ein-Personen-Modell kritisiert, mittels dessen die Pflegerin den Pflegeprozess steuert und die Klientin diesbezüglich fremdbestimmt. Die Kritik bezieht sich dabei auf die inhaltliche und die verfahrensbezogene Dimension der Gestaltung des Pflegeprozesses und der Pflegeprozessdokumentation (vgl. Lindsey/Hartrick 1996; Höhmann et al. 1996).

Anlass zu inhaltlicher Kritik am herkömmlichen Verständnis des Pflegeprozesses gibt dessen naturwissenschaftlicher Hintergrund. Diese Perspektive wird aus pflegerischer Sicht als reduktionistisch bezeichnet und stattdessen eine humanwissenschaftlich begründete Ganzheitlichkeit gefordert:

„A comparison of the natural science world view (from which the nursing process evolved) with the human science world view [...] exemplifies the incongruities between the two. [...] The natural science world view is guided by a deductive reductionist and analytical perspective. This scientific world view is disease-centred, focusing on pathology and human physiology. Emphasis is on the physical and material world, that which is measurable, observable and knowable. Within this world view, the scientific ethic is a productive, method-centred phenomenon. In adopting this natural science world view, nursing has taken on a mechanistic problem-oriented focus.

In contrast to the natural science world view, the human science world view is guided by an inductive, expansionist perspective. Emphasis is on the existential, phenomenological and dialectical. In this perspective, objectivity and subjectivity are considered inseparable [...]” (Lindsey/Hartrick 1996, S. 108).

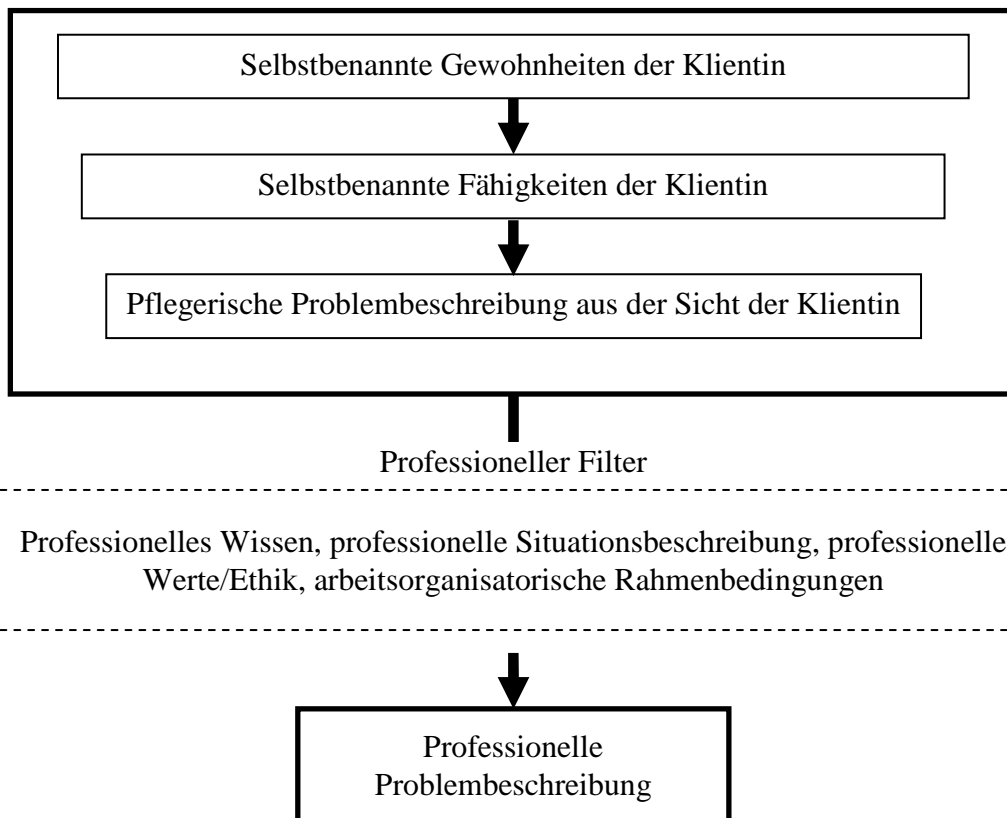
Zu dieser inhaltlichen Kritik, der Pflegeprozess reduziere die Klientin krankheitsorientiert auf pathologisch-physiologische Aspekte, kommt der Vorwurf, die Gestaltung des Pflegeprozesses erfolge einseitig pflegerinnenorientiert. Die Pflegerin als Expertin verwende den Pflegeprozess als „professionelles Definitionsinstrument“ (Höhmann et al. 1996, S. 108). Ein

Gegenentwurf zu einem solchen Vorgehen muss anerkennen, „[...] that people are their own experts and the power of defining health needs and problems belongs to those people experiencing them“ (Lindsey/Hartrick 1996, S. 107f).

Auf Grundlage dieser Überzeugung entwickeln Höhmann et al. (1996, S. 106-131) eine alternative „Informationssammlung als Grundlage des Pflegeprozesses“. Von den Autorinnen wird ein interaktionstheoretisch begründetes Zwei-Personenmodell vorgeschlagen, das die Beziehung zwischen der Klientin und der Pflegerin in den Mittelpunkt stellt. Einer expertenhaften Überheblichkeit der Pflegerin soll damit begegnet werden. Statt die Klientinnen zu erforschen sollen sie dialogisch zu Teilhaberinnen des Pflegeprozesses gemacht werden. Dies geschieht in einem beständigen Aushandlungsprozess, die „eine gemeinsam von Patient und Pflegerin vorgenommene Situationsbestimmung“ (S. 113) ermöglicht. Für Höhmann et al. manifestiert sich darin „ein neues Berufsverständnis der Pflege“ (ebd).

Um die Klientinnenperspektive angemessen im Pflegeprozess würdigen zu können, muss dessen Dokumentation in der Lage sein, diesen kontinuierlichen Aushandlungsprozess zwischen Klientin und Pflegerin abzubilden und zu unterstützen. Hierzu muss sich eine sinnvolle Pflegeprozessdokumentation auf wenige, aber aussagekräftige Indikatoren eines gelungenen Interaktions- sowie Aushandlungsprozess zwischen Pflegerin und Klientin beschränken. Diese machen die fortwährenden, *gemeinsamen* Situationsdefinitionen von Pflegerin und Klientin nachvollziehbar und nutzbar. Aufgrund interaktionstheoretischer Überlegungen verstehen die Autorinnen die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit sowie den daraus resultierenden Pflegebedarf als sozial konstruiert. Sie entwickeln daher das Modell eines filterförmig angelegten, professionellen Definitionsprozesses von Pflegeproblemen, an dessen Anfang die Klientinnenperspektive steht (Höhmann et al. 1996, S. 12 sowie S. 110-118, vgl. hierzu auch die nachfolgende Abbildung).

**Abbildung 9: Professionelle Beschreibung von Pflegeproblemen nach Höhmann et al.**



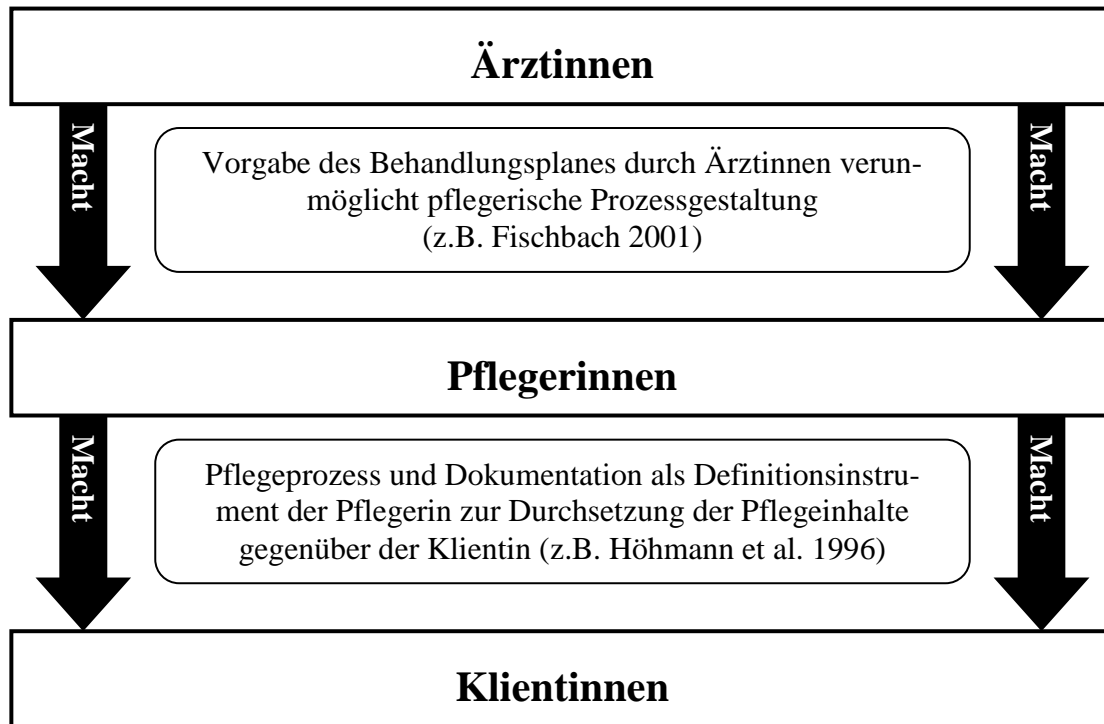
Quelle: Höhmann et al. 1996, S. 118.

Betrachtet man diese Abbildung genauer, so stellt sich die Frage, ob damit wirklich ein dialogisches Gestalten des Pflegeprozesses abgebildet wird. Zwar werden die Gewohnheiten, Fähigkeiten und die Problembeschreibung der Klientin erfasst, sie durchlaufen abschließend jedoch einen professionellen Filter, so dass die Situationsdefinition letztlich auch hier durch die Pflegerin vorgenommen wird. Wie wenig das Verfahren die selbst gestellten Ansprüche erfüllt, offenbart sich dabei nicht zuletzt an den nur in eine Richtung verlaufenden Pfeilen. Nicht die Tatsache, dass eine „Professionelle Problembeschreibung“ überhaupt vorgenommen wird, ist kritisch zu sehen (ohne eine alternative – professionelle – Problemdeutung würde der Hilfesuchenden das gesamte Potential professioneller Erkenntnis vorenthalten, vgl. hierzu den weiter unten beschriebenen Professionalitätsbegriff nach Oevermann). Von einem *kontinuierlichen Aushandlungsprozess* kann hier dennoch nicht gesprochen werden. Streng genommen findet überhaupt kein *Aushandlungsprozess* statt, da zwar die Problembeschreibung der Klientin einen professionellen Filter durchläuft, hingegen die professionelle Problembeschreibung keine Hinterfragung oder Kritik durch die Klientin erfährt. Das Modell garantiert zwar, dass die Gewohnheiten und Fähigkeiten und die daraus gewonnene Problembeschreibung der Klientin von der Pflegerin ausdrücklich gewürdigt werden, die letztlich relevante Problembeschreibung nimmt die Pflegerin jedoch alleine vor.

In der Zusammenschau des oben beispielsweise von Fischbach und Sperl geäußerten Einwands, wonach die Umsetzung prozessualen Handelns und Dokumentierens in der Pflege aufgrund des asymmetrischen Machtverhältnisses zwischen Medizin und Pflege nicht möglich ist, und der interaktionstheoretisch begründeten Kritik, wonach der Pflegeprozess und seine Dokumentation selbst wiederum ein Instrument der Ausübung von Definitionsmacht gegenüber den Klientinnen ist, erkennt man eine interessante Folge postulierter Machtasymmetrien (nachfolgende Darstellung). Sie legt nahe, die Gestaltung des Pflegeprozesses letzt-

lich als Aushandlungsprodukt zwischen Pflegerinnen, Klientinnen, Ärztinnen und anderen Beteiligten zu betrachten (vgl. das Metamodell zur pflegeprozessualen Dokumentation in Kapitel 5).

**Abbildung 10: Thesen zur Machtausübung in Zusammenhang mit Pflegeprozess und Pflegeprozessdokumentation**



Die Umsetzung des Pflegeprozesses und dessen Dokumentation ist jedoch offenbar auch noch in anderer Hinsicht problematisch: So taucht in der Literatur mehrfach der Vorwurf auf, die Realisierung des Pflegeprozesses in der Praxis konzentriere sich auf dessen schriftliche Darstellung in der Pflegedokumentation. Mithin wird Frage aufgeworfen, ob die prozessuale und nach Pflegebereichen differenzierte Pflegedokumentation tatsächlich Abbild eines auch die Praxis leitenden Pflegeprozesses ist oder (trotz scheinbar perfekter Dokumentation) nur ein nach Außen dargestelltes Idealbild. Beispielsweise wertet es eine zusammenfassende Veröffentlichung von Qualitätsprüfungen durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bereits als Erfolg, wenn die einzelnen Pflegeprozessschritte in der Pflegedokumentation abgebildet sind, obwohl gleichzeitig festgestellt wird, dass die dabei festgehaltenen Informationen häufig nicht dem aktuellen Stand entsprechen (Mohrmann et al. 2005a, S. 248; 2005b, S. 697 sowie 699).

Bartholomeyczik (2007) kritisiert daher, dass unter dem Begriff des Pflegeprozesses in der Praxis und in vielen Lehrbüchern oft nur dessen oberflächliche schriftliche Dokumentation verstanden wird (z.B. als Überschriften auf Formblättern oder als nicht verwendete Kategorien in der Dokumentation, vgl. Huber 2007). Häufig unterbleiben die Orientierung des pflegepraktischen Denkens und Handelns an Pflegemodellen bzw. -theorien und die Integration der Pflegeprozessdokumentation im professionellen Alltag, z.B. als Instrument der professionellen Planung und Reflexion. In einer Grundsatzstellungnahme zu Pflegeprozess und Dokumentation erkennt auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eine „Reduktion des Pflegeprozessmodells auf unmittelbare Dokumentationserfordernisse“. Die Ursache hierfür wird vor allem in der bereits angesprochenen Einführung prozessual orientierter Pflege

anhand fertiger Dokumentationsinstrumente gesehen (die den Pflegerinnen das Dokumentieren durch vorgegebene Textbausteine erleichtern wollen), wobei die dazu nötigen Schulungen häufig den wenig sachkundigen Vertreterinnen der entsprechenden Firmen überlassen wird. Dies führt zu einem unvollständigen theoretischen Verständnis des Pflegeprozesses (Brucker et al. 2005, S. 7f). Im Hintergrund sehen Brucker et al. zusammen mit Johns (2004, S. 264) eine traditionelle Fixierung der Pflege auf die mündliche Kommunikation (vgl. hierzu die Ergebnisse einer ethnographischen Studie zum Arbeitsalltag von Pflegerinnen: Street 1992, insb. S. 167-182). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die offenbar verbreitete Praxis, zusätzlich zur eigentlichen Pflegedokumentation informelle Dokumentationsmedien wie z.B. Notizbücher oder nur einzelne Notizzettel („Scraps“) zu verwenden. Diese Medien mit einem niedrigschwelligem Zugang erlauben den Pflegerinnen eine schnelle Informationsweitergabe jenseits von juristischen oder sprachlichen Zwängen (Hardey et al. 2000).

Abt-Zegelin (2005, S. 111-114 sowie S. 120-129) weist darauf hin, dass eine professionelle Pflegedokumentation es erforderlich macht, pflegerische Sachverhalte mittels einer pflegerischen Fachsprache ausdrücken zu können. Auch sie kritisiert die Pflegepraxis, die insbesondere die Pflegeanamnese zuweilen mittels medizinischer Diagnosen vornimmt. Selbst wenn diese Diagnosen dann anhand eines Pflegemodells Pflegebereichen bzw. Lebensaktivitäten zugeordnet werden, sind sie aufgrund ihres mangelnden Pflegebezugs zur Unterstützung des weiteren Pflegeprozesses kaum brauchbar. Die mangelnde Fähigkeit zur Verbalisierung pflegerischer Handlungen führt laut Abt-Zegelin auch dazu, dass sich dieses Handeln oft nur sehr lückenhaft in den Dokumentationen niederschlägt – ein Umstand, der unter anderem die Pflegeevaluation erschwert oder unmöglich macht. Einen möglichen Ausweg aus der unzureichenden sprachlichen Darstellbarkeit pflegerischer Sachverhalte könnte die Verwendung international standardisierter Pflegeklassifikationen bieten. Dies kann für Abt-Zegelin aber nur dann erfolgreich sein, wenn solchen Klassifikationen umfassende Konzepte professioneller Pflege zugrunde liegen und nicht, wie bisher oft der Fall, eine multiprofessionelle Mischung aus unter anderem pflegerischen, medizinischen, sozialarbeiterischen und psychologischen Kategorien (vgl. hierzu auch Georg 2005; Taylor 2003, S. 754-757; Fischbach 1991, S. 7f). Auf den Punkt gebracht werden die Probleme durch die mangelnde Verbalisierbarkeit pflegerischer Inhalte in folgendem Zitat: „If we cannot name it, we cannot control it, finance it, teach it, research it or put it into public policy“ (Clark/Lang 1992, S. 109).

Betrachtet man die inhaltlichen Schwerpunkte der bislang eingeführten Literatur zur Pflegedokumentation mittels des unter 2.2 dieser Untersuchung zugrundegelegten Metamodells der pflegerischen Qualitätsdimensionen, so kann die intensiv geführte Diskussion der Pflegemodelle der Dimension I (Ziele, Pflege- und Managementkonzepte) zugeordnet werden. Auch die Dimension II (Arbeitsweisen, Verfahren) wird in der nicht-empirischen Literatur ausführlich thematisiert, insbesondere dort, wo sich der Fokus auf die anzuwendenden Pflegeprozessmodelle richtet. Die Frage nach den an der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation zu beteiligenden Akteuren schließlich verweist auf die Qualitätsdimension IV, welche die kooperativen Aspekte einer Handlung zur Sprache bringt. Die Forderung nach interaktionistisch begründeten Pflegeprozessmodellen thematisiert diese Dimension. Während in der nicht-empirischen Literatur diese drei Dimensionen zumindest mehrfach angesprochen werden, bleibt die Qualitätsdimension III weitgehend unbeachtet, die nach dem *Womit* fragt, das heißt nach den Ressourcen und Bedingungen, unter denen das Dokumentationshandeln stattfindet. Betrachtet man die durch die Dokumentation erwartete verbesserte interne und externe Kooperation ebenso wie die erhoffte Integration der Klientinnen in die Pflegeprozessgestaltung, so erkennt man, dass diese Konzepte die privaten Interessen, von denen sich die beteiligten Akteure beim Einsatz ‚ihrer‘ Ressourcen leiten lassen, weitgehend vernachlässigen. Indem die hier diskutierten Modelle als Harmoniemodelle konstruiert sind, gehen sie implizit



davon aus, die Akteure verfolgten alle das gleiche Ziel (etwa eine – wie auch immer verstandene – gute Pflege). Darüber hinaus bestehende private Interessen und vor allem Interessenskonflikte werden kaum berücksichtigt. Wie solche institutionelle Bedingungen und die privaten Interessen der beteiligten Akteure die Wirkung der Pflegedokumentation und mithin die Bereitschaft, diese zu führen, beeinflussen können, wird in Kapitel 4 mittels verschiedener Modelle ökonomisch untersucht.

### **3.1.3 Theoretischer Ertrag vorliegender empirischer Ergebnisse**

Die Pflegedokumentation ist vielfach Gegenstand empirischer Studien. Die untersuchten Fragestellungen betreffen sowohl die Voraussetzungen als auch die Wirkungen des Dokumentationshandelns. Der vorliegende Stand der pflegewissenschaftlichen Forschung wird im Folgenden unter der Perspektive der daraus zu gewinnenden theoretischen Erkenntnisse ausgewertet.

Für eine Analyse von 56 empirischen Studien zur Pflegedokumentation unterteilen Ehrenberg et al. (2001) die betrachteten Untersuchungen in vier Arten: Eine Gruppe von Analysen fokussiert demnach vor allem die Einhaltung formaler Anforderungen an die Dokumentation, wie z.B. deren Lesbarkeit, die Personalisierung der Einträge oder das Vorhandensein bestimmter, vorgeschriebener Dokumentationsbestandteile. Eine zweite Gruppe von Veröffentlichungen untersucht die Vollständigkeit des in den Dokumentationen abgebildeten Pflegeprozesses. Die weitaus größte Zahl von empirischen Arbeiten wird von den Autorinnen als „knowledge-based“ bezeichnet. Dabei geht es meist um spezielle, als besonders relevant eingestufte pflegerische Problemstellungen (wie z.B. das Schmerzmanagement), deren ausreichender Nachweis gemäß vorgegebener Standards in den Dokumentationen verifiziert wird. Die zahlenmäßig kleinste Gruppe von Untersuchungen schließlich beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die in den Dokumentationen vorzufindenden Informationen die geleistete Pflege richtig wiedergeben hinsichtlich der Korrektheit der festgehaltenen Daten oder der Vollständigkeit des damit erzeugten Abbilds der Pflegewirklichkeit. Diese letzte Gruppe von Analysen bedeuten den methodisch größten Aufwand, da zusätzlich zu den aus den Dokumentationen gewonnenen Daten weitere Informationsquellen benötigt werden (z.B. Befragungen oder Beobachtungen).

Anschließend wenden die Autorinnen die vier beschriebenen Designs zur Analyse von Pflegedokumentationen vergleichend auf eine Stichprobe von 298 Akutpflegedokumentationen an und untersuchen damit, welche Ergebnisse die jeweilige Herangehensweise erwarten lässt. Demnach erzeugen insbesondere Untersuchungen, welche die Dokumentationen anhand formaler Kriterien beurteilen, tendenziell ein oberflächliches und zu positives Bild der pflegerischen Aufzeichnungen. Die Autorinnen schlagen daher vor, das Dokumentationshandeln mittels kombinierter Herangehensweisen zu beurteilen. Zum einen soll durch ein Pflegeprozessmodell untersucht werden, inwieweit die darin vorgesehenen Pflegeprozessschritte vollständig abgebildet sind. Diese eher formale Herangehensweise sollte um eine inhaltliche Analyse der Dokumentationen hinsichtlich der Umsetzung eines Pflegemodells und um die Perspektive der Klientinnen ergänzt werden. Bei letzterer geht es einerseits um die Kongruenz der dokumentierten Inhalte mit der von den Klientinnen erlebten Pflegewirklichkeit, andererseits aber auch um die Auswirkungen der Dokumentationen auf die Pflege- und Lebensqualität.

Die in diesem Abschnitt zusammengefassten empirischen Erkenntnisse zur Pflegedokumentation richten die Aufmerksamkeit vor allem auf die Dokumentationsqualität bzw. deren typischen Schwächen und den Erfolg von Maßnahmen für ihre Verbesserung, z.B. durch spezielle Schulungsprogramme oder durch die Einführung von EDV-unterstützten Dokumentationssystemen. Diese beruhen meist auf mehr oder weniger standardisierten Auswertungen von Dokumentationen, z.B. in Vergleichs- oder Vorher-Nachher-Studien. Eher selten werden die Erkenntnisse aus den Analysen der Dokumentationen mit Informationen weiterer Datenquellen verglichen, etwa um den Zusammenhang zwischen der Dokumentationsqualität und der Pflegequalität aus pflegerischer Sicht zu untersuchen. Am seltensten finden sich Studien, welche die Klientinnen selbst zu Wort kommen lassen, um die Wirkung der Pflegedokumentation auf die Pflege- und Lebensqualität aus Klientinnensicht zu beschreiben.

Im Folgenden werden somit vor allem Untersuchungen beschrieben, denen qualitative oder quantitative Auswertungen von Dokumentationen zugrunde liegen, teilweise ergänzt um die Befragung von Pflegerinnen. In der obigen Differenzierung von Ehrenberg et al. handelt es sich bei diesen Studien meist um Untersuchungen zur Einhaltung formaler Anforderungen an die Dokumentation, um Analysen zur Frage der Vollständigkeit des abgebildeten Pflegeprozesses und um „knowledge-based“-Analysen mit dem Schwerpunkt auf bestimmten Pflege-themen wie z.B. die Risikoprophylaxen. Die Darstellung orientiert sich auch in diesem Abschnitt an dem unter 2.2 eingeführten Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen. In dieser Ordnung befassen sich die Studien mit folgenden Fragestellungen bzw. Themen:

- I. Pflege- und Dokumentationskonzept – bezieht sich auf das *Was?*, d.h. auf die inhaltlichen Aspekte der Dokumentation, konkretisiert insbesondere durch das verwendete Pflegemodell
- II. Pflege- und Dokumentationsverfahren – bezieht sich auf das *Wie?* der prozessualen Pflege, insbesondere auf das verwendete Pflegeprozessmodell
- III. Voraussetzungen und Ressourcen von bzw. für Pflege und Pflegedokumentation – dazu gehören neben den materialen Voraussetzungen und der nötigen Zeit auch die institutionellen Voraussetzungen, unter denen die Pflegerinnen dokumentieren, und die personalen Ressourcen, einschließlich der Qualifikationen der Pflegerinnen (Frage nach dem *Womit?*)
- IV. Einrichtungsinterne und -externe Zusammenarbeit bei der Pflegeproduktion, die einerseits eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Pflegeprozessdokumentation ist, andererseits aber ihrerseits auch von einer guten Dokumentation profitiert (Frage nach dem *Wer?* bzw. dem *Mit wem?*)

Im Anschluss an diese vier Übersichten werden einige Studien ausführlicher vorgestellt, die speziell die Klientinnensicht der Wirkung der Pflegedokumentation betrachten.

Die große Zahl international verfügbarer empirischer Arbeiten zur Pflegedokumentation macht es unmöglich, sie alle in diesem Kapitel zu diskutieren. Eine Beschränkung auf empirische Ergebnisse, die ausschließlich im Bereich der Altenpflege erzielt wurden, ist andererseits auch nicht sinnvoll, da viele wichtige Erkenntnisse von der Akut- auf die Altenpflege übertragbar sind und speziell für die Altenpflege noch nicht untersucht wurden. Ziel der folgenden Ausführungen kann es somit nur sein, eine Zusammenstellung wichtiger Fragestellungen und der entsprechenden Antworten zu geben, welche die einschlägige Forschung in den letzten beiden Jahrzehnten beschäftigt.

Zunächst geht es nun um Forschungsergebnisse, die sich mit der inhaltlichen Ausgestaltung des Pflegeprozesses in der Praxis beschäftigen. Als zentrale inhaltliche Anforderung an die Gestaltung des Pflegeprozesses wird dabei die integrierte Berücksichtigung der vier Pflegedimensionen (Sozial, Physisch-funktional, Umwelt und Psychisch) erkannt. Einen Überblick über die Umsetzung dieser inhaltlichen Standards bei der Gestaltung des Pflegeprozesses in die Praxis gibt folgende Tabelle:

**Tabelle 4: Empirische Untersuchungen zur inhaltsbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation**

Quelle	Gegenstand: Design/Grundlage <sup>12</sup>	Empirischer Befund
Seidl/Walter 1988	Dokumentationsverhalten nach Pflegedimensionen: Standardisierte Auswertung von 100 Akutpflegedokumentationen und Befragung der Pflegerinnen	Physische Probleme der Klientinnen werden wesentlich häufiger in der Pflegeprozessdokumentation berücksichtigt als psychosoziale (sowohl Problemfeststellung als auch Pflegezielformulierung). Jedoch finden sich Anhaltspunkte, dass die psychosozialen Probleme den Pflegerinnen bekannt sind und von diesen bearbeitet werden. Als Gründe, sie dennoch nicht zu dokumentieren, werden erkannt: die schwierige sprachliche Erfassbarkeit, die Dokumentation psychosozialer Probleme als Folge mangelnder Information könnte „als Kritik an der ärztlichen Tätigkeit interpretiert werden“, der begrenzte Einfluss der Pflegerinnen, ihre Unsicherheit bezüglich psychosozialer Pflegeaspekte (entsprechende Pflegeprobleme werden besonders häufig nur <i>vermutet</i> ).
Ron/Bar-Tal 1993	Dokumentationsverhalten nach Pflegedimensionen: Analyse der Dokumentation von 2065 Akutpflegeklientinnen mit mehreren standardisierten Instrumenten (Dokumentaenauswertung, Befragungen, Beobachtung)	Nicht-medizinische Aspekte der Gestaltung des Pflegeprozesses werden deutlich schlechter dokumentiert als medizinisch-funktionale Inhalte.
Cheater 1993	Dokumentation von Inkontinenzproblemen: Standardisierte Auswertung von 943 Akutpflegedokumentationen zu festgehaltenen Inkontinenzproblemen und Vergleich dieser mit Befragungsergebnissen verschiedener Quellen	Obwohl Informationen Teil der grundsätzlich besser dokumentierten medizinisch-funktionalen Dimension von Pflege sind, wird die diesbezügliche Pflegedokumentation als lückenhaft kritisiert. Nur in 177 von insgesamt 229 Fällen von Inkontinenz wurde diese Problem ‚irgendwo‘ in der Dokumentation festgehalten (lediglich in 136 Fällen wurde es als Problem identifiziert). Das Problem wurde in der Pflegedokumentation damit jedoch noch immer signifikant häufiger festgehalten als in den entsprechenden ärztlichen Aufzeichnungen.

<sup>12</sup> Falls nicht anders vermerkt, beziehen sich die Untersuchungen auf Altenpflegeklientinnen bzw. -einrichtungen.

Harari et al. 1994	Dokumentation von Verdauungsproblemen: Vergleich der Inhalte zu Verdauungsproblemen aus 456 Pflegedokumentationen mit den entsprechenden Aussagen der Klientinnen und Pflegerinnen	Obwohl Verdauungsprobleme in die – im Allgemeinen besser dokumentierte – physisch-funktionale Dimension der Pflege fallen, weichen die diesbezüglichen Inhalte der Pflegedokumentationen und die Aussagen der jeweiligen Klientinnen so stark voneinander ab, dass eine Beurteilung des Auftretens und der Behandlung von Verdauungsproblemen in der Einrichtung auf der Basis der Dokumentation nicht möglich ist.
Hale et al. 1997	Dokumentationsverhalten nach Pflegedimensionen: Vergleich der Inhalte von 16 Akutpflegedokumentationen mit den Aussagen der zuständigen Pflegerinnen über die von ihnen geleistete Pflege	Psychosoziale Aspekte der Pflege, die eher in die alleinige Zuständigkeit der Pflegerinnen fallen, werden seltener dokumentiert als medizinisch-funktionale. Aus der Befragung der Pflegerinnen ergeben sich jedoch Hinweise, dass die psychosozialen Pflegebedarfe durchaus erkannt und befriedigt, dabei aber vor allem mündlich kommuniziert bzw. koordiniert werden.
Briggs/Dean 1998	Dokumentation des Schmerzmanagements: Qualitative Auswertung von 65 Akutpflegedokumentationen und Befragung der Klientinnen	In den jeweiligen Pflegedokumentationen finden sich häufig keine Hinweise auf von den Klientinnen empfundene Schmerzen.
Mason 1999	Wahl des Pflegemodells: Teilnehmende Beobachtung, Gruppendiskussionen und Tagebücher zur Zeitverwendung in 5 Krankenhausstationen	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Pflegeplanung ist die einrichtungsspezifische Anpassung des aus der Literatur gewählten Pflegemodells (mit dem der Pflegeprozess inhaltlich bestimmt wird) durch die Pflegerinnen der jeweiligen Einrichtung.
Udén et al. 1999	Prävention durch die Dokumentation des Sturzrisikos in geriatrischen Krankenhausstationen: Vergleichsgruppenuntersuchung mit insgesamt 379 Klientinnen	Die Schulung der Pflegerinnen in der Untersuchungsgruppe bewirkt, dass in fast allen Dokumentationen Informationen zur Sturzprävention zu finden sind. In den Dokumentationen der Vergleichsgruppe finden sich hingegen keine Hinweise zur Risikoeinschätzung und zur Prävention. In der Untersuchungsgruppe werden zwar häufiger Stürze dokumentiert, insgesamt kommt es aber seltener zu sturzbedingten Verletzungen.
Gunningberg et al. 2000	Dokumentation von Pflegerisiken und präventiven Maßnahmen: Standardisierte Vergleichsuntersuchung mit 55 hochbetagten Akutpflegepatientinnen nach einer Hüftfraktur	Es wird ein eindeutig positiver Zusammenhang zwischen der Inzidenz von Druckgeschwüren und Lücken in der diesbezüglichen Dokumentation (v.a. zur Prävention) festgestellt (vgl. hierzu auch Gunningberg et al. 2001).

Idvall/Ehrenberg 2002	Dokumentation des Schmerzmanagements: Standardisierte Auswertung von 172 Akutpflegedokumentationen von Klientinnen (am zweiten Tag) nach einer Operation und Befragung der Pflegerinnen	Allgemein werden schwere Informationslücken hinsichtlich des Schmerzmanagements in den Dokumentationen festgestellt. In weniger als 10% der Fälle wird ein Instrument zum Schmerzassessment eingesetzt; die Art des Schmerzes wird nur in 12% der Dokumentationen beschrieben. Fast drei Viertel der Pflegerinnen sind der Ansicht, dass die Schmerz-Dokumentationspraxis mit den einschlägigen Vorgaben in Einklang steht.
Bartholomeyczik/ Morgenstern 2004a, b	Dokumentationsverhalten nach Pflegedimensionen: zum Design, vgl. Tabelle 5, S. 56	Besser dokumentiert sind die körperbezogenen Bedarfe der Klientinnen, insbesondere bezüglich des Grades der Selbständigkeit, Mobilität und der benötigten Hilfsmittel. Es finden sich jedoch auch hinsichtlich der medizinischen Pflegedimension deutliche Dokumentationsmängel, z.B. das häufige Fehlen von Informationen über den Hautzustand. Besonders vernachlässigt werden jedoch soziale und emotionale Inhalte.
Kärkkäinen/ E- riksson 2003, 2005	Wahl des Pflegemodells: Standardisierte Auswertung von 140 Akutpflegedokumentationen und Befragung der Pflegerinnen in einer Interventionsstudie	Die Qualität der prozessualen Pflege und ihre Dokumentation kann durch pflegetheoretische Fundierung verbessert werden. Dadurch kann es insbesondere gelingen, eine einseitig auf medizinisch-funktionale Aspekte beschränkte Pflegeprozessgestaltung und Dokumentation zugunsten einer ganzheitlicheren Pflege zu überwinden.
Björvell et al. 2003	Schlüsselbegriffe zur Strukturierung des Pflegeprozesses nach dem VIPS-Modell (vgl. 3.1): Gruppendiskussionen mit Pflegerinnen eines Akutkrankenhauses	Die inhaltliche Strukturierung des VIPS-Modells zur Pflegeprozessdokumentation mittels Schlüsselbegriffen unterstützt die Pflegerinnen bei der Reflexion ihres Handelns. Sie hilft ihnen außerdem, ihren Handlungsgegenstand weniger aus einer medizinischen, denn aus einer pflegerischen Perspektive zu betrachten.
Darmer et al. 2006	Ausgestaltung des Pflegeprozesses mittels des VIPS-Modells (vgl. 3.1): Standardisierte Auswertung von 600 Akutpflegedokumentationen zu drei Messzeitpunkten mit einjährigem Abstand	Die inhaltliche Strukturierung des Pflegeprozesses mittels der Schlüsselbegriffe des VIPS-Modells trägt langfristig zu einer Verbesserung der Dokumentation bei: Die Schlüsselbegriffe werden im Sinne des Modells umgesetzt, die individualisierte Bezugspflege verbessert.

Zentrale Erkenntnis dieser Untersuchungen ist die ungleiche Gewichtung der verschiedenen Dimensionen pflegerischen Handelns in den Dokumentationen. Durchweg am besten dokumentiert werden die medizinischen bzw. die physisch-funktionalen Aspekte der Pflege. Ebenso einig sind sich die Studien über die besondere Vernachlässigung der psychischen und der sozialen Pflegedimension. Hinter dieser Feststellung kann zum einen die Orientierung der Pflegerinnen an einem medizinischen Pflegemodell vermutet werden, etwa dann, wenn diese gemäß der von Sperl geäußerten Ansicht anerkennen, dass die Orientierung des pflegeprozessualen Denkens an einem krankheitsorientierten medizinischen Pflegemodell „Ausdruck unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit“ ist (1996, S. 28-34, vgl. hierzu ausführlicher in Abschnitt 3.1).

Die in der obigen Tabelle zusammengefassten Untersuchungsergebnisse legen aber auch noch andere Interpretationen der Überbetonung körperbezogener Aspekte in den Pflegedokumentationen nahe. So wird mehrfach festgestellt, dass den Pflegerinnen die anderen, beispielsweise Emotionen-bezogenen Pflegeaspekte durchaus bekannt sind. Ihre Dokumentation unterbleibt jedoch vor allem deshalb, weil es den Pflegerinnen im Unterschied zu medizinischen Sachverhalten schwerer fällt, sie sprachlich auszudrücken. Mit anderen Worten ist es durchaus möglich, dass Pflegerinnen die nichtmedizinischen Pflegedimensionen in ihrer Arbeit anerkennen und einbeziehen – sie verzichten aber auf deren Dokumentation. Diese Interpretation steht im Übrigen auch in Einklang mit der weiter unten in diesem Kapitel beschriebenen und auch in den empirischen Untersuchungen in Abschnitt 7.1.4 bestätigten Vermutung, wonach die Kooperation mit nicht-medizinischen Partnerinnen eher mündlich und die mit medizinischen Partnerinnen eher schriftlich (durch die Dokumentation) stattfindet.

Bemerkenswert sind die empirischen Ergebnisse zur Umsetzung des VIPS-Modells. Ziel dieses Modells ist unter anderem eine mehr pflegerische (statt medizinische) Ausrichtung der Pflege (vgl. die Darstellung dieses Modells in Abschnitt 3.1). Offenbar gelingt eine solche ganzheitlichere Orientierung durch die Bereitstellung einschlägiger, alle Pflegedimensionen umfassender Schlüsselbegriffe.

Eine relativ große Zahl von Studien findet sich zum *Wie?* der Pflegeprozessdokumentation. Diese Untersuchungen betrachten die diesbezüglichen Verfahren aus einer pflegerisch-professionellen Perspektive, das heißt die Erkenntnisse werden vor allem aus der Auswertung von Pflegedokumentationen und der Befragung von Pflegerinnen gewonnen. Die anderen beiden Stakeholder-Perspektiven der in Abschnitt 2.3 eingeführten Pflegequalitätsmatrix, die Klientinnen- und die Managerinnenperspektive, werden demgegenüber eher vernachlässigt.

**Tabelle 5: Empirische Untersuchungen zur verfahrensbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation**

<b>Quelle</b>	<b>Gegenstand: Design/Grundlage<sup>13</sup></b>	<b>Empirischer Befund</b>
Waters 1987	Gestaltung des Pflegeassessments: Auswertung der Dokumentationen und Interviewaussagen von 32 geriatrischen Akutpflegeklientinnen	Eine ungeeignete Gestaltung des Pflegeassessments führt zu mangelhafter Planung der Pflegeüberleitung.
Ehnfors 1993b	Umsetzung der Pflegeprozessdokumentation entlang des Pflegeprozesses: Standardisierte Befragung von Pflegerinnen in Akutkrankenhäusern	Etwa drei Viertel der Pflegerinnen dokumentieren das Pflegeassessment, jeweils ca. 50% dokumentieren Pflegeziele und Pflegepläne und nur etwa ein Viertel der Pflegerinnen hält Informationen zu Pflegediagnosen fest.
Ehnfors/ Smedby 1993	Umsetzung der Pflegeprozessdokumentation entlang des Pflegeprozesses: Standardisierte Auswertung von 106 Akutpflegedokumentationen	Die Vollständigkeit der Dokumentation des Pflegeprozesses erscheint zufällig und nimmt dabei entlang des Pflegeprozesses ab. Die Pflegerinnen nutzen die prozessuale Dokumentation offenbar nur selektiv.
Nordström/ Gardulf 1996	Umsetzung der Pflegeprozessdokumentation entlang des Pflegeprozesses: Standardisierte Auswertung von 380 Akutpflegedokumentationen mittels eines nach Yura/Walsh (1988) entwickelten Instruments	Informationen zur Pflegegeschichte finden sich in 38%, zum gegenwärtigen Pflegestatus in 53% der Dokumentationen. Pflegediagnosen bzw. -ziele werden in weniger als 10% der Fälle notiert, geplante Maßnahmen jedoch zu 45% und die durchgeführte Maßnahmen zu fast 100%. Pflegeergebnisse sind in 83% der Dokumentationen festgehalten. Eine bessere Dokumentationsführung wird für Stationen mit EDV-gestützten Dokumentationen festgestellt.
Mason 1999	Organisation von Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation: Teilnehmende Beobachtung, Gruppendiskussionen und Tagebücher zur Zeitverwendung in 5 Krankenhausstationen	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Pflegeplanung sind: Kontinuierliche Einbeziehung der Klientin, laufende Evaluation und Aktualisierung, ‚Eigentümerschaft‘ des Pflegeplanungsprozesses durch die jeweilige Station. Standardisierte Erhebungsinstrumente behindern die individuelle Pflegeplanung.
Martin et al. 1999	Umsetzung der Pflegeprozessdokumentation entlang des Pflegeprozesses: Qualitative Auswertung von 80 Dokumentationen	Die Pflegeevaluation (insbesondere die klientinnenbezogenen Pflegeergebnisse) werden deutlich schlechter dokumentiert als die Pflegeanamnese und -diagnostik.
Hansebo et al. 1999	Einsatz eines Assessment-Instruments: Standardisierte Auswertung von 115 Pflegedokumentationen dreier stationärer Abteilungen vor und nach eines Assessment-Instruments	Durch den Einsatz des Assessment-Instruments (Resident Assessment Instrument, RAI) nahm der Umfang der dokumentierten Informationen zu allen Prozessschritten, besonders aber zur Pflegeplanung und zur Pflegeevaluation, stark zu. Schwerpunkt dieser Zunahme waren Informationen aus der medizinisch-funktionalen Pflegedimension

<sup>13</sup> Falls nicht anders vermerkt, beziehen sich die Untersuchungen auf Altenpflegeklientinnen bzw. -einrichtungen.



Stokke/Kalfoss 1999	Umsetzung der Pflegeprozessdokumentation entlang des Pflegeprozesses: Standardisierte Auswertung von 55 Akutpflegedokumentationen; Überprüfung der Auswertungsergebnisse durch Messung der Interrater Reliabilität (Kappa-Werte)	In allen untersuchten Pflegedokumentationen findet sich ein Eingangsassessment. Pflegediagnosen und Pflegeziele sind nur in 82% bzw. 62% der Dokumentationen enthalten. Die Pflegedurchführung und die Pflegeergebnisse sind hingegen wiederum in allen Dokumentationen festgehalten.
Nahm/Poston 2000	Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems: Standardisierte Auswertung von 288 Akutpflegedokumentationen zu vier verschiedenen Zeitpunkten vor und nach Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems sowie Befragung der Klientinnen zur Pflegezufriedenheit	Die Einführung des EDV-gestützten Dokumentationssystems verbesserte die Compliance mit den Expertenstandards hinsichtlich der Pflegeprozessdokumentation. Die diesbezüglichen Fortschritte stellten sich je nach Abteilung über einen Zeitraum von 18 Monaten nach der Einführung des neuen Systems ein. Eine Wirkung auf die Zufriedenheit der Klientinnen konnte nicht festgestellt werden.
Larrabee et al. 2001	Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems: Standardisierte Auswertung von 90 Akutpflegedokumentationen zu drei Zeitpunkten vor und nach Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems	Durch die Einführung des EDV-gestützten Dokumentationssystems kam es zu einer verbesserten Dokumentationspraxis, jedoch erst zeitverzögert, nach mehr als sechs Monaten und ergänzenden Schulungen der Pflegerinnen. Außerdem konnten Fortschritte der Outcomequalität aus professioneller Sicht festgestellt werden.
Ehrenberg/ Ehnfors 2001	Nutzung der Dokumentation durch die Pflegerinnen: Vergleich der Dokumentationen (standardisierte Auswertung) von 85 stationär versorgten Klientinnen mit Befragungen der Klientinnen und der Pflegerinnen	Die Pflegerinnen verzichten auf das Verschriftlichen ihnen bekannter, wesentlicher pflegeprozessualer Informationen in der Dokumentation. Besondere Vorkommnisse und Probleme werden eher dokumentiert (vgl. hierzu auch Hillewerth 1996).
Schmid Büchi 2002; Bühl- mann/Siegwart 2002	Nutzung der Dokumentation durch die Pflegerinnen: Standardisierte Auswertungen von 261 Akutpflegedokumentationen, „die am Stichtag am besten ausgefüllt waren“ (systematische Auswahl) und Befragung der Klientinnen	Die Notwendigkeiten des Pflegealltags führen offenbar dazu, „dass das Arbeiten mit dem gesamten Pflegeprozess oftmals eher ein zufälliges Stückwerk als ein systematischer Prozess ist“ (z.B. die Aktualität der Informationen, das Formulieren von Pflegezielen, die Einbeziehung der Klientinnen). Die Vollständigkeit der Dokumentation des Pflegeprozesses nimmt dabei entlang des Pflegeprozesses ab
Korst et al. 2003	Wirkung EDV-gestützten Dokumentationssystems auf den Zeitaufwand für die Dokumentation: Beobachtung (insg. 72 Stunden) der pflegerischen Aktivitäten in einem Akutkrankenhaus und Protokollierung mittels standardisiertem Instrument	Der Gesamtzeitaufwand für die Pflegedokumentation wird durch die Umstellung auf ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem kaum beeinflusst.

Mahler et al. 2003	Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems: Standardisierte Auswertung von 240 Akutpflegedokumentationen vor, während und nach Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems	Durch die Einführung des EDV-gestützten Dokumentationssystems kann vor allem die Vollständigkeit (Quantität) der Dokumentationen verbessert werden. Um die Prozessdokumentation auch inhaltlich zu verbessern, bedarf es jedoch zusätzlicher Qualifizierung und Motivierung der Pflegerinnen.
Curell/Urquhart 2003	Wirkung des Pflegedokumentationssystems: Metaanalyse von 8 nach strengen methodischen Kriterien ausgewählten einschlägigen Veröffentlichungen (Zufallsstichproben, kontrollierte Vorher-Nachher-Studien etc.)	Die Wirkung des eingesetzten Dokumentationssystems auf die Pflegeoutcomes aus Pflegerinnen- und vor allem aus Klientinnensicht ist insgesamt eher gering bzw. wenig erforscht. Es finden sich Hinweise, wonach die Einführung EDV-gestützter Dokumentationssysteme eine Zunahme des Dokumentationsumfangs, eine bessere Einhaltung von dokumentationspezifischen Standards und einen höheren Zeitaufwand für die Dokumentation nach sich zieht.
Bartholomeyczik/ Morgenstern 2004a, b	Umsetzung der Pflegeprozessdokumentation entlang des Pflegeprozesses: Methodenmix aus der standardisierten Auswertung von 279 Dokumentationen stationärer Einrichtungen, der Befragung von Klientinnen sowie Angehörigen und teilnehmender Beobachtung (Steeneck 2004)	Der am ausführlichsten dokumentierte Pflegeprozessschritt ist das Pflegeassessment. Die Vollständigkeit der Dokumentation nimmt entlang des Pflegeprozesses ab; der am stärksten vernachlässigte Teil der Dokumentation ist die Evaluation. Besonders problematisch ist auch die weitgehend fehlende Integration der Dokumentation entlang des Pflegeprozesses, z.B.: nur in einem Viertel der Pflegeverlaufsbereiche finden sich die in der Planung erwähnten Klientinnenprobleme eindeutig wieder, bei einem weiteren Drittel teilweise und in den anderen Berichten gar nicht. Auf Informationen aus dem Assessment wird noch seltener Bezug genommen.
Voutilainen et al. 2004	Umsetzung der Pflegeprozessdokumentation entlang des Pflegeprozesses / Nutzungsverhalten der Pflegerinnen: Standardisierte Erhebung der Dokumentationsqualität bei 332 stationär versorgten Klientinnen mittels eines Instruments zum Monitoring der Pflegequalität aus professioneller Sicht	Am besten dokumentiert findet sich die Qualität der Pflegedurchführung (v.a. im physisch/funktionalen Bereich). Weniger gut dokumentiert ist die Qualität der Pflegeplanung und eher schlecht dokumentiert ist die Qualität der Evaluation. Schwerwiegend ist auch das Fehlen von Informationen zum kognitiven Status bei etwa einem Viertel der Klientinnen. Vermutlich aus Haftungsgründen finden sich Informationen teilweise nicht in der ‚offiziellen‘ Pflegedokumentation, sondern beispielsweise in gesonderten Listen etc. (vgl. hierzu auch Hardey et al. 2000)

Törnvall et al. 2004	Wirkung der Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems in der ambulanten Krankenpflege: Untersuchung mittels standardisierter Befragung von 154 Pflegerinnen und Auswertung von 41 Dokumentationen	Die Pflegerinnen bewerten die Einführung des EDV-gestützten Dokumentationssystems im Allgemeinen positiv (v.a. als strukturierende Entscheidungs- und Evaluationsgrundlage). Problematisch erweist sich aber die weiterhin bestehende Überrepräsentiertheit medizinischer Informationen in den Dokumentationen.
Mohrmann et al. 2005a, 2005b	Entwicklung des Dokumentationsverhaltens und der Dokumentationsnutzung: Vergleich der bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung 1997-2000 erzielten Ergebnisse zur Dokumentationsqualität mit den entsprechenden Resultaten aus den Jahren 2000-2003 (insgesamt 1642 ambulante Einrichtungen)	Im Berichtszeitraum kommt es zu einer deutlichen Verbesserung der Dokumentation der Pflegeanamnesen und der Pflegeplanungen. Die demgegenüber weiterhin deutlich zurückbleibenden Fortschritte bei der Aktualität der Dokumentationen und der Gelegenheit zur Ablesbarkeit des gesamten Pflegeprozesses, deuten jedoch darauf hin, dass das Potential der pflegeprozessualen Orientierung häufig nicht genutzt wird und die ‚Gestaltung‘ des Pflegeprozesses stattdessen vor allem in der Dokumentation existiert.

Die meisten der in dieser Tabelle zusammengefassten empirischen Forschungsergebnisse befassen sich entweder mit dem Stand der Umsetzung der verschiedenen Bestandteile des Pflegeprozesses oder mit deren Abhängigkeit von den zur Implementierung des Pflegeprozesses eingesetzten Instrumenten (v.a. Dokumentationsformulare und EDV). Alle Untersuchungen, die dieser Fragestellung nachgehen, stellen eine unterschiedliche Umsetzung des Pflegeprozesses hinsichtlich der einzelnen Prozessschritte fest: Einigkeit besteht darüber, dass die Pflegeevaluation den am schlechtesten dokumentierten Pflegeprozessschritt darstellt. Dies muss zunächst nicht notwendigerweise bedeuten, dass dieser Prozessschritt in der Pflegepraxis vernachlässigt wird. Vielmehr könnte es sein, dass die Pflegerinnen eine Evaluation ihres Handelns zwar vornehmen, auf deren Verschriftlichung aber verzichten und das gewonnene Evaluationswissen stattdessen direkt in die Pflegeprozessgestaltung einfließen lassen. Erkennbar wäre dies vor allem an einem hohen Aktualisierungsgrad von Pflegeassessment, Pflegediagnostik und Pflegeplanung. Einigen anderen Studien zufolge scheint es aber gerade um Aktualität der Pflegeprozessdokumentation in der Praxis häufig eher schlecht bestellt zu sein.

Diese und andere Untersuchungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass eine prozessuale Orientierung bzw. Reflexion in der Praxis häufig nur scheinbar umgesetzt (und dokumentiert) wird: Einigen Arbeiten zufolge nimmt die Dokumentation der Pflegeprozessschritte entlang des Pflegeprozesses ab. Hier wird offenbar der Versuch unternommen, eine prozessuale Orientierung mittels der Dokumentation zu suggerieren, ohne deren Potential in der Praxis zu nutzen. Andere Studien stellen fest, dass die Pflegedurchführung *besonders* häufig dokumentiert ist. Dieser einseitige Fokus kann ebenfalls nicht mit dem Informationsbedarf für die Pflegeprozessgestaltung erklärt werden. Nahe liegend sind vielmehr haftungsrechtliche oder abrechnungspraktische Gründe. Hierzu passt auch die weiter unten (Tabelle 6, S. 62) in diesem Kapitel noch zu beschreibende empirische Erkenntnis, wonach Pflegeinhalte, die für die Finanzierung relevant sind, ungleich besser dokumentiert sind. Für einen nur auf dem Papier behaupteten Pflegeprozess spricht außerdem die beklagte mangelnde Integration der einzelnen Pflegeprozessschritte, erkennbar an der fehlenden Bezogenheit der entlang des Pflegeprozesses festgehaltenen Inhalte aufeinander. Die Tatsache, dass Pflegerinnen auf die Verschriftlichung ihnen bekannter und als wichtig erachteter Informationen verzichten, spricht ebenfalls gegen eine kontinuierliche Nutzung der Dokumentationen.

Aus diesen Einzelerkenntnissen kann geschlossen werden, dass eine prozessuale Orientierung des pflegerischen Handelns mittlerweile als Standard zwar allgemeine Anerkennung findet, in der Praxis jedoch häufig derart rudimentär umgesetzt wird, dass der theoretisch zu erwartende Nutzen nicht eintreten kann. Vielmehr ist zu befürchten, dass die Pflegeprozessorientierung häufig ausschließlich einen bürokratischen Zusatzaufwand bedeutet. Eine gewisse Bestätigung findet diese Vermutung durch eine Expertinneneinschätzung (Vertreterinnen von Kostenträgern, Angehörigenorganisationen, Verbraucherberatungsstellen und staatlicher Verwaltung) zur Situation der in Deutschland praktizierten Dokumentation der ambulanten Altenpflege: Die Dokumentation in der ambulanten Altenpflege wird dabei fast einhellig als mangelhaft bzw. sogar als deren Hauptmangel bezeichnet. Beklagt werden unter anderem die mangelnde Aktualität bzw. Kontinuität, zu pauschale, unpräzise sowie wenig nachvollziehbare Aussagen und sogar das zuweilen völlige Fehlen schriftlicher Aufzeichnungen. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit der Dokumentationspraxis konstatieren die Expertinnen eine mangelnde diesbezügliche Motivation der Pflegerinnen, welche die Dokumentation eher als zu vernachlässigende, die eigentliche Pflege behindernde Routine statt als zentrales Qualitätsinstrument betrachten (Roth 2001, S. 161-166).<sup>14</sup> Als Indiz, dass die von den Expertinnen be-

---

<sup>14</sup> Einen Hinweis, wonach solche Probleme mit der Dokumentation nicht auf die Pflegepraxis beschränkt sind, liefert eine niederländische Studie, die Aufzeichnungen von Allgemeinärztinnen mit ihrem tatsächlichen Handeln vergleicht. Hierzu wurden Ärztinnen von (simulierenden) Patientinnen aufgesucht und anschließend die

klagte Dokumentationspraxis sowohl ein Problem der Pflegerinnen als auch deren Managerinnen ist, kann ein Ergebnis aus der im Rahmen der gleichen Studie angestellten Befragung unter mehr als fünfhundert Pflegerinnen herangezogen werden. Dabei gibt fast die Hälfte der Befragten an, dass die von ihnen geführten Pflegedokumentationen lediglich vierteljährlich oder noch seltener überprüft werden (ebd., S. 295).

Eine Reihe von Veröffentlichungen stellt die Frage in den Mittelpunkt, wie die Pflegedokumentationspraxis durch verschiedene Instrumente verbessert werden kann. Diese Studien befassen sich vor allem mit der Einführung EDV-gestützter Dokumentationsinstrumente oder mit speziellen standardisierten Assessmentinstrumenten. Die Neueinführung dieser Instrumente wird dabei meist von speziellen Schulungsprogrammen begleitet. Auch wenn manche Untersuchungen zum Ergebnis kommen, dass die neu eingeführten Instrumente vor allem die Quantität und weniger die Qualität der Pflegedokumentationen steigern lässt (verbunden mit zusätzlichem zeitlichen Aufwand für die Pflegerinnen), so ist das Fazit insgesamt stets positiv. Eine einheitlich positive Wirkung vieler unterschiedlicher Instrumente lässt jedoch vor allem auf die ungenügende Dokumentationspraxis vor der Intervention mit den neuen Instrumenten schließen, in der bereits das systematische Befassen mit der Dokumentation positive Wirkungen erzeugt.

Zum Ende des vorangegangenen Abschnitts wurde die weitgehende Vernachlässigung der institutionellen, materialen und personalen Voraussetzungen und Ressourcen von bzw. für Pflege und Pflegedokumentation in den nicht-empirischen Studien zur Dokumentation festgestellt. Auch empirische Untersuchungen befassen sich eher seltener mit diesem Thema. Die vorliegenden Studien zeigen aber eindrucksvoll die Relevanz derartiger Fragestellungen:

---

ärztlichen Notizen mit den Berichten der Testpatientinnen verglichen. Dabei stellten sich derartig starke Abweichungen heraus, dass die Autoren der Studie zum Ergebnis kommen, dass die ärztlichen Aufzeichnungen nicht als vertrauenswürdige Abbild des Handelns der Ärztinnen verwendet werden können (Rethans et al. 1994; zu einem ähnlichen, differenzierteren Befund kommen Stange et al. 1998; für die psychiatrische Medizin, vgl. Ellis et al. 1991).

**Tabelle 6: Empirische Untersuchungen zu ressourcen- bzw. institutionenbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation**

Quelle	Gegenstand: Design/Grundlage <sup>15</sup>	Empirischer Befund
Edelstein 1990	Sicherung der Reputation durch Dokumentation: Qualitative Auswertung von 36 Akutpflegedokumentationen	Dokumentiert werden vor allem solche Aspekte der Prozessgestaltung, von denen die Pflegerinnen wissen, dass sie für ein laufendes Akkreditierungsverfahren des Krankenhauses nötig sind. Andere Aspekte (z.B. die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und die Überleitungspflege) werden wesentlich seltener in der Dokumentation abgebildet.
Tapp 1990	Behindernde und fördernde Faktoren bei der Führung der Pflegedokumentation: Qualitative Befragung von Pflegerinnen eines Akutkrankenhauses	Als Hemmnisse bei der Führung der Dokumentation werden genannt: Probleme mit der pflegerischen Fachsprache, Zeitmangel und Redundanzen in den Dokumentationsformularen. Positiv auf die Dokumentationspraxis wirken sich eine theoretische Anleitung in den Formularen und eine wohlwollende Auswertung der Dokumentationen gemeinsam mit den Pflegedienstleitungen aus.
Reed 1992	Bedeutung des Kontexts, in dem die Dokumentationen geschrieben werden: Auswertung von 82 Akut- und Altenpflegedokumentationen und Befragung der Pflegerinnen	Bei Dokumentationen, die mit Blick auf das Pflegemanagement verfasst werden, notieren die Pflegerinnen Veränderungen erst, wenn sich diese verfestigt haben. Pflegerinnen, die mit dem Ziel der rechtlichen Absicherung dokumentieren, passen die Dokumentation hingegen wesentlich häufiger an.
Ellenbecker/Shea 1994	Wirkung der Refinanzierung von Pflege auf das Dokumentationsverhalten: Befragung von 25 Pflegerinnen einer ambulanten Pflegeeinrichtung	Widersprüche zwischen den fachlichen Anforderungen aus Sicht der Pflegerinnen und den Erwartungen der Kostenträger (Refinanzierung) an die Inhalte der Prozessdokumentation verunsichern die Pflegerinnen und bewirken eine mangelhafte Ausschöpfung des Potentials der Prozessdokumentation.
Bernick/Richards 1994	Wirkung eines Schulungsprogramms zur Dokumentation: Wiederkehrende, standardisierte Auswertung von bis zu 75 Akutpflegedokumentationen vor, während und nach den Schulungen zur Pflegedokumentation	Das Schulungsprogramm zur Pflegedokumentation verbessert deren Qualität im Allgemeinen, insbesondere jedoch deren Zuverlässigkeit. Der stärkste diesbezügliche Fortschritt wurde zu Beginn der Intervention erzielt.

<sup>15</sup> Falls nicht anders vermerkt, beziehen sich die Untersuchungen auf Altenpflegeklientinnen bzw. -einrichtungen.

Allen 1998	Funktion der Dokumentation gegenüber Management: Zehnmonatige, teilnehmende ethnographische Feldstudie und Befragungen der Pflegerinnen	Die Pflegeprozessdokumentation wird mit Blick auf die Managerin geführt, um dieser pflegerische Professionalität durch prozessuales Handeln zu signalisieren. Da dies nur oberflächlich geschieht, bleiben positive Effekte auf die Pflegequalität aus.
Ehrenberg/ Ehnfors 1999	Wirkung eines Schulungsprogramms zur Verbesserung der Dokumentationsqualität: Standardisierte Vergleichsgruppenuntersuchung von 120 Dokumentationen stationär versorgter Klientinnen	Das Schulungsprogramm auf der Basis des VIPS-Modells (vgl. unter 3.1) trägt vor allem zu einer deutlichen Verbesserung des Umfangs der in den Dokumentationen verfügbaren Informationen bei. Eine konsequente, integrierte Umsetzung des Pflegeprozessmodells kann aber nicht erreicht werden.
Nilsson/ Willman 2000	Wirkung eines Schulungsprogramms zur Dokumentation: Auswertung von 515 Akutpflegedokumentationen mittels standardisiertem Erhebungsinstrument	Die Pflegeprozessdokumentation konnte mittels systematischer Schulungen der diesbezüglichen Kompetenzen bei den Pflegerinnen signifikant verbessert werden.
Björvell et al. 2002	Langfristige Wirkung der Kompetenzen der Pflegerinnen zur Führung der Pflegeprozessdokumentation: Standardisierte Vergleichsgruppen-Wiederholungsuntersuchung von insgesamt 269 Akutpflegedokumentationen	In der Untersuchungsgruppe werden die Pflegerinnen auf der Grundlage des VIPS-Modells (vgl. 3.1) geschult und erhalten Gelegenheit zu einschlägigem fachlichen Austausch. Die Pflegedokumentationen dieser Gruppe werden sowohl hinsichtlich ihrer Qualität als auch hinsichtlich ihrer Quantität besser beurteilt. Dieses Ergebnis hält auch fünf Jahre nach der ersten Einführung des Modells noch an.
Moyle et al. 2003	Dokumentation und Arbeitszufriedenheit der Pflegerinnen: Inhaltsanalyse von Gruppendiskussionen zur Arbeitszufriedenheit von 27 Pflegerinnen stationärer Einrichtungen	Die Dokumentationsaufgaben wirken sich dann belastend auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegerinnen aus, wenn die Dokumentation lediglich als bürokratischer Aufwand gesehen wird, der nicht zum Wohl der Klientinnen beiträgt. Besonders problematisch erweist es sich dabei, wenn die Pflegerinnen nicht ausreichend Zeit für die Dokumentation haben bzw. wenn diese Zeit zu Lasten jener Zeit geht, die für die direkte Pflege zur Verfügung steht (vgl. hierzu auch die empirischen Ergebnisse dieser Untersuchung in Abschnitt 7.4.2).
Oosterlen 2003	Emotionale Entlastung durch Dokumentation: Pragmalinguistische Analyse von zwei Akutpflegedokumentationen	Nachweis einer Dokumentationsfunktion der emotionalen Entlastung durch das Verschriftlichen belastender Pflegesituationen aus der Zusammenarbeit mit der Klientin.

Krummenauer et al. 2003	Wirkung des Pflegecontrollings auf die Dokumentation: Vergleich der bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erzielten Ergebnisse zur Dokumentationsqualität mit den entsprechenden Resultaten einer Wiederholungsprüfung (91 ambulante und 127 stationäre Einrichtungen)	Zur Feststellung der Qualität der Pflegedokumentation wird untersucht, ob der Pflegeprozess in den Dokumentationen abgebildet ist. Die entsprechenden Scores fallen bei der Wiederholungsuntersuchung sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich signifikant besser aus. Diese Effekte werden auf den motivierenden Effekt der Erstuntersuchung durch die Controllingagentur zurückgeführt.
Bartholomeyczik/ Morgenstern 2004a, b	Wirkung der Refinanzierung von Pflege auf das Dokumentationsverhalten: zum Design, vgl. Tabelle 5, S. 56	„Verrichtungen“, die Teil der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit sind und daher für die Refinanzierung der Pflegeeinrichtungen besondere Bedeutung haben, werden besonders gewissenhaft dokumentiert. Einrichtungen mit einem besseren Klientinnen-Pflegerinnen-Verhältnis fallen durch eine bessere Dokumentation auf.
Darmer et al. 2004	Wirkung von Trainingsmaßnahmen zur Einführung eines neuen Dokumentationssystems: Vergleichsgruppenuntersuchung mit insgesamt 129 Pflegerinnen (standardisierte Befragung)	Die Pflegerinnen der Untersuchungsgruppe verfügen nach den Trainingsmaßnahmen nach dem VIPS-Modell (vgl. 3.1) über mehr Kompetenzen hinsichtlich der Gestaltung des Pflegeprozesses. Dieser Kompetenzvorsprung macht sie diesbezüglich auch selbstsicherer.



Mehrere dieser Untersuchungen bestätigen die Vermutung, wonach die Gestaltung der Pflegedokumentation nicht nur das Ergebnis fachlicher Voraussetzungen ist, sondern auch durch institutionell-rechtliche Bedingungen ökonomisch beeinflusst wird. Erkennbar wird dies unter anderem durch die besondere Dokumentation von Sachverhalten, die für die Refinanzierung der Pflege wichtig sind oder von denen die Rechtssicherheit der Pflegerinnen abhängt. Deutlich erkennbar ist in diesem Zusammenhang auch das Bemühen der Pflegerinnen ihren Vorgesetzten mittels der Pflegedokumentation eine besonders gute Auftrags erledigung zu signalisieren.

Als bedeutende ressourcenbezogene Voraussetzung für die Pflegedokumentation wird die diesbezügliche Qualifikation der Pflegerinnen erkannt. Die untersuchten Schulungsprogramme zur Verbesserung der Dokumentation erweisen sich dabei grundsätzlich als erfolgreich. Wie auch der generelle Erfolg durch die Einführung EDV-gestützter Dokumentationssysteme kann die stets positive Wirkung aber vermutlich auch auf die insgesamt schlechte Ausgangssituation vor der Intervention durch die Schulung zurückgeführt werden. So kann angenommen werden, dass allein die intensive Thematisierung der Pflegedokumentation einen positiven Effekt auf deren Qualität hat, unabhängig von der Art des Schulungsprogramms.

In der nachfolgenden Tabelle werden Untersuchungen zusammengefasst, die sich mit der Bedeutung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit der einrichtungsinternen und -externen Zusammenarbeit befassen:

**Tabelle 7: Empirische Untersuchungen zu kooperationsbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation**

<b>Quelle</b>	<b>Gegenstand: Design/Grundlage<sup>16</sup></b>	<b>Empirischer Befund</b>
Howse/ Bailey 1992	Teamdynamik und Dokumentationsverhalten: Qualitativer Multi-Methodenmix aus Feldstudie, Selbstbeobachtungen, Befragungen und Gruppendiskussionen in vier Akutpflegestationen (psychiatrisch, allgemeinmedizinisch, rehabilitativ)	Eine möglichst minimalistisch geführte Pflegeprozessdokumentation ist Ausdruck einer entsprechenden Gruppennorm unter den Pflegerinnen. Als Ursache für diese Norm werden unter anderem die Verunsicherung aufgrund der rechtlichen Bedeutung der Dokumentation, das geringe Interesse, welche die Pflegeprozessgestaltung durch die kooperierenden Ärztinnen erfährt, und die traditionelle Fixierung der Pflege auf die mündliche Kommunikation erkannt: „best plans are made in coffee room because ideas get settled in your head, especially if you trust the other person’s judgement“ (Zitat einer Pflegerin in einer Gruppendiskussion, Howse/Bailey 1992, S. 377).
Ehnfors/ Smedby 1993	„Eigentümerschaft“ des Pflegeprozesses: Standardisierte Auswertung von 106 Akutpflegedokumentationen	Die schriftliche Abbildung des Pflegeprozesses orientiert sich an der Perspektive der beteiligten Ärztinnen. Inhalte, die ausschließlich die Pflege im engeren Sinne betreffen, werden vor allem mündlich weitergegeben.
Davis et al. 1994	Identifikation mit der Pflegeprozessdokumentation im Pflorgeteam: Standardisierte Auswertung von 42 Akutpflegedokumentationen und Befragung der Pflegerinnen und Pflegedienstleitungen	Die mangelnde Identifikation der langjährig beschäftigten Pflegerinnen und der Pflegedienstleistungen mit dem Pflegemodell und dem Pflegeprozessmodell (nach Yura/Walsh 1988) äußert sich in einer einseitig medizinisch ausgerichteten Dokumentation (unter gleichzeitiger Vernachlässigung der psychischen und sozialen Pflegedimensionen) und in einer nicht integrierten Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation, in nicht aktualisierten Informationen sowie im Fehlen der Pflegeevaluation.
McElroy et al. 1995	Unterstützung durch das Pflegemanagement und Identifikation mit der Pflegeprozessdokumentation im Pflorgeteam: Qualitative Begleitforschung (Gruppendiskussionen, Befragungen, Auswertung von Dokumentationen) während der Einführung prozessualer Pflegedokumentation in zwei Akutpflegestationen	Bei der Einführung prozessualer Pflegedokumentation hat die Anleitung durch das Pflegemanagement (v.a. durch die Pflegedienstleitungen) eine zentrale Bedeutung. Besonders schwer zu erreichen ist jedoch die Identifikation („Eigentümerschaft“) der Pflegerinnen mit dem Verfahren (vgl. auch das hierzu entwickelte Dokumentations-Auditinstrument: Corben 1997).

<sup>16</sup> Falls nicht anders vermerkt, beziehen sich die Untersuchungen auf Altenpflegeklientinnen bzw. -einrichtungen.

Adamsen/ Tewes 2000	Einbeziehung der Klientinnen in die Pflegeprozessgestaltung: Standardisierte Auswertung von 120 Akutpflegedokumentationen, Klientinnenbefragung und Gruppendiskussionen	Die von den Klientinnen empfundenen Pflegebedarfe werden in den Dokumentationen nur rudimentär abgebildet; ein Teil dieser nicht abgebildeten Bedarfe ist den Pflegerinnen aber bekannt (ohne dass sie dokumentiert werden).
Klapper et al. 2001	Pflegedokumentation als Kommunikationsmedium: Auswertung von 450 Akutpflege- sowie ärztlichen Dokumentationen mittels standardisiertem Erhebungsbogen und Befragung von 54 Pflegerinnen und Ärztinnen	Die Dokumentation wird vor allem als Instrument der Kommunikation innerhalb der Profession verwendet, seltener für die interprofessionelle Kooperation. Verantwortlich gemacht wird hierfür unter anderem die mangelnde Anpassung der Dokumentationssysteme an die jeweilige Stationspraxis.
Kärkkäinen/ Eriksson 2003	Einbeziehung der Klientinnen in die Pflegeprozessgestaltung: Standardisierte Auswertung von 70 Akutpflegedokumentationen	Auch in ansonsten gut bis sehr gut geführten Dokumentationen wird eine Einbeziehung der Klientinnen besonders selten dokumentiert (vor allem gegenüber funktionalen bzw. körperbezogenen Aspekten der Pflege).
Bartholomeyczik/ Morgenstern 2004a, b	Einbeziehung der Klientinnen in die Pflegeprozessgestaltung: zum Design, vgl. Tabelle 5, S. 56	Lediglich in 4% der Dokumentationen finden sich Informationen über die Einbeziehung der Klientinnen in die Pflegeprozessgestaltung (in weiteren 16% werden die Klientinnen zumindest ansatzweise einbezogen). Unklar bleibt fast immer, ob diese Einbeziehung tatsächlich auf Informationen der Klientin beruht (statt auf Informationen durch Angehörige, eigene Beobachtungen oder Schlussfolgerungen). Gewohnheiten und Vorlieben der Klientinnen werden nur in 21% der Fälle eindeutig erfasst. Wird die Pflegedokumentation durch die kooperierenden Ärztinnen als Medium der Kommunikation mitbenutzt, dann vor allem um Anordnungen festzuhalten.
Törnvall et al. 2007	Dokumentationspraxis in Einrichtungen der ambulanten Gesundheitspflege mit pflegerischer versus medizinischer Leitung: Standardisierte Befragung von 268 Pflegerinnen und Auswertung von 68 Dokumentationen	Pflegerinnen, die in Stationen mit pflegerischem Management arbeiten, weisen eine positivere Einstellung zur Pflegedokumentation auf und berichten über eine bessere Unterstützung durch die Einrichtungsleitung dabei bzw. über eine bessere Schulung. Die Qualität der Pflegedokumentationen (gemessen am Grad der Umsetzung des VIPS-Modells, vgl. 3.1) unterscheidet sich jedoch nicht zwischen Einrichtungen mit pflegerischer bzw. medizinischer Leitung.

Törnvall/ Wilhelmsson 2008	Einrichtunginterne Informationsweitergabe durch die Dokumentation in ambulanten Gesundheitsdiensten: Standardisierte Befragung von 554 Allgemeinärztinnen und 82 Einrichtungsmanagerinnen	Die Pflegedokumentation stellt für die Allgemeinärztinnen desselben ambulanten Gesundheitsdienstes eine wichtige Informationsquelle dar. Sie berichten aber über Schwierigkeiten, aus der Menge an Daten (z.B. zu Routineverrichtungen oder aus Haftungsgründen) die relevanten Informationen zu finden. Die Managerinnen nutzen die Dokumentation v.a. für statistische Auswertungen, seltener zur Evaluation der Pflegeoutcomes bzw. -qualität.
----------------------------------	---	---

Bemerkenswert an dieser Übersicht von Untersuchungsergebnissen zu kooperationsbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Dokumentation ist zunächst die Wirkung in Zusammenhang mit der Dynamik im Pflgeteam. Gemäß dem institutionenökonomischen Modell des Dokumentationshandelns im Pflgeteam, das in Abschnitt 4.2.1 eingeführt wird, fördert die Teamsituation eher das pflegerische Transparenzverhalten, da die Teammitglieder sich auf diese Weise hinsichtlich ihres Beitrags zum Teamprodukt absichern können. Dies ist umso bedeutsamer, je größer ein Team ist und je anonym er damit die Einzelbeiträge zum Gesamtergebnis sind. Die oben beschriebene empirische Studie widerspricht diesem theoretischen Modell nur auf den ersten Blick. Tatsächlich ist es nämlich gerade die rechtliche Verunsicherung, welche die Pflegerinnen dazu bewegt, die Dokumentation auf einen unverfänglichen Minimalumfang zu reduzieren. Eine darüber hinaus gehende Dokumentation von rechtlich-fachlich evtl. angreifbaren Entscheidungsprozessen wird hingegen vorsichtshalber nicht transparent gemacht.

Das Untersuchungsergebnis, wonach die Dokumentation eher zur Kommunikation mit den am Pflegeprozess beteiligten Ärztinnen verwendet wird als zur Kommunikation unter den Pflegerinnen, wird ebenfalls in mehreren Studien bestätigt und kann somit als relativ gesichert gelten. Als möglichen Hintergrund legt die Studie von Davis et al. (1994) nahe, dass sich insbesondere die langjährig beschäftigten Pflegerinnen wenig mit dem pflegeprozessualen Denken identifizieren und die Pflegeprozessdokumentation eher als Teile der medizinischen Behandlung betrachten (was sich auch in sehr medizinisch ausgerichteten Dokumentationsinhalten erkennen lässt).

Wie bereits mehrfach als Anlass zur theoretischen Hinterfragung und Weiterentwicklung des pflegeprozessualen Denkens thematisiert, weisen einige Untersuchungsergebnisse auf eine mangelhafte Einbeziehung der Klientinnen in die Gestaltung des Pflegeprozesses hin. Eine Einordnung dieses Problems bedarf aber letztlich auch der Einbeziehung der Klientinnensicht in die Untersuchung. Auffallend ist, wie wenig der in diesem Kapitel bisher dargestellten Studien diesen Schritt gehen. Dies kann forschungsökonomisch erklärt werden, da der Aufwand sicherlich geringer ist, eine empirische Untersuchung auf die Auswertung von Dokumentationen und evtl. die Befragung der beteiligten Pflegerinnen zu beschränken und dabei die Sicht der Klientinnen (etwa aus einer Befragung) unberücksichtigt zu lassen. Aber auch inhaltliche Gründe können für die verbreitete Vernachlässigung der Klientinnensicht in der Dokumentation und in ihren Ergebnissen ausschlaggebend sein. Möglicherweise ist die systematische Betrachtung von Pflegeprozess und Pflegeprozessdokumentation insgesamt noch so neu, dass die diesbezüglichen Untersuchungen sich noch weitgehend auf den Bereich der professionellen Akteure der Pflege beschränken. Vereinfacht ausgedrückt, entsteht der Eindruck wonach die theoretische und empirische Pflegeforschung hier noch weitgehend mit sich selbst beschäftigt ist.

Im Mittelpunkt der Untersuchungen stehen somit die Pflegerinnen sowie die von ihnen angewandten Verfahren und Modelle. Die Klientinnen der Pflege tauchen zwar in einigen Studien auf, jedoch vor allem als Informationsquelle zur Untersuchung der Kongruenz zwischen den Inhalten der Pflegedokumentationen und der von ihnen erlebten Pflegewirklichkeit. Eine Studie zur Untermauerung dieser These liegt von Moloney und Maggs (1999) vor. Um die Wirkung der Dokumentation auf die Klientinnen-Outcomes nachzuvollziehen, werten sie insgesamt 304 empirische Arbeiten aus den Jahren 1987 bis 1997 zur Akutpflege aus. Der Versuch, darunter die Grundlage für eine Meta-Analyse zu finden, scheiterte, weil entweder die jeweilige Studie die Forschungsfrage (nach dem Zusammenhang zwischen der Pflegeplanung und -dokumentation sowie den Klientinnen-Outcomes) inhaltlich nicht zufriedenstellend abbildete und/oder weil die Arbeit aus methodischen Gründen für eine Meta-Analyse nicht verwendet

werden konnte. Die Autorinnen kommen daher zumindest für die Akutpflege zu dem Schluss, dass die Bedeutung der Dokumentation für den Klientinnen-Outcome noch immer ungeklärt ist und empfehlen eine groß angelegte internationale Studie.

Zur Wirkung der prozessual orientierten Pflege auf die Pflegeoutcomes liegen jedoch empirische Ergebnisse vor. In einer Studie, die zwar den hohen methodischen Ansprüchen von Moloney und Maggs nicht gerecht wird, die aber dennoch interessante Hinweise enthält, vergleicht Miller (1988) die Pflegeoutcomes, die durch die Einführung klientinnenbezogener Prozesspflege zu erwarten sind, mit denen bei Beibehaltung der traditionellen Funktionspflege. Datengrundlage ist ein Vergleich von zehn geriatrischen Krankenhausstationen, die je zur Hälfte klientinnenbezogen-prozessual bzw. funktionspflegerisch vorgehen. Die prozessual orientierte Pflege erweist sich dabei in mehrererlei Hinsicht als überlegen. So wird festgestellt, dass es bei Langzeitklientinnen auf Stationen mit Prozesspflege wesentlich besser gelingt, die Pflegeabhängigkeit zu reduzieren. In den funktionspflegerisch arbeitenden Abteilungen wurden außerdem vermehrte Komplikationen (u.a. Dekubitus, Stuhlinkontinenz) und insgesamt eine höhere Sterblichkeit gemessen. Eine Erhebung der Klientinnenzufriedenheit ergab auch diesbezüglich wesentlich bessere Werte für die prozessual orientierten Stationen. Auch hier zeigten sich die Unterschiede zwischen den Stationstypen – jedoch erst bei Klientinnen, die bereits länger als ein Monat hospitalisiert waren. Auch der Frage, wie sich die Qualität der Pflegediagnostik in der Pflegedokumentation auf die Zufriedenheit der Klientinnen mit dieser Diagnostik auswirkt, geht eine Studie nach. Sie wurde in drei dermatologischen Abteilungen eines Universitätskrankenhauses durchgeführt. Dabei wurden 57 Pflegedokumentationen mittels eines standardisierten Instruments ausgewertet und die Klientinnen nach ihrer Pflegezufriedenheit befragt. Insgesamt zeigt sich ein eher schwacher, jedoch signifikant positiver Zusammenhang zwischen der in der Dokumentation abgebildeten Pflegediagnose-Qualität und der Zufriedenheit der Klientinnen damit (Müller Staub 2002)

Diese Einzelergebnisse lassen somit auf eine mögliche positive Wirkung der Pflegedokumentationsqualität auf die Outcomes der Klientinnen schließen. Dieses vorläufige Resultat bedarf freilich noch der weiteren Untersuchung – nicht zuletzt deshalb, weil nicht wenige der hier beschriebenen Studien zur Dokumentation durchaus ernst zu nehmende Schwächen in der Dokumentationspraxis aufzeigen. Einige empirische Befunde legen dabei den Schluss nahe, der Aufwand für die Dokumentation behindere das Pflegehandeln mehr, als dass er es unterstütze. Zu untersuchen ist daher nicht nur der Evidenzgrad eines Zusammenhangs zwischen der Pflegedokumentation und den klientinnenbezogenen Pflegeoutcomes, sondern auch die Frage, wie dieser Zusammenhang möglicherweise wirkt. Einen Beitrag zur Klärung dieser Fragen liefern die in Teil III der vorliegenden Studie zusammengefassten empirischen Ergebnisse. Dabei kann auf einen Datensatz zurückgegriffen werden, der zusätzlich zu den Informationen aus den Auswertungen von Pflegedokumentation auch Daten zu den Klientinnen-Outcomes (Pflegezufriedenheit und Lebensqualität) der Pflege beinhaltet. Im Unterschied zu allen empirischen Untersuchungen, die in diesem Abschnitt vorgestellt wurden, wird die Dokumentation dabei als Teil des gesamten pflegerischen Produktionsprozesses betrachtet. Während die bisherigen Untersuchungen meist auf Einzelaspekte der Dokumentationspraxis abstellen, werden in den empirischen Analysen der vorliegenden Untersuchung die Voraussetzungen für eine gute Dokumentation ebenso untersucht, wie deren Wirkungen auf eine Vielzahl von Indikatoren für die Pflegequalität aus Sicht der professionellen Akteure (Pflegerin und Managerin) sowie der Klientinnen.

## 3.2 Pflegedokumentation und pflegerische Professionalität

Zu den Kennzeichen professionellen Handelns bzw. einer Profession und der Genese einer solchen, der Professionalisierung, existiert eine große Zahl theoretischer Arbeiten. Darin findet sich zunächst der Versuch, professionelles Handeln mittels einer Reihe von Merkmalen zu beschreiben und einzugrenzen. So legt beispielsweise Hesse die auf einer Literaturrecherche basierende Liste von „gemeinsamen Charakteristika der ‚professions‘“ vor (1972, S. 45-48; vgl. hierzu auch Klie 2003a, S. 117ff). Darunter werden neben Kennzeichen wie der langdauernden theoretisch fundierten Spezialausbildung oder der berufsständischen Selbstverwaltung auch Merkmale genannt wie die z.B. die „Berufstätigkeit ist altruistisch, nicht egoistisch motiviert“, das professionelle Handeln „dient dem öffentl. Wohl, der Stabilität der Gesellschaft und weniger der Befriedigung privater Interessen der Berufsangehörigen“ oder die „Einkommenshöhe ist kein Gradmesser für Erfolg und Tüchtigkeit, sondern Titel, Orden, Preise, Ehrenämter etc.“. Wie fragwürdig diese Zuschreibungen nicht zuletzt mit Blick auf gerade diejenigen Professionen sind, die als etabliert betrachtet werden, also die Profession der Ärztin und der Juristin (vgl. Weidner 2003, S. 34f.), ist offenkundig.

Solche als ‚klassisch‘ bezeichneten Kennzeichen von Professionalität werden daher mittlerweile meist abgelehnt (vgl. z.B. Dewe/Otto 1984, S. 776-780). Dewe und Otto beschäftigen sich zwar primär mit der Professionalisierung der Sozialen Arbeit. Ihre Ausführungen lassen sich jedoch weitgehend auch auf die Situation der Pflege übertragen. Beispielhaft sei auf ihre Begründung für die Unbrauchbarkeit des Kriteriums der „berufsständischen Selbstverwaltung“ als Voraussetzung für Professionalisierung verwiesen. Deren Entstehung erkennen die Autoren im Zusammenhang mit der Etablierung der ersten Professionen in einer Zeit noch kaum vorhandener staatlicher Berufspolitik (vgl. hierzu auch Olk 1986, S. 36-41). Die Bedeutung solcher historischer Gegebenheiten zeigt, wie schwierig oder sogar unmöglich sich die heutige Pflege über die klassischen Professionskennzeichen professionalisieren lässt. Inwiefern gerade den traditionellen Frauenberufen des pflegerischen und erzieherischen Bereichs unter anderem mittels eines traditionellen Verständnisses von Professionalität die volle Professionalisierung verweigert wird, untersucht Rabe-Kleberg (1996).

Unter Bezugnahme auf Ulrich Oevermanns Strukturlogik professionellen Handelns beschreibt Frank Weidner (2003) die Grundlagen einer handlungsorientierten Professionalisierung der Pflegepraxis.<sup>17</sup> Oevermanns Verständnis von Professionalität wird in der pflegewissenschaftlichen Literatur breit rezipiert. Auch in der vorliegenden Untersuchung wird im Weiteren darauf zurückgegriffen. Vorteilhaft erweist sich in diesem Zusammenhang auch die mögliche Verknüpfung des Oevermannschen Professionalitätsbegriffs mit dem ebenfalls von ihm entwickelten Verfahren der objektiven Hermeneutik, das Hinweise darauf gibt, wie die pflegerische Professionalität durch die Pflegedokumentation unterstützt werden kann (vgl. hierzu weiter unten in diesem Abschnitt). Folgende Aspekte kennzeichnen professionelles Handeln (Weidner 2003, S. 48-57; vgl. hierzu auch Thiel 2001 sowie Mühlum et al. 1997, 267f.):

1. Professionelles Handeln verknüpft die *universalisierte Regelanwendung wissenschaftlichen Wissens und hermeneutisches Fallverstehens zu einer widersprüchlichen Einheit*. Voraussetzung für professionelles Handeln ist die Anwendung wissenschaftlichen Wissens. Professionalität unterscheidet sich dabei jedoch von wissenschaftlichem Expertentum, also von einem rein deduktiven Verständnis der Theorieanwendung, der „die Leben-

---

<sup>17</sup> Neben der Professionssoziologie nach Oevermann gibt es weitere Theorien der Profession. Die Position Oevermanns kann einem systemtheoretischen und einem interaktionistischen Ansatz gegenübergestellt werden (Mieg 2003, S. 32-36).

digkeit und Autonomie der Lebenspraxis [...] von vornherein unbegreifbar bleiben“ muss (Oevermann 2000a, S. 152). Als eine Methode des (objektiven) hermeneutischen Fallverstehens schlägt Oevermann das Verfahren der Sequenzanalyse vor. Der Frage, ob Elemente daraus bei der dokumentationsgestützten Umsetzung des Pflegeprozesses hilfreich sein können, wird weiter unten in diesem Abschnitt an einem Beispiel nachgegangen.

Die angemessene Anwendung abstrakter wissenschaftlicher Erkenntnis auf die konkrete Situation einer Klientin setzt jedoch zusätzlich die hermeneutisch-situative Kompetenz („Kunstlehre“, Oevermann et al. 1979, S. 391-394) der professionell Handelnden voraus, den individuellen Fall in dessen eigener Sprache zu verstehen. Würde beispielsweise die Behandlung einer Patientin ausschließlich als Spezialfall universalisierter Regelanwendung wissenschaftlichen Wissens verstanden (unter Vernachlässigung der fallverstehenden Komponente), so würde von der Ärztin deren „Krankheit ausschließlich als Fremdkörper in einem an sich gesunden Leben interpretiert und damit fehl[ge]deutet“. Beschränkte sich die Behandlung dieser Patientin im anderen Extrem hingegen auf das Verstehen der Lebens- und Leidensgeschichte, so würde der Hilfesuchenden das gesamte Potential wissenschaftlicher Erkenntnis zu ihrer Krankheit vorenthalten (Oevermann 1996, S. 126ff). Mangelndes Verständnis dafür, in dieser widersprüchlichen Einheit aus der Anwendung abstrakter wissenschaftlicher Erkenntnis einerseits und der fallverstehenden Kompetenz andererseits eine professionelle Balance finden zu müssen, ist auch das Kennzeichen einer technizistisch verkürzten Interpretation der prozessual orientierter Pflege und Pflegedokumentation (zu den diesbezüglichen Gefahren für eine professionelle Pflege, s.u).

2. Für die professionelle Dienstleistung liegen *keine vollständigen Handlungsstandards* vor. Dieser Aspekt ist dem fallspezifisch stets variierenden Gegenstand des professionellen Handelns geschuldet. Dienstleistungen sind für Oevermann dann nicht standardisierbar, wenn sie „diagnostisch die nur fallverstehend, d.h. rekonstruktionslogisch erschließbare Erfassung der je einzigartigen Charakteristik und Prägnanz der Fallstruktur des jeweiligen Klienten erfordern“. Die fallangemessene Intervention kann daher nicht einfach aus einer „Subsumtion“ allgemeingültiger Lösungsmodelle gewonnen werden, sondern muss ihrerseits rekonstruktiv die „krisenbewältigenden Eigenkräfte des Klienten“ wecken (Oevermann 2000b, S. 59). Dabei ist durch die professionelle Fachkraft die *Autonomie der Lebenspraxis der Klientin* zu respektieren. Das professionelle Handeln darf die Klientin nicht abhängig machen. Auch dieser Aspekt weist auf eine mögliche Gefahr hin, den die Pflegedokumentation für die Professionalität der Pflege bedeuten kann (s.u).
3. Die *subjektive Betroffenheit der Klientin* verweigert der professionell Handelnden die Möglichkeit, die Suche nach einer Lösung zu beenden, wenn der wissenschaftliche Kenntnisstand seine Grenzen erreicht. Dies unterscheidet die professionelle Anwendung wissenschaftlichen Wissens von wissenschaftlichem Expertentum, das dadurch gekennzeichnet ist, dass wissenschaftliche Erkenntnis nicht auf eine Lebenspraxis angewandt wird, „die sich einer Profession hinsichtlich ihrer existentiellen Problematik vorbehaltlos anvertraut hat, sondern [...] auf ein rein technisches Problem“. Aufgrund der nicht vorhandenen subjektiven Betroffenheit des Klientels hält Oevermann beispielsweise den Ingenieurberuf lediglich auf der „Ebene des wissenschaftlichen Diskurses [für] professionalisierungsbedürftig, [...] nicht jedoch] auf der Ebene der je konkreten Anwendung in der Praxis selbst“, da bei drohendem Überschreiten des technisch Machbaren die Auftragser-



ledigung verweigert werden kann (Oevermann 1996, S. 138f.; vgl. hierzu auch Weidner 2003, S. 50).<sup>18</sup>

4. *Hinreichende analytische Distanz des Professionellen*: Die analytische Distanz ist zunächst Kennzeichen der Sozialisierung der professionell Handelnden im wissenschaftlichen Diskurs. Sie ist grundsätzlich auch in der „diffusen Sozialbeziehung“ zur Klientin zu wahren, in einer Arbeitsbeziehung also, bei der die Klientin (unter Überwindung der gewöhnlichen Distanz gegenüber Außenstehenden) ihre „beschädigte konkrete Lebenspraxis“ zur stellvertretenden Behandlung anvertraut (Oevermann 1996, S. 125).
5. Die professionelle Handlungssituation ist geprägt von einer *Dialektik aus Begründungs- und Entscheidungszwängen*. In einer professionellen Beziehungssituation übernimmt die Fachkraft von der Klientin teilweise deren Verantwortlichkeit. Die professionell Handelnde unterwirft sich dafür jedoch zwei Verpflichtungen. Einerseits muss „sie sich auf eine methodisch kontrollierte und nach expliziten Geltungskriterien bewährte erfahrungswissenschaftliche Wissensbasis berufen [Zitat im Original hervorgehoben]“ können (Oevermann 1996, S. 124, am Beispiel einer therapeutischen Beziehung). Andererseits übernimmt die professionelle Expertin mit der Bereitschaft zur stellvertretenden Deutung eines existentiellen Problems der Klientin auch die Verantwortung für die situativen Notwendigkeiten dieses Problems. Daraus kann ein Zwang zur Entscheidung für eine Handlungsalternative entstehen, auch wenn diese in einer Situation (noch) lückenhafter Information mit einem mehr oder weniger großen Risiko verbunden ist. Die professionell Handelnde ist damit jedoch nicht von ihrer Begründungsverpflichtung entbunden. Sie muss die ‚Richtigkeit‘ der Entscheidung vielmehr nachträglich reflexiv überprüfen. Die akute Situation der Klientin *nötigt* sie also zu einer „mit Risiken oder Unsicherheit behaftet[en]“ Entscheidung. Indem sie „sich tatsächlich in solche offene Zukunft und Unsicherheit hinein entscheidet, sich aber nachträglich der Begründungsverpflichtung rekonstruierend unterwirft, produziert [... sie] neue Erkenntnisse und Erfahrungen“. Der gegebenenfalls nachträglich eingelöste Begründungszwang birgt somit die Möglichkeit der Selbstkontrolle, zugleich aber auch zu individuellem professionellen Lernen sowie zu klinischem Fortschritt (ebd.; vgl. hierzu auch Oevermann 1993, S. 178ff). Damit wird bereits an dieser Stelle die zentrale Bedeutung der Pflegedokumentation als Instrument der Reflexion für eine professionelle Pflege erkennbar.

Bevor nun untersucht werden soll, wie die Pflegedokumentation die Professionalität der Pflege im positiven Sinne unterstützen kann, gibt diese Aufzählung von Merkmalen professionellen Handelns zunächst Anlass, auf zwei Stolpersteine hinzuweisen, welche die prozessual orientierte Pflegedokumentation für die Professionalität der Pflege bedeuten kann. Zunächst entstehen dabei Probleme aus einem allzu technizistisch verstandenen, linear-kybernetischen Pflegeprozessmodell. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt auf der Grundlage eines Aufsatzes von Schöniger und Abt-Zegelin dargestellt, kann dies die Pflege dazu verleiten, die Pflegeprozessschritte rezepthaft abzuarbeiten und dabei die individuelle Komplexität des jeweiligen Falles zu vernachlässigen. Dabei ist es im Bereich des kommunikativen professionellen Handelns (wozu die Pflege gezählt werden kann) im Unterschied zum Handeln in einem instrumentellen Kontext „mit dem Offerieren von Erklärungswissen und einer damit ver-

---

<sup>18</sup> Dieser Ansicht wird unter Bezug auf Oevermanns eigene Thesen widersprochen, etwa wenn den Ingenieurinnen eine advokatorische Rolle hinsichtlich der langfristigen Sicherheit und ökonomischen Effizienz ihrer Entwürfe zugesprochen wird (Ekardt 2003). Das Beispiel zeigt somit, wie weit der von der professionellen Handlung subjektiv betroffene Kreis der Klientinnen gezogen werden kann. Übertragen auf die Situation bei der Pflegeleistungserbringung fällt demnach zumindest die subjektive Betroffenheit der Angehörigen mit in den Verantwortungsbereich der professionellen Pflegerin.

bundenen technologischen Anwendungsvorstellung nicht getan“. Dieses muss vielmehr ergänzt werden durch ein „interpretatives Sinn- und Bedeutungsverstehen“ (Dewe 2000, S. 292; vgl. hierzu auch Dewe/Otto 1996, S. 111-116). Die einseitige Konzentration auf eine technologisch verstandene Wissensanwendung ist für einen Gutteil des im vorangegangenen Abschnitt deutlich gewordenen Unbehagens verantwortlich, das dem Pflegeprozess und der daran orientierten Dokumentation entgegengebracht wird. So wurde beispielsweise erkannt, dass die erfolgreiche Einführung einer prozessual orientierten Pflege die Verbindung mit der Etablierung von Bezugspflege verlangt (Bond/Thomas 1991, S. 1493f). Ein Mangel an „hermeneutischen Fallverstehen“ kann auch durch Dokumentationsverfahren hervorgerufen werden, die von der Pflegerin lediglich das Ankreuzen vorformulierter Sachverhalte verlangen (etwa bei der Pflegeanamnese, aber nicht nur dort).

Weiterhin ist von einem Dokumentationssystem zu fordern, dass es die Integration des Pflegehandelns und -reflektierens unterstützt und zwar entlang dem Pflegeprozesses und des Krankheitsverlaufs sowie – vertikal dazu – über die verschiedenen Lebensbereiche der Klientin hinweg. Eine „Logik der analytischen Zerstückelung von Ganzheiten“ (Schöniger/Abt-Zegelin 1998, S. 307) wird so von vorneherein vermieden. Von Oevermann liegt ein Verfahren zur sozialwissenschaftlichen Interpretation von Texten vor, die objektive Hermeneutik (Oevermann et al. 1979). Ob und wie diese für das Fallverstehen in der Pflege hilfreich sein kann, lässt sich hier nicht abschließend entscheiden. Die weiter unten in diesem Abschnitt vorgenommene Anwendung einiger ausgewählter Prinzipien der objektiven Hermeneutik auf ein Praxisbeispiel lassen dieses Verfahren jedoch durchaus viel versprechend erscheinen.

Der zweite Stolperstein, den die Pflegedokumentation für die Professionalität der Pflege darstellen kann, betrifft die Respektierung der Autonomie der Lebenspraxis durch den professionell handelnden Akteur. Diesbezügliche Vorwürfe an die prozessual orientierte Pflegedokumentation wurden ebenfalls im vorangegangenen Abschnitt dargestellt. Demnach verleitet der Pflegeprozess zu einer Vernachlässigung der Perspektive der Klientin (und ihrer Angehörigen). Die Vorwürfe gipfeln in der Formulierung, die an der Umsetzung des Pflegeprozesses orientierte Dokumentation werde zu einem einseitigen Definitionsinstrument der Pflegerin. Diese Kritik weist offensichtliche Parallelen zur Professionalisierungsdiskussion in der Sozialen Arbeit auf. Ähnlich wie in der Pflege wird dort vor einer Professionalität gewarnt, die sich als „Expertenwissen, Spezialisierung [... und] Enteignung von Alltagskompetenz aufgrund der Definitionsmacht der Professionellen“ äußert (Koch et al. 1981, S. 11). Zugespitzt wird vor einer *Kolonialisierung* des Klientinnenalltags gewarnt (Thiersch/Rauschenbach 1984, S. 1007; Bohle/Grunow 1981, S. 171ff).

Die Mahnungen vor einer Fremddefinition des Pflegeprozesses durch eine scheinbar professionelle Pflegerin können so als spezielle Variante der Kolonialisierung des Alltags einer Klientin verstanden werden. Auch das in der Literatur der Sozialen Arbeit und der Pädagogik entwickelte alternative Professionsverständnis kann auf die Pflege übertragen werden. Demnach besteht die Aufgabe der professionellen Fachkraft nicht darin, stellvertretend einen expertinnenhaften Gegenentwurf zum gelebten Alltag der Klientin zu entwerfen, sondern die Klientin bei der Gestaltung ihres Alltags durch „informierte (also wissenschaftlich gestützte) Reflexivität und gemeinsame Reflexion in wechselseitiger Kritik, Selbstkritik und Bestärkung“ zu unterstützen (Thiersch/Rauschenbach 1984, S. 1009). So verstandenes professionelles Handeln äußert sich als „eine Form des Diskurses“, dessen Ziel darin zu sehen ist, „Deutungsbedürfnisse [... der] Klienten etwa bezüglich ihres Erziehungsverhaltens, ihrer Rechtsauffassung und ihrer Gesundheitsvorstellungen aufzuklären“ (Dewe/Otto 1984, S. 797). Wenn Thiersch und Rauschenbach in diesem Zusammenhang unter anderem von wechselseitiger Kritik und Selbstkritik sprechen, so weisen sie darauf hin, dass die *Kunstlehre* des Fallverstehen

hens kein Monopol der Professionellen sein kann. Diese Kompetenz muss ebenso der Klientin zueigen sein dürfen wie der professionell handelnden Pflegerin. Das unten in diesem Abschnitt diskutierte Beispiel zum Potential der objektiven Hermeneutik zeigt ganz im Sinne des aus dem Forschungsprojekt Care Keys eingeführten Modells des triadischen Diskurses (vgl. unter 2.4), wie die Angehörigen als Dritte in diesem Diskurs die Rolle des Korrektivs übernehmen können.

Aufschluss über Möglichkeiten der Umsetzung dieser Haltung im professionellen Alltag der Pflege gibt beispielsweise der Vorschlag, an den Anfang einer *erweiterten* Sicht des Pflegeprozesses einen Prozessschritt „Verstehen und Aushandeln“ zur gemeinsamen Situationsdefinition zu stellen (Abt-Zegelin 2000) oder das bereits vorgestellte Verfahren zur fortwährenden, gemeinsamen Situationsdefinitionen durch Pflegerin und Klientin nach Höhmann et al. (1996, vgl. die Darstellung in Abschnitt 3.1.2 einschließlich der kritischen Würdigung dieses Pflegeprozessmodells dort; zur Bedeutung des Informationsflusses von den Pflegerinnen und den Ärztinnen zu den Klientinnen während aller Pflegeprozessstufen vgl. z.B. Leino-Kilpi et al. 1993). Derartige gemeinsame Situationsdefinitionen auf der Grundlage von Verstehens- und Aushandlungsprozessen dürfen aber – wenn sie tragfähig sein sollen – mögliche Interessenskonflikte zwischen den Beteiligten nicht ausklammern, sondern müssen diese soweit möglich ebenfalls zum Diskursgegenstand machen.

Mit der Frage, wie ein solcher Diskurs gestaltet werden kann, beschäftigt sich das in Abschnitt 2.4 eingeführte Pflegediskursmodell. Dieses Modell berücksichtigt neben der Pflegerin und der Klientin auch die Angehörige(n) und die Pflegemanagerin. Unter Berücksichtigung von jeweils drei Diskurspartnerinnen ergeben sich so vier mögliche Diskursbeziehungen. In der differenzierten Betrachtung dieser vier Diskursebenen liegt die Chance, mögliche Interessenskonflikte zwischen den Akteuren wenn nicht selbst zum Diskursgegenstand zu machen, so zumindest auseinander zu halten. In diesem Sinne kann es sich als vorteilhaft erweisen, den Zuständigkeitsdiskurs um die Verteilung der Pflegeaufgaben zwischen der professionellen und der informellen Pflege unabhängig vom Pflegediskurs zu führen, der unter anderem unterschiedliche Sichtweisen der Pflege- und Lebensqualität zum Gegenstand hat.

Die Pflegedokumentation kann diese Diskurse unter anderem als Informationsgrundlage, als interpersonales sowie intertemporales Kommunikationsmedium und vor allem als Planungs- und Steuerungsinstrument unterstützen. Die professionelle Pflegerin (in deren Zuständigkeitsbereich das Führen der Dokumentation fällt) wird die Inhalte der Dokumentation dabei jedoch nicht gleichsam als ihr privates geistiges Eigentum betrachten. Vielmehr wird sie die Dokumentation als Abbild der Diskurse und Aushandlungsprozesse sehen, die sie mit den anderen am Pflegeprozess Beteiligten führt, und sie so als Möglichkeit zur Reflexion dieser Diskurse nutzen können. Die (gegebenenfalls auch nur gedankliche) Berücksichtigung der Perspektive eines am Diskurs teilhabenden Dritten vergegenwärtigt während des gesamten Pflege- und Dokumentationsprozesses den Charakter aller Festlegungen als diskursives Aushandlungsergebnis. Diese Orientierung wird die Pflegerin davor bewahren, die Dokumentation einseitig als Definitionsinstrument zu verstehen und diese so zum Stolperstein ihrer Professionalität zu machen.

Die bisherigen Ausführungen zum Verhältnis von Pflegedokumentation und pflegerischer Professionalität beschäftigen sich mit der Frage, wie verhindert werden kann, dass die Pflegeprozessgestaltung und dessen Dokumentation unprofessionell zu einem einseitigen Definitionsinstrument der Pflegerin wird und wie stattdessen die Klientin und andere beteiligte Akteure diskursiv in diesen Prozess einbezogen werden können. Im Weiteren soll nun thematisiert werden, wie die Inhalte der Pflegedokumentation der pflegerischen Professionalität zu-

gute kommen können, indem sie den Pflegerinnen die Reflexion ihres Handelns ermöglichen. Auf die Fähigkeit zum hermeneutischen Fallverstehen als Kennzeichen professionellen Pflegehandelns wurde bereits mehrfach hingewiesen. Selbst wenn die Pflegedokumentation nur ein fragmentarisches und verzerrtes Abbild der Pflege darstellt, enthält sie doch Material über das Zusammenwirken von Klientin, Pflegerin und den anderen beteiligten Akteuren, das, wenn die Pflegerinnen und ihre Managerinnen dieses zu interpretieren wissen, für die pflegerische Selbstreflexion verwendet werden kann.

Von Oevermann stammt das Konzept der objektiven Hermeneutik, das im Folgenden kurz mit Blick auf eine mögliche Anwendung für das professionelle pflegerische Fallverstehen vorgestellt wird. Wie sich schnell herausstellt, ist das Verfahren methodisch und hinsichtlich des Zeitaufwands zu voraussetzungsreich, als dass es in der alltägliche Pflegepraxis zum Einsatz kommen kann. Denkbar sind jedoch Einsatzmöglichkeiten im Rahmen des Qualitätsmanagements, etwa unter Anleitung einer Supervisorin oder einer Qualitätsbeauftragten. Da gezeigt werden kann, wie das Verfahren bereits an einem kurzen Beispiel und unter eher geringem Aufwand durchaus interessante Erkenntnisse liefert, erscheint die Darstellung dieses Verfahrens hier lohnenswert.

Das Konzept der objektiven Hermeneutik bezeichnet eine *Kunstlehre*, die zur Interpretation aller Arten qualitativer Lebensäußerung angewandt werden kann. Neben Texten können das z.B. die Malerei, Architektur, Spuren kriminellen Handels oder auch Filme sein (Reichertz 2007, S. 514; Englisch 1991). Die Grundannahmen der objektiven Hermeneutik können wie folgt umschrieben werden: Menschliches Handeln findet stets in einem Kontext statt, der für das Individuum soziale Regeln enthält. Das Individuum steht nun jedoch vor der Wahl, sich innerhalb der sich so ergebenden Handlungsoptionen mehr oder weniger regelkonform zu verhalten. Oevermann geht davon aus, dass die von einem Individuum letztlich realisierte Handlungsoption weder von der sozialen Regel determiniert ist, noch dass ihr (Nicht-)Abweichen von der Regel ein Zufallsprodukt ist. Das jeweilige Verhalten (die Selektivität der Lebenspraxis) folgt vielmehr der individuellen Fallstruktur. Diese soll mit Hilfe der objektiven Hermeneutik aufgedeckt werden, indem die Entscheidungen des Individuums Handlungsschritt für Handlungsschritt rekonstruiert werden (daher auch die Bezeichnung *Sequenzanalyse*). Gerade auch für das professionelle pflegerische Fallverstehen und für die professionelle Reflexion und Evaluation könnte es relevant sein, auf diese Weise Bedeutungsstrukturen erkennen zu können, „die jenseits des Selbstverständnisses und Selbstbildes einer sozialen Praxis liegen und die sich nicht in den Meinungen, Intentionen oder Wertorientierungen dieser Praxis erschöpfen“ (Wernet 2006, S. 15-18).

Eines der zentralen Merkmale des Konzepts ist dabei die Herauslösung (Explikation) von Sinneinheiten aus ihrem Alltagskontext, bevor sie dem eigentlichen Interpretationsprozess unterzogen werden (Reichertz 2007, S. 516). Auch damit wird noch einmal das mögliche Potential der Methode für die Professionalität des Pflegehandelns deutlich, weil das Verfahren darauf zielt, sich zwar die *subjektive Betroffenheit der Klientin* zu eigen zu machen, für diese *Notwendigkeiten* jedoch Alternative Deutungen anzubieten. Diese Alternativen können damit logischerweise nicht aus dem Handlungskontext der Klientin kommen. Um somit die nötige analytische Distanz erreichen zu können, fordert die objektive Hermeneutik zunächst eine kontextfreie Interpretation. Zu den explizierten Sinneinheiten sollen gedankenexperimentell Kontexte konstruiert werden, in denen die jeweilige Äußerung angemessen erscheint. Die Differenz zwischen diesem gedanklichen und dem tatsächlichen Kontext macht nun die Eigentümlichkeit der Sinneinheit erkennbar. Die so gebildeten Hypothesen werden sodann Schritt für Schritt (sequenziell) an jeder weiteren explizierten Sinneinheit überprüft (Auf-

nanger/Lenssen 1986, S. 4-10; Wernet 2006, S. 21ff). Zentral ist, dass die Sinneinheiten zunächst kontextfrei in einer Art ‚künstlicher Naivität‘ betrachtet werden:

„Forschungslogisch geht es dabei um die Vermeidung von Zirkularität. Wenn die Interpretation von dem Vorverständnis lebt und abhängig ist, dann ist sie in dessen Belieben gestellt. Diese Beliebigkeit gilt es zu vermeiden. Aus dieser Perspektive besteht der Sinn der kontextfreien Interpretation darin, gegenüber einem nicht-wissenschaftlich gewonnenen Vorverständnis größtmögliche Unabhängigkeit zu wahren“ (Wernet 2006, S. 23).

Auf das Fallverstehen in der Pflege und die pflegerische Selbstreflexion übertragen, erlaubt diese ‚künstliche Naivität‘, professionell aus dem Kreisen um die gescheiterte Lebens- bzw. Berufspraxis ausubrechen. Dieses hier knapp dargestellte Grundprinzip der objektiven Hermeneutik ergänzt Oevermann um weitere Regeln, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann.<sup>19</sup> Das Grundprinzip der Methode genügt jedoch, um nun anhand eines sich real zugetragenem Falles einen Eindruck über ihre möglichen Chancen für die pflegerische Professionalität gewinnen zu können. Das Beispiel entstammt dem Werk „Pflegedokumentation für Ausbildung und Praxis“ von Joachim Berga und Rüdiger Pangritz (2004):

„Ein 77-jähriger Mann zog auf Drängen seiner Tochter eher unfreiwillig in ein Seniorenheim. Nach Angaben der Tochter drohte er zu Hause auf seinem Bauernhof nach dem Tode seiner Frau vor sechs Monaten zu verwaarloosen. Der Landwirtschaftsbetrieb war schon seit Jahren eingestellt. Einen Nachfolger für den Hof gab es nicht, da die Tochter in einer weit entfernten Großstadt verheiratet war und es keine weiteren Kinder bzw. möglichen Erben gab.

Der Mann machte zum Zeitpunkt seines Einzuges und Wochen später zusehends einen zerstreuten und verwirrten Eindruck. In seiner Biografie waren lediglich die oben genannten Angaben dokumentiert. Entsprechend einfach und erwartungslos prägte sich auch ein Bild des Bewohners beim Pflegepersonal: einfacher Mann, viel gearbeitet, trauert um seine Frau, hat keine intellektuellen Ansprüche ... Leider fand man angesichts der täglichen Zeitnot keine Möglichkeit, sich mit dem Herrn über seine Vergangenheit zu unterhalten.

In der Folgezeit verfiel der Mann geistig immer mehr. Apathisch saß er mit den anderen Heimbewohnern im Aufenthaltsraum, zeigte keinerlei Initiative und verlor im zunehmendem [sic!] Maße seine Selbständigkeit. Sinn- und Beschäftigungsangebote nahm er nicht an, zumal sie mangels der oben beschriebenen biografischen Defizite nicht auf ihn ausgerichtet sein konnten. Als seine Tochter ihn nach drei Monaten wieder besuchen konnte, zeigte sie sich erschüttert über den Zustand ihres Vaters. Erst jetzt begann sie zu erzählen, wie ihr Vater früher wirklich war: Landwirt mit Leib und Seele, seinerzeit der erste Biobauer im ganzen Landkreis und auch Gründer des Biokreises. Im regionalen Bauernverband war er im Vorstand tätig und fungierte lange Jahre als beliebter Pfarrgemeinderatsvorsitzender und ebenso als Mitglied des Marktgemeinderates. Und – er hatte seine Erfahrungen als Biobauer sogar als Fachbuch veröffentlicht!

Nun erst begann man auf Seiten des Pflegepersonals, sich mit der Geschichte des Mannes auseinander zu setzen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse konkret im Pflegealltag zu nutzen. So wurde beispielsweise sein Zimmer mit Bildern ‚seiner‘ Markt gemeinde, ‚seiner‘ Kirche und ‚seines‘ Hofes geschmückt. In der Beschäftigungsgruppe tastete man sich mit verschiedenen Pflanzen und Blumenerden an ihn heran und im Aufenthaltsraum wurden nun des öfteren auch Zeitungsmeldungen und Geschichten aus seiner früheren Gegend vorgelesen. Nach und nach erweckte man so das Interesse des Mannes an seiner Umgebung. Er verlor ziemlich schnell seine Apathie und gewann auch den Grad seiner Selbständigkeit wieder, den er beim Einzug gehabt hatte“ (Berga/Pangritz 2004, S 74f).

Bevor dieser Text nun einer objektiv-hermeneutischen Würdigung unterzogen wird, ist festzustellen, dass seine Urheberschaft offen bleibt: Es kann nicht unterschieden werden zwischen originären Wendungen und Formulierungen durch die Pflegerinnen der Einrichtung, in welcher der Klient lebt, einerseits sowie andererseits durch die beiden Autoren, die den Be-

---

<sup>19</sup> Für eine ausführlichere Darstellung der objektiven Hermeneutik vgl. die Primärliteratur Oevermanns (vor allem Oevermann et al. 1979; Oevermann 1986; Oevermann 1993 sowie die Darstellungen und Diskussionen hierzu bei Wernet (2006), Reichertz (2007) und Flick (2007, S. 442-448).

richt zur Illustration der Wichtigkeit biografischer Informationen in der Pflegeanamnese wiedergeben. Für den Zweck, der mit dem Abdruck des Berichts an dieser Stelle der vorliegenden Untersuchung verbunden wird, wird vereinfachend angenommen, der Text stamme vollkommen von den Pflegerinnen. Der Text gibt zwei Lebensäußerungen des Klienten wieder. Dies mag für eine fundierte objektiv-hermeneutische Analyse zu gering erscheinen. Eine solche Quellenlage dürfte aber für die Pflegepraxis nicht untypisch sein. Die erste Aussage des Klienten, die der Text wiedergibt, betrifft die Unfreiwilligkeit seines Umzugs in das Seniorenheim. Der genaue Wortlaut der diesbezüglichen Diskussionen mit der Tochter (und evtl. auch mit den Pflegerinnen) bleibt offen, so dass der gedankenexperimentelle Kontext, der nun konstruiert werden soll, ganz allgemein zu der ablehnenden bis widerständischen Haltung des Klienten passen muss. Der alte Mann lehnt es ab, seine bisherige Lebensumwelt, einen eigenen (ehemaligen) Landwirtschaftsbetrieb in einem Dorf, mit einem Platz in einem Pflegeheim zu tauschen. Zwei gedankenexperimentelle Kontexte, die sich gegenseitig nicht notwendigerweise ausschließen, sind zu seiner Haltung konstruierbar: Zum einen ist möglich, dass der Klient die bisherige Wohnsituation insgesamt bedürfnisadäquat empfindet, so dass er einen Wechsel in eine, wie auch immer geartete, andere Umgebung nicht angebracht empfindet. Zum anderen ist aber auch denkbar, dass die Ablehnung des Mannes speziell mit der neuen Wohnumwelt Pflegeheim zu tun hat, die er als besonders wenig geeignet betrachtet, seinen Lebensbedürfnissen entgegenzukommen. Diese beiden Kontexte könnten auch kombiniert formuliert werden.

In der Logik der objektiven Hermeneutik ist dieser, für die Handlung des Mannes als adäquat anzusehende Kontext nun mit dem tatsächlichen Handlungskontext zu vergleichen, um so die Eigentümlichkeit der Situation verstehbar zu machen. Leider enthält der Text kaum Angaben darüber, vor welchem Hintergrund die Unfreiwilligkeit des Umzugs in das Seniorenheim hier zu sehen ist. Unter Berufung auf die Tochter heißt es lediglich, dass „er zu Hause auf seinem Bauernhof nach dem Tode seiner Frau vor sechs Monaten zu verwaarloosen“ drohte. Wie man sich diese Verwaarloosung vorstellen muss, bleibt offen. Denkbar ist ein Spektrum möglicher Erscheinungsformen vom Verlust der Tagesstruktur (welche die Tochter von ihrem Vater gewöhnt war) bis hin zum Verlust zentraler Selbstversorgungs- und Selbstpflegefähigkeiten. Der Grad der behaupteten Verwaarloosung ist jedoch vor allem relevant für die Beurteilung der Unfreiwilligkeit, mit der der Klient in das Seniorenheim wechselt. Den tatsächlichen Hintergrund nicht zu kennen, zeigt hier einmal mehr die Bedeutung eines in der Dokumentation festgehaltenen Pflegeassessments, ohne welches das pflegerische Fallverstehen nicht möglich ist.

Die zweite berichtete Lebensäußerung des Klienten, die aus dem Text extrahiert werden kann, ist die der zunehmenden „Apathie“, mit der er auf „Sinn- und Beschäftigungsangebote“ des Heimes reagiert. Auch hier enthält der Text keine konkretere Beschreibung, in welcher Weise das apathische Verhalten auftritt, so dass der gedankenexperimentelle Kontext abermals zu einer allgemeinen Erscheinungsform dieses Verhaltens gesucht werden muss. Laut Duden lässt sich das Fremdwort apathisch mit „teilnahmslos, gleichgültig gegenüber den Menschen u. der Umwelt“ (Duden 2005, S 79) erläutern. Allgemein formuliert könnte das Verhalten des Mannes so umschrieben werden: Der Klient verhält sich teilnahmslos gegenüber den Angeboten der Einrichtung und gegenüber den anderen Heimbewohner/innen, beides lässt er an sich vorbeiziehen. Weder die Pflegerinnen, noch die Mitbewohner/innen können ihn dazu bewegen, seine Passivität zu überwinden und zu einer aktiveren Mitgestaltung seiner neuen Lebenssituation zu finden.

Bereits bei oberflächlicher Betrachtungsweise kann man gedankenexperimentell zwei mit der Äußerung des Klienten kompatible Kontexte formulieren. Die apathische Lebensäußerung des Mannes kann zum einen als Ausdruck der Trauer um die verstorbene Ehefrau verstanden werden. Dieser Kontext wird auch von den Pflegerinnen konstruiert. Um diesen Kontext ausschließen zu können, müsste sequenziell vorgegangen werden. Wie von Oevermann gefordert müssten die Handlungsschritte des Mannes in ihrer strukturzeugenden Chronologie erfasst werden (Wernet 2006, S. 16). Hierfür wären zusätzliche Informationen nötig, ob die apathische Verhaltensreaktion bereits nach dem Tod der Ehefrau, aber noch vor dem Eintritt in das Pflegeheim auftrat. Die Konstruktion einer Kontextalternative liegt auf der Hand, auch wenn sie von den Pflegerinnen nicht in Betracht gezogen wird: Der Klient lehnt seine neue Wohnumwelt ab, weil sie ihm nicht die Bedürfnisbefriedigung bietet, die er von seiner bisherigen Umwelt gewohnt ist. Seine Ablehnung geht so weit, dass er sich nicht konstruktiv und noch nicht einmal mehr aggressiv mit der neuen Umwelt auseinandersetzen will bzw. kann. Hier werden Handlungsalternativen erkennbar, für die sich der Mann bei dem konstruierten Kontext ebenfalls hätte entscheiden können. Er hätte sich wie auch immer mit seiner neuen Umwelt auseinandersetzen können (ein Verhalten, das die Pflegerinnen von ihm wohl auch erwarten). Dem verweigert er sich – er resigniert.

Bei genauerer Betrachtung des Fallschilderung erkennt man, dass die Pflegerinnen in diesem Beispiel noch einen dritten Kontext in ihre Interpretation miteinbeziehen: Im Text wird der Klient als „einfacher Mann“ beschrieben, der „viel gearbeitet“ hat und „keine intellektuellen Ansprüche“ habe und dem man daher „erwartungslos“ begegnet. Ist dieser gedankenexperimentelle Kontext, den die Pflegerinnen konstruieren, tatsächlich kompatibel mit der Lebensäußerung des Klienten? Sicherlich ist denkbar, dass auch ein „einfacher Mann“, der in seinem Leben „viel gearbeitet“ hat, sich nicht (mehr) anders als durch Apathie auf die neue Lebenssituation zu äußern vermag. Die im Text implizit vorgenommene Unterstellung, die Apathie deute besonders auf einen ‚einfachen‘ Mann, ohne ‚intellektuelle Ansprüche‘ hin, überzeugt jedoch nicht. Ihr liegt vermutlich eher ein Vorurteil zugrunde, wonach ‚einfache‘ Klientinnen eher zu Apathie gegenüber den Angeboten des Heimes neigen als ‚intellektuelle‘.

Damit weist das obige Beispiel nebenbei auf eine weitere pflegerische Einsatzmöglichkeit der objektiven Hermeneutik hin – und zwar im Rahmen der professionellen Selbstevaluation (z.B. in der Triade Pflegerin-Managerin-Supervisorin): Der von den Pflegerinnen als naheliegend geäußerte Zusammenhang zwischen der ‚Einfachheit‘ eines Klienten und seiner Neigung zu apathischem Verhalten wird als Kontexthypothese die diesbezügliche Vorurteilsbeladenheit zugeordnet. Dieser mögliche Kontext wird übrigens auch von den nächsten beiden geäußerten Sequenzen gestützt. In der ersten davon heißt es, dass die „Sinn- und Beschäftigungsangebote“ der Einrichtung ihn nicht erreichen können, da sie ihn überfordern müssen. Auch diese Sequenz lässt zwei gedankenexperimentelle Kontexte zu, entweder handelt es sich bei dem betreffenden Pflegeheim um eine Spezialeinrichtung z.B. für pflegebedürftige Künstlerinnen und Akademikerinnen (worauf in dem Text nirgends hingedeutet wird) oder die Aussage weist auf eine Vorurteilsbehaftheit der Pflegerinnen hin. In der nächsten Sequenz wird die vermeintlich einfache frühere berufliche Tätigkeit bzw. Stellung als biografisches *Defizit* bezeichnet – eine Wendung, für die gedankenexperimentell kein anderer Kontext als eine elitärherablassende, vorurteilsbeladene Haltung der Pflegerinnen denkbar ist.

Lässt man das fragwürdige Konstruieren dieses Kontextes durch die Mitarbeiterinnen des Heimes beiseite und wendet sich wieder den oben konstruierten Kontexten zu, so bleiben zwei ernstzunehmende Hintergründe, die Apathie als Ausdruck der Trauer um die verstorbene Ehefrau und die Apathie als Ausdruck der Teilnahmslosigkeit bzw. -verweigerung gegenüber der abgelehnten neuen Wohnumwelt. Unterstellt man die Gültigkeit des zweiten, so wird

durch einen Vergleich dieses konstruierten Hintergrunds mit dem, wie er auch dem Selbstverständnis der Pflegerinnen entspricht – ganz im Oevermannschen Sinne – die Eigentümlichkeit der Situation deutlich. Die Pflegerinnen gehen selbstverständlich davon aus, dass sich ein Klient, auch wenn „eher unfreiwillig“ in das Heim kam, letztlich doch mit seiner neuen Situation arrangieren können wird. Eine apathische Reaktion ist bei ihnen nicht vorgesehen, sie *muss* in einem anderen Kontext (hier dem Tod der Ehefrau und der ‚Einfachheit‘ des Mannes) gesehen werden. Zu fragen wäre dann, ob den Pflegerinnen die Zwänge, denen sich jede neue Heimbewohnerin ausgesetzt sieht, angemessen bewusst sind.

An dieser Stelle wird nun die Bedeutung des oben eingeführten triadischen Diskurses deutlich, in diesem Fall auf der Diskursebene zwischen Managerin, Pflegerin und Angehörigen. Die Pflegerin und die Managerin haben das apathische Verhalten des Klienten erkannt und in ihre Pflegedokumentation aufgenommen. Ein Diskurs darüber im Dreieck Pflegerin-Managerin-Klient konnte nicht erfolgreich geführt werden, wegen der bestehenden Vorurteile bei der Pflegerin und der Managerin und/oder weil diese nicht in der Lage waren, sich auf die Sprache des Klienten einzulassen. Gemeinsam mit der Tochter des Klienten unterziehen die Pflegerin und die Managerin ihre Deutungen nun einer Evaluation und letztlich erfolgreichen Revision. Die Diskursebene Pflegerin-Managerin-Angehörige wirkt hier als Korrektiv.

Ist ein solches Verfahren der objektiven Hermeneutik in der Praxis des pflegerischen Fallverstehens und der pflegerischen Reflexion anwendbar? Durchaus vorstellbar ist dabei das Vorliegen von Textgrundlagen, wie der hier verwendeten Episode. In einer Pflegedokumentation würde der Bericht zwar nicht wie hier als fortlaufender Text enthalten sein, die relevanten Informationen müssten aber – verteilt auf die Dokumentationsteile Assessment, Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation – auffindbar sein. Schließlich zeigt das Beispiel auch, wie bereits auf sehr lückenhafter Grundlage mittels weniger, durch die Methode der objektiven Hermeneutik angeregter Überlegungen alternative Deutungen einer in eine Sackgasse geratenen Praxis gewonnen werden konnten (vgl. hierzu auch die diskursanalytische Untersuchung von Akutpflegedokumentationen durch Heartfield 1996). Die Pflegedokumentation hingegen wie hier einer langwierigen Textinterpretation zuzuführen ist im Pflegealltag zunächst nicht möglich. Hierzu dürften den Pflegerinnen die Zeit und die methodischen Kenntnisse fehlen. Auch wenn das Verfahren daher nicht im Alltag zum Einsatz kommen kann, ist dennoch denkbar, dass exemplarische Einzelfälle einer Einrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements einer solchen Analyse unterzogen werden können. Konkret könnte dies unter Anleitung einer Supervisorin oder einer Qualitätsbeauftragten geschehen, die sich das Verfahren etwa in einer entsprechenden Fortbildung angeeignet hat.

Die Perspektive der bisherigen Überlegungen zum Verhältnis zwischen der Pflegedokumentation und der Professionalität der Pflege war bestimmt von der Frage, wie eine problematische Praxis der prozessual orientierten Dokumentation dem professionellen pflegerischen Handeln im Weg stehen kann. Im Mittelpunkt standen zwei Stolpersteine einer falsch verstandenen Professionalität: Zum einen wurde aufgezeigt, dass die Übertragung pflegerischen Fachwissens insbesondere zum Pflegeprozess auf den Einzelfall einer Klientin eine tiefes *Verstehen des individuellen Falles* voraussetzt, ohne dass diese Übertragung einer technizistischen Entmündigung der Klientin gleichkommt. Zum anderen ist von der professionell Handelnden anzuerkennen, dass dieses Verstehen nur diskursiv mit der Klientin und mit möglichst mindestens einer weiteren dritten Beteiligten zusammen erfolgen kann. Die in der Pflegedokumentation festgehaltenen Feststellungen erhalten so den Charakter von Aushandlungsergebnissen.



Bei anderen der oben wiedergegebenen Aspekte professionellen Handelns nach Oevermann stellen sich Pflegeprozess und -dokumentation nicht als mögliche Hindernisse dar, sondern können (zusammen mit weiteren Aspekten pflegerischer Professionalität) als wichtige Stützen der Professionalität der Pflege dienen. Es handelt sich um die *Dialektik aus Begründungs- und Entscheidungszwängen* und um die Forderung nach einer *hinreichenden analytischen Distanz der professionellen Expertin* trotz der *subjektiven Betroffenheit der Klientin*. Diese Aspekte stehen in einem engen Zusammenhang. So versagt die subjektive Betroffenheit der Klientin der professionellen Pflegerin anstehende Entscheidungen aufzuschieben oder ganz zu verweigern, wenn sie diese unter einem momentanen Zeitdruck nicht hinreichend begründen kann. Andererseits verlangt die geforderte analytische Distanz von der Pflegerin, sich trotz allem empathischen hermeneutischen Fallverstehens der alltäglichen Handlungsbezüge der Klientin (s.o.) die Fähigkeit zu erhalten, die zutage tretenden *Notwendigkeiten* unverzerrt mittels ihres fachlichen Wissens zu hinterfragen. Der Spagat, den all diese Forderungen von der Pflegerin verlangen, ist enorm: Sie kulminieren in der Frage, wie es ihr gelingen kann, eine professionelle Balance zu wahren zwischen der eigenen fachlichen Nüchternheit und der subjektiven Betroffenheit der Klientin, für die sie stellvertretende Verantwortlichkeit übernommen hat.

Im Folgenden soll nachvollzogen werden, wie die Pflegerin in diesen oft einander widerstrebenden Forderungen durch die Dokumentation unterstützt werden kann. Im Zentrum steht dabei die Regel, wonach die professionelle Pflegerin ihre Verpflichtung zur Begründung von unabweisbaren Entscheidungen reflexiv nachholen kann, wenn diese zum Zeitpunkt der Entscheidung noch nicht endgültig beurteilbar waren. Kurz: In der Gelegenheit zur Reflexivität der Handlungspraxis liegt die zentrale Bedeutung der Dokumentation für die Professionalität der Pflege. Ausgangspunkt ist wiederum die Voraussetzung allen professionellen Handelns – das Vorhandensein abstrakten, wissenschaftlich begründeten Pflegewissens, das auf die konkrete Situation einer Klientin angewandt werden kann (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie 2003, S. 215f.; Bartholomeyczik 2005, S. 21f.; Bienstein 1990, S. 12f.; Payer-Allmer 1997, S. 22ff). Intuitives Handeln aufgrund „zunehmender Erfahrung“ (vgl. die Kritik Johns am Pflegeprozess Abschnitt 3.1.2) genügt den Kriterien pflegerischer Professionalität somit nicht. Vereinfacht oder überhaupt erst ermöglicht wird die Übertragung pflegewissenschaftlichen Wissens auf die Pflegebedürftigkeit einer Klientin durch die Formulierung dieses Wissens in Handlungstheorien. Als Handlungstheorie wird eine Theorie bezeichnet, deren Erkenntnisobjekt zugleich auch Handlungsobjekt ist. Zu diesem Erkenntnis- und Handlungsobjekt wird ein forschungsgestütztes Verfahren zu entwickelt, das pflegerische Probleme erkennbar und auf bestimmte Pflegeziele hin behandelbar macht. Hierfür bedarf es neben des pflegerischen Beschreibungs- und Erklärungswissens (zur Beantwortung, welche Probleme vorliegen und wie diese erklärt werden müssen) auch die Entwicklung von Veränderungswissen, das den Kriterien der Wirksamkeit und der Effizienz genügen muss (zu den Kennzeichen einer Handlungswissenschaft, vgl. z.B. Staub-Bernasconi 2007, S. 168).

Für das Zentrum der folgenden Darstellung zur Rolle der Dokumentation für die reflexive Professionalität der Pflege wird somit zunächst eine allgemeine Formulierung des Erkenntnis- und Handlungsobjekts benötigt, auf das sich die professionelle Selbstreflexion beziehen kann. Auf Grundlage dieses allgemein formulierten Gegenstands bestimmt die Professionspraxis die individuelle Ausprägung des pflegerisch definierten Handlungsobjekts. Diesen Gegenstand in relativer Autonomie festzulegen (relativ, da der jeweilige Arbeitsauftrag immer auch Ergebnis eines Aushandlungsprozesses ist (s.o.); autonom, da die Fachlichkeit der Pflegerin eine spezifische, durch keine andere Diskurspartnerin vertretene Perspektive in diesen Prozess einbringt), ist Voraussetzung für die *pflegerische* Professionalität, die in der Selbstreflexivität zum Ausdruck kommt. In diesem Sinne wurde das Handlungsobjekt der Pflege in Abschnitt 2.1 als *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* definiert.

Während Handlungstheorien der Pflege nun nach allgemeinen Aussagen über diesen Gegenstand streben, entwickelt die Pflegepraxis daraus das Professionswissen zur Anwendung auf individuelle Pflegefälle. Sowohl das wissenschaftliche Pflegewissen als auch das Professionswissen dürfen sich jedoch nicht auf Erkenntnisse über ihren Gegenstand beschränken: So ist für die Gewinnung wissenschaftlichen Wissens zusätzlich zu den direkten Aussagen über das Erkenntnis- und Handlungsobjekt auch die methodische Reflexion des Erkenntniswegs erforderlich, um sich vom Alltagswissen zu unterscheiden (Engelke 2003, S. 182-187).<sup>20</sup> Die Aufgabe der Reflexion des Erkenntniswegs als wissenschaftstheoretischer Mindestanforderung an wissenschaftliches Wissen besteht darin, sicherzustellen, dass die Erkenntnismethoden richtig auf das Erkenntnis- und Handlungsobjekt angewandt werden. Eine solche notwendige Reflexionsebene ist jedoch auch für das praktische Professionswissen erforderlich. Dabei zielt die professionelle Praxis anstelle der Hinterfragung der wissenschaftlichen Erkenntnismethoden darauf, die Wahl und den Weg der Übertragung der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf den konkreten Fall zu beurteilen. Die professionelle Reflexion kann eine begleitende (Selbst-)Evaluation sein. Sie kann aber auch relevant werden, wenn ...

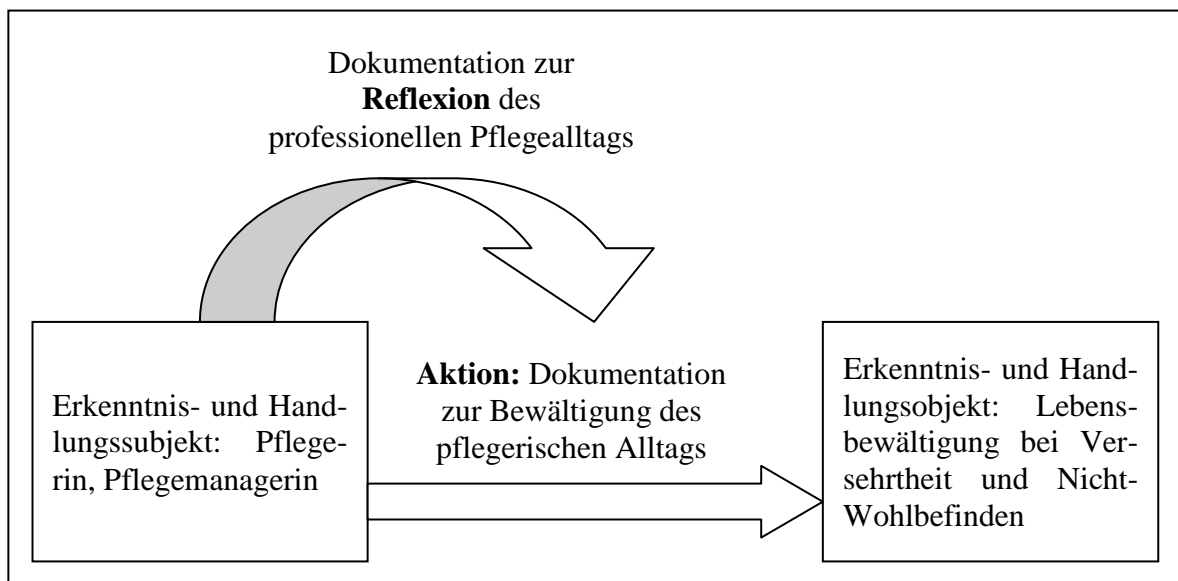
„[...] aus einer ins Stocken geratenen beruflichen Handlungsroutine ein reflexiv bearbeitbares Bildungs- und Selbstbildungsproblem geworden [ist]. Es ist ‚gelöst‘, wenn der Praktiker die entstandenen Irritationen für sich gelöst hat und zu Deutungsmustern seines [...] Handelns zurückgekehrt ist, die hingegen flexibler sind als frühere, die die Handlungsprobleme plastischer verarbeiten, als es vorher möglich war“ (Dewe/Otto 1996, S. 116).

Die Pflegedokumentation dient der professionellen Pflegepraxis damit auf zweierlei Weise. Sie unterstützt die Pflegeakteure bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Aufgaben und sie bildet eine Grundlage für die (Selbst-)Reflexion dieser Praxis im Lichte wissenschaftlicher Pflegewissens. Die folgende Grafik gibt diese doppelte Bedeutung der Pflegedokumentation wieder:

---

<sup>20</sup> Je nach wissenschaftstheoretischem Standpunkt können die Kriterien für wissenschaftliches Wissen auch enger gefasst sein, insbesondere durch qualifizierende Einschränkungen der zulässigen Erkenntniswege. Als zusätzliches Kriterium für Wissenschaft könnte von der wissenschaftlich tätigen Forscherin außerdem noch die Reflexion ihrer lebensweltlichen Kontexts verlangt werden (vgl. z.B. Engelke 2003, S. 185).

**Abbildung 11: Pflegedokumentation und pflegerische Professionalität**



Quelle: Eigene Darstellung nach Engelke 2003, S. 185.

Die Aufgaben der Dokumentation zur Bewältigung des pflegerischen Alltags wurden in Abschnitt 3.1.1 anhand einschlägiger Veröffentlichungen dargestellt. Überblicksartig zusammengefasst geht es um die Schaffung eines reibungslosen Verfahrensablaufs mit dem Ziel einer effektiven und effizienten Pflege. Die Pflegedokumentation dient in diesem Sinn beispielsweise der Gewährleistung einer umfassenden Pflegebedarfsermittlung, der Sicherstellung einer dementsprechend bedarfsgerechten Versorgung, als logistisches Hilfsmittel beim Fachkräfteeinsatz und zur Dienstplanung, zur rechtlichen Absicherung oder als Medium bzw. Grundlage für die interne und externe Kooperation. Diese Liste kann mit Blick auf die Ausführungen dieses Abschnitts noch ergänzt werden um die Aufgaben der Dokumentation zur Unterstützung des Diskurshandelns zwischen Pflegerin, Klientin, Angehörigen, Managerin usw.

Im Sinne der Darstellung professionellen Handelns nach Oevermann wird auf dieser Handlungsebene (der Aktion) allgemeines, abstraktes wissenschaftliches Wissen auf den pflegerischen Einzelfall angewandt. Wie oben dargestellt, darf dies nicht einfach subsumtionslogisch erfolgen, sondern setzt ein profundes hermeneutisches Fallverstehen der Lebensgeschichte der Klientin voraus. Die Notwendigkeit, über dieser praktischen Handlungsebene eine zweite Reflexionsebene zu beachten, entsteht nach Oevermann aus der Situation des professionellen Handlungsalltags. Dieser ist geprägt von unmittelbaren Notwendigkeiten der Entscheidung für bestimmte Handlungsalternativen – auch dann, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung noch nicht beurteilt werden kann, ob diese Entscheidung dem wissenschaftlichen State of the Art entspricht. Um auch in einer solchen Situation professionell zu handeln (und sich nicht endgültig auf die eigene Intuition verlassen zu müssen, vgl. den Vorschlag von Johns, s.o.), ist es nötig, die Wirksamkeit durch ein Nachholen der Begründung in nachträglicher (Selbst-)Reflexion zu beurteilen (vgl. z.B. Sommerfeld 2005, S. 17ff). Jenseits der Reflexion der Wirksamkeit ist aber auch die Angemessenheit des professionellen Eingriffs zu hinterfragen. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf die Kontrolle der Beziehung zur Klientin und ihren Angehörigen, aber auch zu anderen helfenden Professionen. Zu reflektieren ist vor allem die Angemessenheit der Allokation von Selbstpflege und professioneller sowie informeller Pflege, ergänzt um die Dienstleistung anderer Berufsgruppen (Olk 1986, S. 211-217).

Auch wenn es in der Pflegepraxis schwer fallen kann, diese Aufgabe der Dokumentation als Reflexionsinstrument von den Aufgaben bei der Unterstützung des alltäglichen, direkten Pflegehandelns zu differenzieren, so ist die getrennte Betrachtung an dieser Stelle aus analytischen Gründen sinnvoll. Zwar werten beide Funktionen der Pflegedokumentation dieselben Informationen aus, deren Betrachtung erfolgt aber unter einer jeweils anderen Perspektive. Während die Verwendung der Pflegedokumentation als Instrument der Bewältigung alltäglicher Pflegeaufgaben aus einer Position des Engagements erfolgt, erfordert die Reflexion dieses Pflegealltags eine Distanzierung hiervon. Neben der bloßen Bereitstellung von Informationen unterstützt die Dokumentation die Reflexion in der Pflege auch dadurch, dass sie diese Distanzierung ermöglicht – denn selbst wenn die Reflexion als fortlaufende (Selbst-)Evaluation stattfindet, benötigt sie einen gewissen zeitlichen und evtl. auch personalen Abstand, der ohne schriftliche Aufzeichnungen nicht leistbar wäre.

Die nachträgliche Gelegenheit zur Reflexion und Begründung von Entscheidungen erfüllt somit nicht einen professionstheoretischen Selbstzweck, sondern dient vor allem dazu, notwendige Anpassungen der vorläufigen Entscheidungen zu erkennen.

„In der Reflexivität, darin, zu wissen, was man tut, läge jedoch die Chance einer Professionalität, die sich den Gegebenheiten der Berufstätigkeit in den jeweiligen Feldern stellt, ohne sich in bloßer Anpassung zu erschöpfen“ (Dewe 2000, S. 293f).

In den professionellen Handlungsablauf sind daher, abseits von den alltäglichen Dringlichkeiten der direkten Pflege, gleichsam Inseln der Reflexion einzubauen. Solche Inseln der Reflexion – im Sinne des zu Beginn der Untersuchung eingeführten pflegerischen Diskursmodells (vgl. unter 2.4) ließen sie sich als institutionalisierter Diskurs interpretieren, können beispielsweise Fallbesprechungen in Teamsitzungen darstellen. Zentrales Instrument zur Unterstützung dieser professionellen Reflexivität ist dabei die prozessual orientierte Pflegedokumentation (vgl. hierzu z.B. Entzian/Klie 2003, S. 99-110: „Professionalität zeigt sich darin, wie der Pflegeprozess von der Problemdefinition über die Durchführung bis zur Bewertung der Ergebnisse transparent und begründbar und damit korrigierbar gemacht werden kann“). Erst durch sie wird die analytisch getrennte Betrachtung von Pflegehandlungen mit eher aktivem Charakter (insbesondere die Pflegeanamnese und die Pflegedurchführung) von Pflegeprozessschritten, die eher reflexiven Charakter haben (insbesondere die Pflegediagnose und die Pflegeevaluation), überhaupt möglich. Dahinter steht das grundsätzliche Verständnis von Pflege als einem prozesshaften Handeln, das sinnvoll mit Prozessschritten wie Anamnese, Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation beschrieben werden kann. Es ist dabei für den reflexiven Nutzen der Dokumentation nicht notwendig, diesen Prozess als Steuerungsinstrument zu betrachten. Vielmehr erlaubt die prozessuale Dokumentation die analytische Betrachtung der einzelnen Prozessschritte, auch wenn diese nicht als linearer Ablauf verstanden werden. Durch die analytisch getrennte Darstellung der einzelnen Prozessschritte in der Dokumentation wird der gesamte Pflegeprozess besser zugänglich. Unterstützt werden kann diese Reflexion auch durch ein die Praxis begleitendes Monitoring zu Beurteilung der Effektivität der Pflege im Speziellen und der Pflegequalität im Allgemeinen, das seinerseits wieder auf Informationen aus einer prozessual organisierten Pflegedokumentation zurückgreift (vgl. z.B. Heislbetz et al. 2007; Pieper et al. 2007c). Wie nahe sich bei einem solchen „Real-time Monitoring“ die Produktion von wissenschaftlichem Wissen und von professionellem Reflexionswissen kommen können, zeigen Sommerfeld et al. (2005) beispielhaft an einem Verfahren zur Evidenz-basierten Sozialen Arbeit.

Das Ziel dieses Abschnitts lag darin, den Beitrag einer prozessualen Pflegedokumentation zur Professionalität der Pflege zu untersuchen. Dazu wurden der Pflegeprozess und die daran orientierte Dokumentation als Verfahren bzw. Instrumente der professionellen (Selbst-

)Reflexivität der Pflege beschrieben. Zu warnen war jedoch vor einem ausschließlich subsumtionslogischen, quasi expertokratischen Vorgehen bei der Anwendung des Verfahrenswissens, das sich zu Recht dem Vorwurf einer technizistisch verkürzten Sicht von Professionalität ausgesetzt sieht. Um vor dem Hintergrund einer solchermaßen verkürzten Interpretation des Pflegeprozesses nicht gleich das gesamte Verfahren in Frage zu stellen, wurde eine alternative Nutzung des Potentials des Pflegeprozesses gefordert (Thiel 2001, S. 341f). Als zentrale Voraussetzungen wurden dabei das Fallverstehen der Pflegerin und die gemeinsame, diskursive Situationsdefinition zusammen mit der Klientin erkannt. Die auf der Basis einer so verstandenen Professionalität entwickelten Prinzipien für die Anwendung des Pflegeprozesses können in Kapitel 5 bei der Konstruktion eines Metamodells der Pflegeprozessdokumentation berücksichtigt werden.

## 4. Pflegedokumentation aus institutionenökonomischer Sicht

Eine ökonomische Betrachtung ihrer Profession stößt bei Theoretikerinnen und Praktikerinnen der Pflege zuweilen auf Misstrauen. Wie auch bei anderen sozialen Berufen, etwa der Sozialen Arbeit, spielt in der Professionsgeschichte der Pflege die gelebte Nächstenliebe und Humanität eine zentrale Rolle. Dieser Tradition fühlten sich auch die ersten Theoretikerinnen (beispielsweise Florence Nightingale) verpflichtet, welche die Systematisierung und schließlich die wissenschaftliche Reflexion der Pflege vorantrieben. Festzuhalten ist hier, dass die Humanität als Motivation für Pflege durch deren wissenschaftliche Reflexion nicht abgelöst, sondern um eine zusätzliche Perspektive ergänzt wird. Der Bezug auf das humanitäre Erbe der Pflege findet sich implizit oder explizit in vielen modernen pflegetheoretischen Arbeiten. Eine ökonomische Sicht auf den Gegenstand und das Handeln der Pflege weckt dort schnell die Befürchtung, die Pflege (die Pflegehandlungen oder auch die Pflegebedürftigkeit) auf eine monetäre Größe zu reduzieren.

Auch eine kritische Einordnung der in Abschnitt 3.1.2 zusammengefassten Diskussion um die Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation verrät dieses Erbe. Diskutiert wird die Frage, mit welcher idealtypischen Vorstellung der Pflegeprozesses gestaltet werden soll (Pflegeprozessmodell). Weiterhin stellt sich die Frage nach den Inhalten, mit denen dieser Prozess gefüllt werden soll (Pflegemodell), und schließlich nach der Kooperation mit anderen am Pflegeprozess beteiligten Akteuren (Klientinnen, Angehörigen etc). Kaum jemals wird jedoch die Motivation der beteiligten Akteure hinterfragt. Die kritischste Sicht auf die Rolle der Pflegerinnen findet sich in den interaktionstheoretischen Arbeiten zum Pflegeprozess. Hier wird die Rolle der Pflegerin ausdrücklich reflektiert. Im Mittelpunkt der Kritik steht aber vor allem ein möglicherweise paternalistisches Handeln der Pflegerin bei der Umsetzung des Pflegeprozesses. Der Charakter eines *Harmoniemo­dells*, den die beschriebenen Pflegeprozessmodelle aufweisen, wird hingegen nicht hinterfragt. Wichtigstes Kennzeichen dieser *Harmoniemo­del­le* ist die Vorstellung, die Motivation aller Pflegerinnen bei der Gestaltung des Pflegeprozesses sei konfliktfrei ausschließlich auf eine wie auch immer geartete gute Pflege oder das Wohl der Klientinnen gerichtet. Im Unterschied dazu lassen *Konfliktmodelle* des pflegerischen Handelns unterschiedliche individuelle Interessen der Akteure zu.

Eine Reihe von Argumenten sprechen für eine Erweiterung der Betrachtung der Pflegedokumentation um ökonomische Wirkungszusammenhänge mittels solcher *Konfliktmodelle*: Die Pflege ist für professionelle Pflegerinnen Erwerbsquelle. Dies zu reflektieren, ist ebenfalls Bestandteil pflegerischer Professionalität. Ebenso wenig wie für die Angehörigen klassischer Professionen (vgl. die Ausführungen zu Beginn von Abschnitt 3.2) kann für die handelnde Pflegerin eine rein altruistische Motivation unterstellt werden. Selbst wenn dem so wäre, sieht sich die Pflege als Empfängerin großer, etwa durch die Sozialversicherung umverteilter Summen dazu genötigt, eine ökonomische Verwendung der ihr anvertrauten Mittel nachzuweisen.

Da die Pflege somit politisch auch aus ökonomischer Perspektive beurteilt wird, kommt sie selbst nicht umhin, ebenfalls die ökonomischen Wirkungen ihrer institutionell-rechtlichen Grundlagen zu thematisieren. Wie in diesem Kapitel gezeigt wird, beeinflusst die institutionell-rechtliche Situation, in der Pflegerinnen arbeiten und in der sie sich mittels der Pflegedokumentation mehr oder weniger transparent verhalten können, durchaus die Ergebnisse ebendieser Transparenz. Deshalb ist zu erwarten, dass die Pflegerinnen die ökonomischen Wir-

kungen ihres Transparenzhandelns bei ihren Entscheidungen hinsichtlich ihrer Dokumentationspraxis mit einfließen lassen. Auch dies ist ein Teil der professionellen (Selbst-)Reflexion, wie er in Abschnitt 3.2 diskutiert wurde.

Auch die Pflegerin-Klientin-Beziehung rechtfertigt eine ökonomische Betrachtungsweise. Diese Beziehung ist unter anderem von einer wirtschaftlichen Asymmetrie geprägt. Während die Pflegerin die Pflegebeziehung *vergleichsweise* folgenlos beenden kann (z.B. durch einen Arbeitsplatzwechsel), ist dies der Klientin nicht nur im stationären Bereich kaum mehr möglich, sobald sie sich für eine Pflegeeinrichtung entschieden hat. Die Opportunitätskosten für die Anpassung an eine neue Pflegeeinrichtung wären in den allermeisten Fällen zu hoch. Die Klientin befindet sich daher gegenüber der Pflegerin und ihrer Pflegemanagerin in einem Abhängigkeitsverhältnis (vgl. Jochimson 2003, S. 85-99; 2005). In diesem muss sie geschützt werden, vor allem durch institutionell-rechtliche Regelungen, mit denen die Pflegeeinrichtungen signalisieren können, dass sie das Abhängigkeitsverhältnis nicht zu Schaden ihrer Klientinnen ausnutzen.

Die Möglichkeit, die Profession entweder aus der Perspektive ihrer humanitären Tradition oder aus einer ökonomischen Perspektive zu sehen, besteht im Übrigen auch für eine andere Nachbardisziplin der Pflege, die Medizin. In der Medizinökonomie wird die Sichtweise, wonach die ärztliche Tätigkeit ausschließlich am Wohl der Patientin orientiert ist, als *Sachwaltermodell* bezeichnet. Dem entgegen steht das *Unternehmermodell*, das die eigene Einkommensmaximierung der Ärztin, evtl. verbunden mit Streben nach Freizeit und nicht-monetären Entgeltformen<sup>21</sup> wie z.B. Prestige, als alleinige Motivation in den Mittelpunkt stellt. Eine umfassende Erklärung des Verhaltens der Ärztin kann keines der beiden Modelle zufrieden stellend leisten. Vielmehr müssen beide Motive gemeinsam in den Erklärungsansatz aufgenommen werden (Zweifel 1982, 12-60 sowie 359-365).

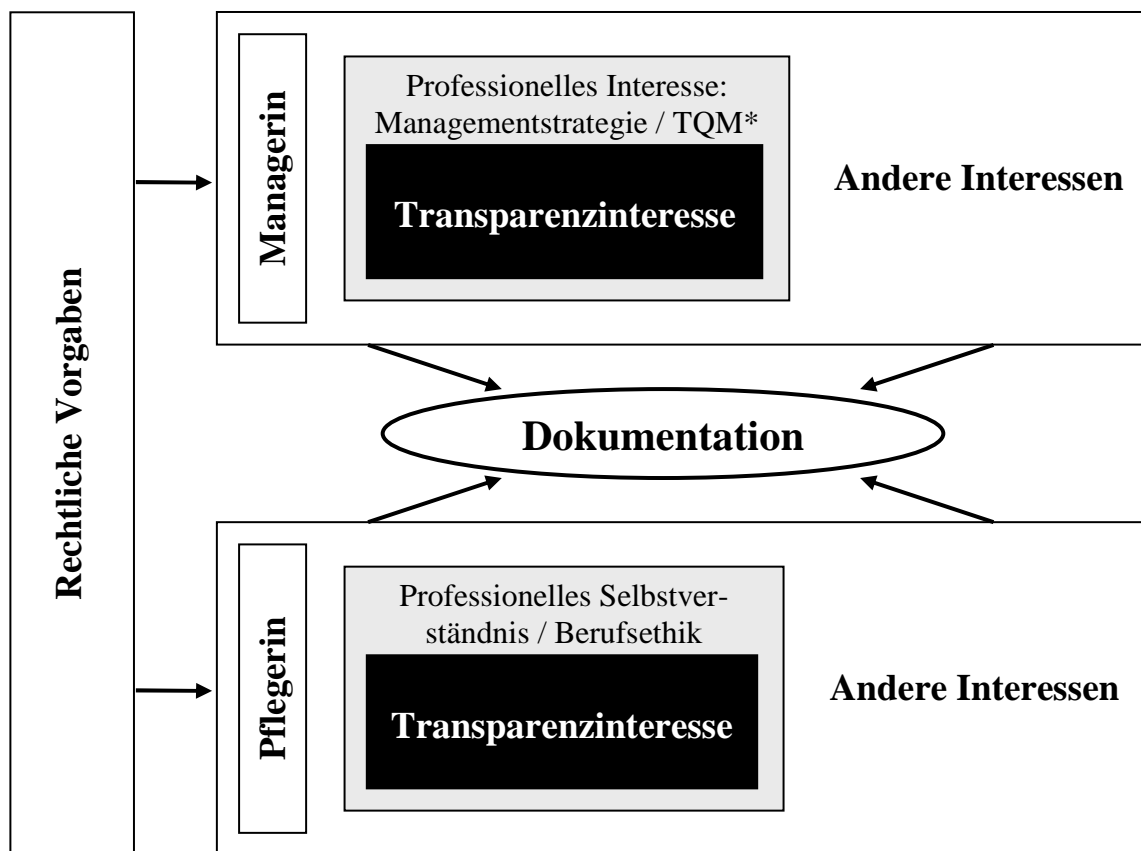
Eine Berücksichtigung dieser beiden Perspektiven liegt auch bei pflegeökonomischen Fragestellungen nahe. Neben den professionellen Perspektiven berühren auch persönliche bzw. private, sich nicht aus einer professionellen Haltung ergebende Interessen von Pflegemanagerinnen und Pflegerinnen die Pflege-transparenz und -dokumentation. Ein solches Interesse kann der Wunsch nach einem angenehmen Arbeitsplatz, nach Annerkennung, Prestige bzw. Reputation ebenso sein wie der mögliche Zugang zu informellen Beziehungen oder die Verbesserung des Einkommens. Ebenfalls in diese Betrachtung mit aufzunehmen ist das persönliche Interesse der Pflegerin und ihrer Managerin, unter dem gegebenen bestehenden institutionell-rechtlichen Pflegesystem ökonomisch bestehen zu können.

Die modellhafte Beschreibung der ökonomischen Bedingtheiten des Pflegedokumentationshandelns muss die beteiligten Akteure bzw. deren Einfluss möglichst vollständig abbilden. Beeinflusst wird der Inhalt der Pflegedokumentation mindestens von vier Akteursgruppen des Pflegewesens: Klientinnen/Angehörige, Pflegerinnen, Managerinnen sowie Controller/Träger (vgl. Abbildung 1, S. 7). Im Unterschied zu Klientinnen (als Pflege-Co-Produzenten) und Controller/Trägern, die nur indirekt Einfluss auf die Pflegedokumentation nehmen können, haben die Pflegerinnen und Managerinnen einen unmittelbaren Einfluss auf die konkrete Gestaltung der Dokumentation. Sie werden im Folgenden als Handelnde bei der Produktion von Transparenz durch Pflegedokumentation betrachtet. Beide Akteure sind dabei sowohl von ihrem jeweiligen professionellen Streben beeinflusst als auch von persönlichen Interessen:

---

<sup>21</sup> Unter Verweis auf verschiedene empirische Studien stellt Ryan (1994, S. 212) mit Blick auf die Präferenzstruktur von Ärztinnen fest, dass bereits das bloße Macht-Erleben aufgrund des Informationsvorsprungs gegenüber den Patientinnen als Nutzen stiftend erlebt wird – ein Befund der evtl. auch auf die Beziehung von der Pflegerin zu ‚ihren‘ Pflegebedürftigen übertragbar sein könnte.

**Abbildung 12: Pflegedokumentation aus der Perspektive von Managerin und Pflegerin**



\*) TQM: Total Quality Management

Die persönlichen Motive von Pflegerinnen und Managerin als privat zu bezeichnen, ist insofern angebracht, als professionelle Altenpflege stets in Pflegeorganisationen erbracht wird, deren Organisationsziele durch die professionell-ethischen Zielsetzungen (mit-)bestimmt werden (bei Non Profit-Organisationen sind diese mit den Organisationszielen sogar identisch). Dies bedeutet nicht, dass die professionell-ethischen Motive nicht ebenso wie die privaten auch Teil der individuellen Motivbündel von Pflegerinnen und Managerin sein können, sie sind lediglich zugleich formale Organisationsziele. Simon differenziert rationales Handeln von Individuen in Organisationen in „organisatorisch‘ rational“, wenn die Handlung bezüglich des Organisationsziels rational ist und in „persönlich“ rational, wenn die individuellen Ziele im Vordergrund stehen (1981, S. 112). Die privaten Interessen der Pflegerin können auch von anderen Akteuren geteilt werden. Wenn beispielsweise Pflegerin und Klientin ähnliche Vorlieben oder Neigungen (etwa ein gemeinsames Hobby) haben, so kann dies – durchaus im Sinne professioneller Pflege – die Pflegerin-Klientin-Beziehung verbessern. Etwas anders gelagert ist der Fall, in dem Pflegerin und Klientin aufgrund gemeinsamer privater Interessen beschließen, von vorgegebenen Pflegeleistungen abzusehen. Dieser Fall wird in Abschnitt 4.2.4 mit Blick auf die Pflegedokumentation untersucht.

Betrachtet man die Pflegedokumentation als Instrument der Informationsübermittlung zwischen einem oder mehreren Informationsbesitzer(n) und einem oder mehreren Informationsinteressierten, so ist die Frage nach dem Interesse der Managerin und der Pflegerinnen an der Dokumentation gleichbedeutend mit der Frage nach den Vor- und Nachteilen der bestehenden Informationsasymmetrien. Die Bedeutung eines Informationsvorsprungs für einen Akteur wird im Folgenden mit verschiedenen Prinzipal-Agent-Modellen untersucht, die verschiedene



Bedingungen des Transparenzverhaltens analysieren. Im diesem Zusammenhang ist wiederum die Gegenüberstellung von professionellen und privaten Interessen der an der Pflegedokumentation Beteiligten hilfreich.

## 4.1 Zur Analyse des rationalen Transparenzverhaltens

### 4.1.1 Informationsökonomischer Hintergrund

Die Betrachtung von Information als ökonomische Größe hat eine lange Tradition. Die Frage, wie unvollkommene Information ökonomisches Handeln beeinflusst, taucht bereits Ende des 18. Jahrhunderts auf – ein Beispiel: In seinen „Grundsätzen der Volkswirtschaftslehre“, mit denen Carl Menger den Grundstein für die Österreichische Schule der Volkswirtschaftslehre legt, setzt er sich mit dem Gleichgewichtsdenken der (Neo-)Klassik auseinander. Ein Walrasianisches<sup>22</sup> Marktgleichgewicht kann seiner Analyse zufolge dann nicht zustande kommen, wenn Marktunvollkommenheiten die Tauschfunktion des Marktes einschränken oder ganz zunichte machen. Menger stellt eine lange Liste von Transaktionskosten (er selbst spricht von „ökonomischen Opfer[n], welche die Tauschoperationen verlangen und die einen Theil des ökonomischen Nutzens absorbieren, welcher auf der Ausbeutung der vorhandenen Tauschgelegenheiten resultiert“) zusammen, welche die Tauschfunktion des Marktes im äußersten Fall gänzlich zunichte machen können. Zu diesen „ökonomischen Opfer[n] einer Tauschoperation“ zählt er unter anderem „Frachtkosten, [...] Mauthgebühren, Havarien, Kosten der Correspondenz, Assecuranzen, Provisionen und Commissionsgebühren, Courtagen, [...] Lagergelder“ (Menger 1968, S. 170, vgl. hierzu auch Erlei et al. 1999, S. 32). Menger betrachtet derartige Phänomene explizit als Behinderungen im Tauschhandel. An anderer Stelle, an der er Bedingungen der Absatzfähigkeit von Waren analysiert, geht er darüber hinaus bereits auf Probleme informationsökonomischer Restriktionen ein. Er erläutert, dass die Absetzbarkeit eines Gutes dort ihre Begrenzung erfährt, wo diese nicht bekannt sind:

„Waaren, welche wenig gekannt sind (,unbekannte Artikel‘), haben schon aus diesem Grunde einen sehr engen Kreis von Abnehmern. Die Producenten pflegen daher ihre Waaren nicht selten mit grossen ökonomischen Opfern ‚bekannt‘ zu machen, um den Kreis von Personen, auf welche sich die Absatzfähigkeit derselben erstreckt, zu erweitern. Hierin liegt auch die volkswirtschaftliche Bedeutung der öffentlichen Ankündigungen, Inserate, Reclamen etc.“ (Menger 1968, S. 234).

Mehr als hundert Jahre nach Menger betont Joseph Stiglitz die Bedeutung der Information als „central part of the Foundations of Economic Analysis“. Er kritisiert die traditionelle Gleichgewichtsanalyse, die ihm zufolge nur scheinbar Allgemeingültigkeit für sich in Anspruch nehmen kann. Die Berücksichtigung informationsökonomischer<sup>23</sup> Erkenntnisse kann hingegen gültigere Ergebnisse ermöglichen, freilich mit dem Nachteil, dass anstelle allgemeiner Aussagen zunächst häufig eine Unzahl von Spezialfällen zu berücksichtigen ist (Stiglitz 1985, S. 21f.; vgl. hierzu auch Richter/Furubotn 2003, S. 299). In einem vielfach als grundlegend für die Gesundheitsökonomie bezeichneten Artikel (z.B. Breyer et al. 2005, S. 204; Dionne/Contandriopoulos 1985, S. 21) macht Kenneth Arrow unter anderem Informationslücken und -asymmetrien als Charakteristikum bei der Bereitstellung und Beurteilung gesundheitsbe-

<sup>22</sup> In einer Tauschwirtschaft mit vielen Wirtschaftssubjekten stellt sich unter vollkommenen Marktbedingungen in einem Walras-Gleichgewicht ein einheitlicher (Vektor von) Güterpreis(en) ein, bei dem der Nachfrageüberschuss für alle Güter identisch Null ist (vgl. z.B. Varian 1994, S. 318-321).

<sup>23</sup> Stiglitz äußert Vorbehalte gegen den Begriff *Informationsökonomik*, wenn dieser dazu verführt, die Information als Gegenstand eines Teilgebiets der Wirtschaftswissenschaft zu betrachten (vergleichbar mit der Agrar-, Industrie oder Arbeitsökonomik) und nicht als grundlegende Perspektive *aller* ökonomischen Theorie (Stiglitz 1985, S. 21).

zogener Dienstleistungen dafür verantwortlich, dass diese von gewöhnlichen ökonomischen Gütern zu unterscheiden sind (Arrow 1963, S. 948-954).

Definitionsgemäß befasst sich die Informationsökonomik mit dem Entscheiden und Handeln von Wirtschaftssubjekten unter unvollständiger Information. Fokussiert werden im weiteren Sinne die Auswirkungen von Informationsasymmetrien und im engeren Sinne die ökonomische Analyse der (rationalen) Informationsbeschaffung (Picot/Wolff 2000, S. 1522). Im Gegensatz dazu abstrahiert das der (neo-)klassischen Wirtschaftstheorie zugrunde liegende Modell des *homo oeconomicus* häufig von informationsökonomischen Problemen. In seiner einfachsten Form unterstellt es für „Konsumenten und Produzenten gleichermaßen [...] die] Fähigkeit zu uneingeschränktem rationalem Verhalten [...] beim] Streben nach Nutzenmaximierung“, wobei die Individuen „lückenlose Information über sämtliche Entscheidungsalternativen und deren Konsequenzen“ haben (Gabler Wirtschaftslexikon 2000 S. 1457). Im Ergebnis setzt (unter Gültigkeit weiterer Annahmen wie z.B. der Möglichkeit eines freien Marktzutritts) ein Wettbewerbsprozess ein, in dessen Folge alle Anbieter lediglich ihren Reservationsnutzen realisieren können. So erzielt beispielsweise eine Unternehmerin für ihre produzierten Güter nur langfristig nur einen Preis in Höhe ihrer totalen Durchschnittskosten (vgl. z.B. Neumann 1995b, S. 32ff.) und Arbeitnehmerinnen, deren Produktivität eine potentielle Arbeitgeberin perfekt erkennen kann, erhalten einen Lohn in Höhe des Wertgrenzprodukts ihrer Arbeit (vgl. z.B. Neumann 1995a, S. 65ff).

Es stellt sich die Frage, inwieweit für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand, der Produktion von Pflegedienstleistungen, die Unterstellung derartig vollständiger Wettbewerbsbedingungen angemessen ist. Auch hier kann ein Vergleich mit der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen weiterhelfen: Phelps (2000, S. 228-237) zeigt, weshalb aus informationsökonomischen Gründen das Verhalten von Anbietern und Nachfragern auf dem Markt für medizinische Dienstleistungen nicht mit den traditionellen Modellen der mikroökonomischen Güternachfragetheorie zu untersuchen ist. Demnach führen insbesondere informationsökonomische Gründe dazu, dass sich auf dem Markt für medizinische Dienstleistungen kein Walrasianisches Gleichgewicht einstellt.<sup>24</sup> Um einen Wettbewerbsprozess in Gang zu setzen, muss der Anteil an allen Konsumenten, die bereit und in der Lage sind, sich ausreichende Information über Preis und Qualität der Leistungen zu verschaffen, ein bestimmtes Niveau überschreiten und diese Nachfrager müssen eine ausreichende Anzahl von Suchaktivitäten (Preisvergleiche) unternehmen.<sup>25</sup> Diese Bedingungen liegen auf dem Markt für medizinische Dienstleistungen häufig nicht vor, da zu wenigen Nachfragern ein Urteil über die auf dem Markt befindlichen Preis-Qualitäts-Relationen möglich ist (insbesondere ex ante) und/oder die Zahl der Suchaktivitäten durch die Zahl der erreichbaren Anbieter von vorneherein begrenzt ist. Hinzu kommt, dass potentielle Konsumenten medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen im Krankheits- bzw. Pflegefall häufig durch Versicherungen oder eine gesetzlich geregelte Kostenübernahme geschützt sind und daher keinen Anreiz zu eigener Informationssuche hinsichtlich kostengünstigerer Alternativen haben. Ein Wettbewerb zwischen den medizinischen Leistungserbringern um das Vertrauen ihrer Patientinnen entsteht somit nicht – ein Befund, der vermutlich ohne größere Einschränkungen auf die Beziehung von pflegerischen Leistungserbringern zu ihren Klientinnen übertragbar ist.

---

<sup>24</sup> Eine Übersicht weiterer Einwände gegen die Anwendung der neoklassischen Wirtschaftstheorie auf Unternehmen des Gesundheitswesens findet sich bei McGuire (2000, S. 463f). Eine besondere Rolle für das Verhalten vieler Akteure im Gesundheitswesen spielt dabei die Berufsethik (vgl. z.B. Zweifel 1979).

<sup>25</sup> Einen empirischen Beleg liefern Frech und Woolley (1992) für den amerikanischen Krankenhausmarkt. Sie weisen nach, dass die Preise von Krankenhausleistungen signifikant sinken, wenn die Haushalte in ihrer Region bessere Möglichkeiten haben, sich zu informieren. Die Autoren führen das auf Wettbewerbseffekte zurück.

Zunächst kann damit festgestellt werden, dass eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen Tauschpartnern dem informatorisch überlegenen Akteur Vorteile verschaffen kann. Beispiele hierfür lassen sich für die verschiedensten ökonomischen Untersuchungsgegenstände anführen: So kann die mangelnde Kenntnis der Käufer eines Produkts über potentielle Konkurrenzanbieter für dieses Produkt dem Verkäufer eine Monopolrente einbringen (vgl. z.B. Neumann 1995b, S. 38-42). Auch Angestellte eines Unternehmens können eine ähnliche (Insider-)Rente erwarten. Da der Arbeitgeber die Produktivität seiner bereits beschäftigten Mitarbeiterinnen kennt (informatorischer Vorteil), ist er bereit, sie auch dann nicht durch arbeitslose Konkurrenten zu ersetzen, wenn diese bereit sind, zu einem niedrigeren Lohn zu arbeiten. Der Grund liegt in dem Risiko aus der unsicheren Produktivität der Konkurrenten (vgl. z.B. Franz 1999, S. 302-306).

Ein Beispiel für das Entstehen einer Informationsrente aufgrund asymmetrischer Informationsverteilung im Gesundheitswesen findet sich bei Breyer et al. (2005, S. 393-397). Die Autoren untersuchen die Situation bei der Erbringung ärztlicher Leistungen im Auftrag eines Sachwalters (z.B. einer Versicherung). Der informatorische Vorteil, den die Autoren dabei unterstellen, bezieht sich auf die Fähigkeit der Ärztin, die Patientinnen individuell hinsichtlich deren jeweiligen Gesundheitszustand einschätzen zu können (alle damit verbundenen patientenspezifischen Behandlungsaufwände liegen im Intervall  $[\beta_0; \beta_1]$ , wobei  $\beta_0$  für den geringsten und  $\beta_1$  für den größten vorkommenden Aufwand steht). Der Auftraggeber kennt nur den durchschnittlichen Behandlungsaufwand des Patienten-Mix  $\bar{\beta}$ . Aus seinem Informationsvorteil kann die Ärztin wie folgt eine Informationsrente  $I$  erwarten.  $\beta$  muss sich in der Vergütung des Leistungserbringers niederschlagen. Da der Versicherer die individuellen Aufwände nicht kennt, wird die Ärztin stets behaupten, einen Fall mit dem maximalen Aufwand vor sich zu haben. Der Auftraggeber muss diese Behauptung akzeptieren und die Grundvergütung für alle Patienten an  $\beta_1$  orientieren, um die Vertragsannahme durch die Ärztin in jedem Fall zu sichern. Der Erwartungswert für die Informationsrente der Ärztin entspricht dann  $EI = \beta_1 - \bar{\beta}$ . Das Dilemma des informatorisch benachteiligten Sachwalters besteht nun darin, dass er zwar die Informationsrente reduzieren kann, indem er sich an den Kosten der tatsächlich geleisteten Behandlung nach dem Einzelleistungsprinzip beteiligt (und zugleich die Grundvergütung entsprechend reduziert). Bei einem Kostenbeteiligungsanteil in Höhe von  $\gamma$  reduziert sich die zu erwartende Informationsrente auf  $EI(\gamma) = (1 - \gamma)(\beta_1 - \bar{\beta})$ , da der Sachwalter die Rente dann nur für jenen Kostenanteil bezahlt, den er nicht übernimmt. Bei einer vollständigen Kostenübernahme ( $\gamma = 1$ ) betrüge die Informationsrente 0; auf die Zahlung einer Grundvergütung könnte verzichtet werden. Je höher die Kostenbeteiligung des Versicherers jedoch ausfällt, umso geringer fällt auch der Anreiz für die Ärztin aus, Kosten zu vermeiden.

Einem Individuum, das unter unvollkommener Information handeln muss, bietet sich „fast immer [... die Handlungsalternative], die eigentliche Entscheidung aufzuschieben und sich neue Informationen zu verschaffen, d.h. seine Kenntnis über die Handlungsmöglichkeiten und deren Konsequenzen zu erweitern“ (Kirchgässner 2000, S. 13f). Als Prinzip hierzu gilt, dass ein informationsbenachteiligtes Individuum seine Aktivitäten zur Informationsbeschaffung fortsetzen soll, bis die damit verbundenen (marginalen) Informationskosten die zu erwartenden (zusätzlichen) Vorteile überwiegen (vgl. z.B. Neumann 1995b, S. 110; Simon 1959, S. 269f). Als praktische Handreichung ist diese Lösung jedoch nur wenig brauchbar. Eine ökonomische Abwägungsentscheidung über die (Nicht-)Fortsetzung der weiteren Informationsbeschaffung ist demnach nur möglich, wenn vorab (auf kardinalem Messniveau) bekannt ist, welche Einsparungspotentiale die Suche nach weiteren Handlungsalternativen böte, so

dass entschieden werden kann, ob diese Einsparmöglichkeiten zu den Informationskosten im Verhältnis stehen: „Die Ableitung sowohl von Informationskosten als auch von Informationswerten ist nicht operationalisierbar und ohne die Verwendung heuristischer Verfahren unmöglich [... u.a. wegen] Schwierigkeiten bei der Datenbeschaffung [... ] deren Bedeutung (Nutzen, Wert) erst bekannt ist, nachdem die Daten beschafft wurden, also wenn die Kosten bereits angefallen sind“ (Wessling 1991, S. 105f). Der Informationen suchende Akteur ist somit auf pragmatische Lösungen angewiesen, wie sie etwa die Extrapolation bisheriger Erfahrungen bei der Informationsbeschaffung darstellt (Ripperger 2003, 94-98).

Die Suche nach einem solchermaßen pragmatischen Vorgehens einer *tastenden Entscheidungsfindung im informatorischen Halbdunkel* veranlasst Herbert Simon schließlich dazu, auf der Basis kognitionspsychologischer Überlegungen das Paradigma der Nutzenmaximierung des *homo oeconomicus* gänzlich in Frage zu stellen. Er stellt fest, dass ein Akteur grundsätzlich nicht in der Lage ist, alle verfügbaren Handlungsalternativen zu (er-)kennen, sie bezüglich ihres Nutzens zu bewerten und in eine ordinale Präferenzordnung zu bringen (Simon 1981, S. 116-119).<sup>26</sup> Für Simon kann das individuelle Handeln daher nur begrenzt rational sein.<sup>27</sup> Statt nach dem maximal möglichen Nutzen zu streben, genügt dem Akteur das Erreichen eines zufrieden stellenden Nutzenniveaus:

„[...] economic man is a *satisficing* animal whose problem solving is based on search activity to meet certain aspiration levels rather than a *maximising* animal whose problem solving involves finding the best alternatives in terms of specified criteria“ (Simon 1959, S. 277).

Dabei orientiert sich das Individuum an Handlungsrouninen, zu deren Beginn das Anspruchsniveau für ein zufrieden stellendes Handlungsergebnis festgelegt wird. Sodann werden die erkennbaren Handlungsalternativen mit dem angestrebten Ergebnis verglichen. Erreicht genau eine Alternative das Anspruchsniveau, so entscheidet er sich für diese. Bieten mehrere Handlungsmöglichkeiten ein Ergebnis über dem zufrieden stellenden Niveau, so wird dieses Niveau so lange angehoben, bis nur noch eine Handlungsalternative übrig bleibt. Erreicht keine der Alternativen das Anspruchsniveau, wird die Suche nach weiteren Alternativen ausgeweitet, bis mindestens eine zufrieden stellende Alternative gefunden wird oder (wenn die weitere Suche nicht mehr aussichtsreich erscheint) das Anspruchsniveau gesenkt. Langfristig kann letzteres zu Apathie oder Aggression führen (Simon 1955, S. 100-113; 1956; 1959, S. 262ff.; vgl. hierzu auch die Darstellung in Erlei et al. 1999, S. 9-16).

Von Albrecht et al. (1992) liegt ein Versuch vor, dieses Konzept Simons direkt auf die Entscheidung der Pflegerinnen hinsichtlich ihres Pflegedokumentationsverhaltens anzuwenden. Sie gehen der Frage nach, wovon Pflegerinnen die (Nicht-)Dokumentation der Reaktion von Klientinnen auf die Gabe schmerzstillender Bedarfsmedikation (durch die Pflegerin) abhängig machen. Die empirisch festgestellte Tatsache, dass die Pflegerinnen diese Frage vor allem danach entscheiden, ob die Dokumentation mit den übrigen aktuellen Anforderungen des pflegerischen Alltags vereinbar ist, sehen die Autorinnen als Beleg für eine Entscheidung

---

<sup>26</sup> Mit durchaus ironischem Unterton formuliert Simon: „Der homo oeconomicus hat ein vollständiges und konsistentes Präferenzsystem, das es ihm immer erlaubt, aus den ihm verfügbaren Alternativen zu wählen; er ist sich immer vollständig bewußt, welche diese Alternativen sind; es gibt keine Grenzen für die Komplexität der Berechnungen, die er durchführen kann, um zu bestimmen, welche Alternativen die besten sind; Wahrscheinlichkeitsberechnungen sind für ihn weder ängstigend noch rätselhaft“ (Simon 1981, S. 29).

<sup>27</sup> Simons Kritik am Modell eines unbegrenzt rationalen Akteurs gibt weitere Anknüpfungsmöglichkeiten, das Potential des *homo oeconomicus* als Grundlage für die Untersuchung des (ökonomischen) Verhaltens gänzlich infrage zu stellen. Beispielsweise weist Selten (1990, S. 651ff.) auf motivationale Grenzen rationalen Verhaltens hin, die dazu führen können, dass sich Menschen trotz der perfekten Kenntnis der nutzenmaximalen Handlungsalternative nicht für diese entscheiden.

nach dem behavioristischen Modell Simons. Grundsätzlich nämlich betrachten die Pflegerinnen die Dokumentation der Reaktion der Klientinnen auf die Bedarfsvergabe von Schmerzmitteln durchaus als wichtig. Sie gehen dabei sogar davon aus, dass diese Dokumentation meistens erfolgt – womit sie irren, wie eine Auswertung der betreffenden Pflegedokumentationen zeigt. Tatsächlich nämlich unterbleibt die Dokumentation vor allem dann, wenn die Pflegerinnen gerade besonders beschäftigt sind, wenn die Klientinnen besonders häufig Bedarfsmedikamente brauchen oder wenn die Bedarfsmedikation zum Schichtende erfolgt. Aufgrund ihrer Berufserfahrung gewichten die Pflegerinnen in diesen Fällen den reibungslosen Dienstablauf höher als die Notwendigkeit der Dokumentation. Albrecht et al. sehen in dieser Entscheidung eine Bestätigung der Regel Simons, wonach die Individuen ihr Handeln nach subjektiv erlernten Rangskalen des Handlungserfolgs hinsichtlich deren Wünschbarkeit vornehmen.

Die praktische Bedeutung behavioristischer Modelle des ökonomischen Entscheidens ist vor allem bei regelmäßig wiederkehrenden (*habitualisierten*) und bei spontanen (*impulsiven*) (Kauf-)Entscheidungen nachvollziehbar, die durch bereits vorhandene, umfassende Erfahrungen bzw. durch ein geringes Risiko gekennzeichnet sind. Im Gegensatz dazu stehen so genannte *extensive* Entscheidungen, die langfristige Bedeutung haben, ein intensiveres Abwägen bei erhöhtem Informationsbedarf und idealerweise ohne Zeitdruck erfordern (vgl. Nissen/Weisenfeld 2001, S. 8f). Die Wahl eines bestimmten Pflegeleistungserbringers durch einen Pflegekostenträger oder die Beurteilung einer Pflegerin durch ihre Managerin sind sicherlich Beispiele für extensive Entscheidungen. Für die Entscheidung einer Klientin zugunsten eines bestimmten Pflegeleistungserbringers kann dies vermutlich nur eingeschränkt angenommen werden. Die Extensivität hängt hier vermutlich insbesondere von der Zahl der verfügbaren Alternativenanbieter und vom individuellen Zeitdruck ab. Generell ist aber vor allem die Tragweite jeder pflegerelevanten Entscheidung ein inhaltliches Argument dafür, diese nicht bloß unter dem Aspekt des Erreichens eines Zufriedenheitsgefühls, sondern zusätzlich auch als eine ökonomisch-rationale Entscheidung *unter unvollkommener Information* zu betrachten. Am konkreten Beispiel formuliert: Die Beauftragte einer Heimaufsichtsbehörde wird ihr Testat über ein Pflegeheim nicht auf ihre subjektive Zufriedenheit stützen können. Vielmehr wird sie dokumentarische Nachweise über die Einhaltung von Pflegestandards verlangen. Die Verträge zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Pflegekostenträger werden so gestaltet sein, dass es für die Pflegemanagerin rational ist, dafür Sorge zu tragen, dass diese Informationen ausreichend zur Verfügung stehen.

Auch in der wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion bleibt Simons Paradigmenwechsel vom *maximising* zum *satisficing man* nicht unwidersprochen. Insbesondere der Annahme, Entscheidungen unter unvollständiger Information seien notwendigerweise beschränkt rational, wird widersprochen. So wird beispielsweise argumentiert: Wer ...

„[...] in seinem Entscheidungsmodell rational zu handeln beabsichtigt, handelt aus seiner Sicht immer vernünftig; unter dem Blick eines geschulten außenstehenden Beobachters jedoch durchweg beschränkt rational, weil er u.U. Mittel fehleinschätzen, nicht alle Handlungsmöglichkeiten und denkbaren künftigen Zustände der Welt beobachten wird“ (Schneider 1995, S. 10).

Simon selbst führt diese beiden Sichtweisen von Rationalität ein, als „,subjektiv' rational“, wenn „die Zielerreichung relativ zum tatsächlichen Wissen des Individuums maximiert“ wird und als „,objektiv' rational“, wenn die Entscheidung „,tatsächlich das richtige Verhalten zur Maximierung gegebener Werte in einer gegebenen Situation ist“ (Simon 1981, S. 111). Damit legt er jedoch die Vermutung nahe, dass der Terminus von der ‚beschränkt rationalen Entscheidung' nichts anderes beschreibt als ‚Entscheiden unter unvollkommener Information' (Schlicht 1990, S. 710; Schneider 1995, S. 11). Folgt man dieser Argumentation, so kann man

zum Ergebnis kommen, dass die These von der Beschränktheit rationalen Handelns sich auf die Inzidenz unvollständiger Verträge reduziert („[...] contractual problems vanish if *either* bounded rationality or opportunism can be presumed to be absent“ (Williamson 1988, S. 67f.; vgl. hierzu auch Schanze 1990, S. 686f.), die jedoch mit dem Instrumentarium der (Neuen) Institutionenökonomik einer ökonomischen Analyse durchaus zugänglich ist.

Die Empfehlung, ‚subjektiv rationale‘ Entscheidungen stattdessen mittels Handlungsrouninen zur Erreichung eines Zufriedenheitsniveaus zu untersuchen, ignoriert aber die Möglichkeit, die Begrenztheit der Informationen selbst zum Thema ökonomischer Modelle zu machen und so die Gesetzmäßigkeiten ökonomisch rationalen Entscheidens unter unvollkommener Information zu analysieren (Streben nach „optimally imperfect decisions“ anstelle der Anwendung von Daumenregeln, Baumol/Stewart 1971, S. 119). Während behavioristische Verhaltensregeln wie die oben skizzierte Handlungsroutine Simons ökonomisch nicht hinterfragt werden können, versucht die Institutionenökonomik das Zustandekommen von regelhaftem Verhalten in Abhängigkeit von den geltenden Institutionen (insbesondere Verträgen) zu erklären (Langlois 1990, S. 694), womit „die *theoretische Integration von Regeln und Institutionen* [...] ermöglicht“ wird (Suchanek 1994, S. 107). Eine besondere Rolle spielen in diesem Zusammenhang Prinzipal-Agent-Modelle, mit denen die Implikation bestimmter Vertragskonstellationen (Vertrag als Institution) unter asymmetrischer Informationsverteilung analysiert werden können: „[...] agency relationship is an institutional response to market failure in the provision of information“ (McGuire et al. 1988, S. 185). Sie werden im folgenden Abschnitt herangezogen, um die informationsökonomischen Aspekte bei der Erbringung von Pflegeleistungen abzubilden.

#### **4.1.2 Modelle der transparenten Erbringung medizinischer Leistungen**

In der vorangegangenen informationsökonomischen Einführung wird festgestellt, dass Informationsasymmetrien zwischen Interaktionspartnern für den informatorisch überlegenen Akteur eine Informationsrente bedeuten können, die zu Lasten seines informatorisch benachteiligten Partners geht. Unter Bezugnahme auf die Thesen Simons wird diskutiert, ob unter der Bedingung unvollkommener Information die Annahme rationalen Handelns für den mangelhaft informierten Akteur überhaupt angebracht ist. Mit Hilfe der Institutionenökonomik kann untersucht werden, welche Implikationen verschiedene Vertragskonstellationen auf das Handeln der beiden Individuen mit ungleichem Informationszugang haben. Das Ziel liegt darin, Vertragsentwürfe zwischen einem Auftraggeber (Prinzipal) und einem Auftragnehmer (Agent) zu beschreiben, die dem informatorisch bevorzugten Agenten einen Anreiz bieten, private Information (teilweise) preiszugeben:

„The key common aspect of all those contracting settings is that the information gap between the principal and the agent has some fundamental implications for the design of the bilateral contract they sign. In order to reach an efficient use of economic resources, this contract must elicit the agent’s private information“ (Laffont/Martimort 2002, S. 29).

In der Literatur findet sich eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Prinzipal-Agent-Modelle. Statt einer allgemeinen Definition wird in den Veröffentlichungen meist ein Überblick über die wesentlichen Modellbausteine der verschiedenen Ansätze gegeben.<sup>28</sup> Allen Modellen gemein-

---

<sup>28</sup> Eine allgemeine Definition findet sich bei Erlei (2000, S. 2478): „Eine Prinzipal-Agent-Beziehung liegt vor, wenn ein Auftraggeber (Prinzipal) und ein Auftragnehmer (Agent) vereinbaren, dass der Agent für den Prinzipal bzw. in dessen Auftrag bestimmte Aufgaben übernimmt. Bei Vorliegen von Informationsasymmetrie [sic!] derart, dass der Prinzipal den Agent bei dessen Tätigkeit nicht hinreichend genau kontrollieren kann, ergeben sich Prinzipal-Agent-Probleme, die im Rahmen der Agency-Theorie analysiert werden. [... Prinzipal-Agent-Modelle]

sam sind folgende Elemente: Ein Prinzipal beauftragt einen Agenten<sup>29</sup>, für ihn eine (oder mehrere) Aufgabe(n) zu erledigen, was für den Auftragnehmer mit Kosten verbunden ist (vgl. z.B. Varian 1994, S. 443). Für den Agenten wird unterstellt, dieser stamme „[...] aus einer großen Population gleichartiger Agenten und ist so lange bereit, [...] die] Aufgabe zu übernehmen, wie sein Nettonutzen aus der Verrichtung der Aufgabe mindestens genauso groß ist wie der aus der Wahrnehmung der nächstbesten Alternative“ (Kreps 1994, S. 523). Das anderweitig für den Agenten erreichbare Nutzenniveau wird als Reservationsnutzen bezeichnet. Zentrales Merkmal aller Prinzipal-Agent-Modelle ist die Annahme einer Informationsasymmetrie zwischen den beiden Vertragspartnern, welche der informatorisch überlegenen Seite (in der Regel der Agent) „bei divergierenden Zielen [...] einen diskretionären Handlungsspielraum zu ihren Gunsten“ (Schneider 2002, S. 32) verschafft. Als typische Prinzipal-Agent-Beziehungen werden in der Literatur die Vertragsverhältnisse zwischen Arbeitgeberin und Arbeitnehmerin, Politikerin und Bürokratin, Wählerin und Politikerin, Versicherung und Versicherte, Aktionärin und Managerin, Verkäuferin und Käuferin angeführt. Auf den ersten Blick befremdlich wirkt hingegen das Verhältnis zwischen der Gesellschaft und einer Straftäterin, von der weitere Straftaten (Moralisches Risiko!) zu befürchten sind (vgl. z.B. Erlei et al. 1999, S. 111f.; Rasmusen 2001, S. 164). Die Frage, worauf sich die Informationsasymmetrie bezieht, teilt die verschiedenen Prinzipal-Agent-Beziehungen in zwei Gruppen. Besteht beim Prinzipal Unsicherheit über die Anstrengung oder das Engagement, mit dem der Agent seine Aufgabe erledigt, so ergeben sich Modelle vom Typ *Moralisches Risiko* (vgl. hierzu unter 4.2.2). Bezieht sich die Unsicherheit des Prinzipals hingegen auf die durch die ‚Natur‘ beeinflusste Qualität bzw. Produktivität des Agenten, so werden die Modelle dem Typ *Adverse Selektion* (vgl. hierzu unter 4.2.3) zugeordnet (vgl. z.B. Erlei et al. 1999, S. 111-114).<sup>30</sup>

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Übertragungen von Prinzipal-Agent-Modellen auf das Gesundheitswesen. Die meisten der dargestellten Ansätze untersucht die Wirkung verschiedener Entlohnungssysteme auf das Verhalten des Agenten. Während in älteren Ansätzen meist nur zwei Akteure (z.B. die Patientin und die Ärztin oder die Ärztin und die Versicherung etc.) betrachtet werden, versuchen neuere Modelle der Komplexität des Gesundheitswesens gerechter zu werden, indem sich der Fokus auf mehr Akteure gleichzeitig . Diese differenziertere Betrachtung ist hier jedoch weniger relevant. Interessant ist vielmehr die *Kommunikation* zwischen Agent und Prinzipal. Diese wird insgesamt eher selten untersucht. Im folgenden Überblick werden Modelle vorgestellt, die den Informationsfluss zwischen den Beteiligten zum Gegenstand haben. Im Idealfall werden so die Bedingungen erkennbar, die es für den Agenten vorteilhaft machen, bestehende Informationsvorteile durch Transparenzhandeln abzubauen.

Eine erste Gruppe von Modellen stellt die kommunikative Beziehung zwischen Ärztin und Patientin in den Vordergrund. Pauly (1980, S. 54-57) rückt hier die Beratungstätigkeit der Ärztin nach Abschluss der diagnostischen Untersuchungen ins Blickfeld. Er analysiert, wie tatsachenbegründet (d.h., wie ‚wahr‘, im Sinne eines perfekten Agenten) die ärztliche Therapieempfehlung zu erwarten ist, wenn die Ärztin ihr Einkommen maximiert. Dabei treffen die

---

umfassen denjenigen Teil der Agency-Theorie, der diese Probleme in Form mathematischer Modelle untersucht.“

<sup>29</sup> Eine modelltheoretische Variante ergibt sich bei gleichzeitiger Betrachtung mehrerer Prinzipale und/oder Agenten (vgl. z.B. Erlei et al. 1999, S. 125; Holmstrom 1982), eine Spezialfall, der für den Gegenstand dieser Untersuchung durchaus bedeutsam ist (vgl. unter 4.2.1).

<sup>30</sup> Die Prinzipal-Agent-Theorien werden außerdem in manchen Veröffentlichungen in positiv und normativ dargestellt unterschieden, dass die positive Theorie vor allem auf die „Beschreibung und Erklärung von Auftragsbeziehungen“ zielt, die normative Theorie hingegen auf Empfehlungen für Pareto-optimale Vertragsbeziehungen (Schneider 2002, S. 33; vgl. hierzu auch Richter/Furubotn 2003, S. 176 und 205). Diese eher wissenschaftstheoretische Differenzierung hat für die Untersuchung der gegenständlichen Forschungsfrage jedoch keine Relevanz.

Patientinnen auf der Grundlage der Empfehlung eine private Kaufentscheidung (weitere Akteure, z.B. eine Krankenversicherung, treten nicht auf). Pauly nimmt an, dass jede Patientin sich ein Urteil darüber bildet, wie ehrlich die Ärztin bestimmte Behandlungen empfiehlt. Zu dieser Einschätzung über die Glaubwürdigkeit der ärztlichen Empfehlungen kommt sie aufgrund der Erfahrungen, die sie selbst und die Personen ihrer Umgebung mit der betreffenden Ärztin sowie deren Wettbewerbern gemacht haben. Schätzt die Patientin die Empfehlung der Ärztin als ehrlich ein, so kauft sie die empfohlene Behandlung, überwiegt ihr Misstrauen, so verzichtet sie darauf oder sie wechselt zu einer anderen Ärztin. Die Ärztin steht damit vor der Entscheidung, entweder mehr Therapien zu empfehlen – auch dann wenn diese zur Genesung des Patientin nicht erforderlich sind – um so mehr Behandlungsaufträge zu bekommen (so genannte anbieterinduzierte Nachfrage, vgl. z.B. Evans 1974), oder sie verzichtet aufrichtigerweise auf nicht unbedingt notwendige Therapieempfehlungen und behält so mehr ihrer Patientinnen und gewinnt evtl. sogar noch welche von weniger ehrlichen Wettbewerbern hinzu. Wie sich die Ärztin im Einzelfall verhält, ist vor allem von der Marktsituation abhängig. Zwar hat eine Patientin in großstädtischen Gebieten besseren Zugang zu potentiell günstigeren (ehrlicheren) Konkurrenzangeboten als auf dem Land mit einer geringeren Ärztesquote. Pauly geht jedoch davon aus, dass dieser Effekt von einem gegenläufigen Zusammenhang übertroffen wird: In einer ländlichen Region konzentriert sich die Erfahrung einer Patientin und aller Personen ihrer Umgebung auf einige wenige Ärztinnen. Jede Patientin ist deshalb eher zu einem zuverlässigen Urteil über die Glaubwürdigkeit dieser begrenzten Zahl von Ärztinnen in der Lage, als unter den Bedingungen einer heterogenen Ärztinnenlandschaft einer Großstadt. Demnach wäre es für Ärztinnen in ländlichen Gebieten eher lohnend, ehrlich zu sein, als in der unübersichtlichen Situation einer (groß-)städtischen Umgebung.

Auch Rochaix (1989) modelliert die Arzt-Patient-Kommunikation und sucht nach Bedingungen, die die Ärztin dazu bewegen, sich als perfekter Agent zu verhalten: Als solcher verzichtet diese auf opportunistisches Ausnutzen ihres Informationsvorsprungs und entscheidet ausschließlich im Sinne des Prinzipals. Zu einer Behandlungsempfehlung, die dem Gesundheitszustand des Patienten tatsächlich angemessen ist, kommt es gemäß den Modellergebnissen insbesondere dann, wenn die Ärztin risikoavers ist und sie damit rechnen muss, dass zumindest einige der Patientinnen die Behandlungsempfehlung von einer anderen Ärztin überprüfen lassen. Zusätzliche Unsicherheit bedeuten für die Ärztin die Erwartungen der Patientin. So verzichtet letztere umso eher darauf, eine zweite Meinung einzuholen, wenn der Schweregrad der Diagnose und der Therapievorschlag im Bereich des Erwarteten liegen. Darüber hinaus hat das Entgeltsystem Einfluss auf die Therapieempfehlungen der Ärztin. So bewirkt eine pauschale Entlohnung einen eher zu geringen Umfang der empfohlenen Behandlungen, während eine einzelleistungsorientierte Arztvergütung eher zu einer ungerechtfertigten Ausweitung der Empfehlungen führt.

Lee (1995, S. 438ff.) betont, dass eine Patientin zwar über wesentlich weniger Wissen verfügt als eine Ärztin, dass aber dieses relativ geringe Vorwissen ihre Grundlage bildet bei der Entscheidung, sich in Behandlung zu begeben. Erst in einem zweiten Schritt steht die Patientin dann vor der Entscheidung, den Empfehlungen der Ärztin zu folgen oder nicht. Dabei spielt das (geringe) Vorwissen – und nicht die Arzt-Patient-Kommunikation – die entscheidende Rolle: Für Lee sind die medizinischen Informationslücken der Patientin weniger relevant; unvollkommene Information ist schließlich Kennzeichen beinahe jeder ökonomischen Entscheidung. Darüber hinaus weiß die Patientin, dass auch die Ärztin nicht vollständig über die ‚Produktivität‘ ihrer Diagnosen und Behandlungsvorschläge informiert ist. Ausschlaggebend für die Entscheidung der Patientin ist letztlich deren Vorwissen. Xie et al. (2006) zeigen in einem weiteren Modell, dass eine Ärztin ihre Politik bei der Empfehlung von Behandlungen ändert, wenn sie mit einem bestimmten Anteil von Patientinnen rechnen muss, die sich selbst



(etwa über das Internet) mit relevantem Vorwissen versorgt haben. Um keine Patientinnen zu verlieren verzichtet die Ärztin dann eher darauf, aus opportunistischen Gründen unangemessene Therapien zu empfehlen. Dabei ist weniger relevant, wie umfassend das erworbene Patientinnenwissen ist, sondern vielmehr wie viele Patientinnen sich privat informieren.

Ein Modell von Levaggi (1996, S. 346-350) untersucht die Kommunikation zwischen einer Ärztin und einem Kostenträger. Am Beispiel des staatlichen Britischen Gesundheitsdienstes NHS zeigt sie, wie Informationsasymmetrien zwischen dem Management des Dienstes und den Erbringern medizinischer Leistungen durch eine entsprechende Gestaltung des Vertrages zwischen beiden abgebaut werden. Ziel ist es, den Agenten (die Ärztin) dazu zu bringen, von sich aus auf die Ausnutzung seines Informationsvorsprungs insbesondere über die (Kosten der) notwendigen Behandlungen zu verzichten. Die Autorin empfiehlt hierzu eine Übertragung der Risiken auf den Agenten. Wie auch in dem unter 4.2.2 dargestellten Modell zur Pflegeleistungserbringung muss der Prinzipal dann seinem Auftragnehmer jedoch eine Risikoprämie bezahlen, in diesem Fall in Form eines erhöhten Budgets (vgl. hierzu auch Chalkley/Malcomson 2000, S. 861f). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Breyer et al. (2005, S. 398ff.) für den Fall, in dem ein Auftraggeber Leistungen in einer bestimmten Qualität sicherstellen will. Sie gehen dabei von der – auch auf die Pflegeleistungserbringung – übertragbaren Annahme aus, dass der Prinzipal zwar die Ergebnisqualität messen kann, nicht jedoch inwieweit diese Qualität durch den Beitrag des Agenten oder durch natürliche Zufallseinflüsse zustande kam. Schreibt der Prinzipal das von ihm gewünschte mittlere Qualitätsniveau in seinem Vertragsentwurf fest und geht der Auftragnehmer davon aus, dass er dieses Niveau mit seinen Anstrengungen im Mittel erreichen kann, so wird ein risikoneutraler Agent einen Vertrag akzeptieren, der ihm die Qualitätsverantwortung überträgt (sofern er seinen Partizipationsbedingungen entspricht). Der Agent kann dann erwarten, dass seine Entlohnung im Mittel seinen Reservationsnutzen mindestens erreicht, wenn er das festgelegte Qualitätsniveau einhält (ansonsten muss er z.B. mit einer prohibitiv hohen Strafe rechnen). Schwieriger wird es allerdings, wenn der Agent nicht mehr als risikoneutral, sondern als risikoavers angesehen wird. In diesem Fall muss der Prinzipal dem Leistungserbringer entweder eine Risikoprämie zahlen, um sich dessen Bereitschaft zur Vertragsannahme weiterhin zu sichern, und/oder die Vertragspartner vereinbaren Messaktivitäten zur Kontrolle der Agentenanstrengung oder des natürlichen Zufallseinflusses. Solche Messaktivitäten können im Pflegebereich die Pflegedokumentation sein. Das Modell unter 4.2.2 untersucht die Voraussetzungen hierzu und erweitert es insoweit, als dort auch der Prinzipal als risikoavers eingeschätzt wird.

Die strategische Kommunikation zwischen Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen betrachten Banks et al. Im Mittelpunkt stehen Pflegeeinrichtungen, deren Aufgabe darin besteht, die Krankenhausbehandlung bis zu einer möglichen Entlassung nach Hause fortzusetzen – im deutschen Gesundheitswesen eher mit Rehabilitationseinrichtungen vergleichbar. Die Autoren erkennen eine Abhängigkeit der Interaktionen zwischen den beiden Institutionen von den Re-Finanzierungsregeln insbesondere der Krankenhäuser. Sie stellen fest, dass die Einführung einer Entlohnung der Krankenhäuser anhand von Fallpauschalen (Diagnostic Related Groups, DRG) zu einer verbesserten vertikalen Integration zwischen Krankenhäusern und den Pflegeeinrichtungen führt. Verantwortlich für den vermehrten Informationsfluss zwischen den Krankenhäusern und den Pflegeeinrichtungen ist der Versuch, medizinische Leistungen vom Krankenhaus zum Pflegebereich zu verschieben. Die Autoren zeigen in ihrer Untersuchung auch, dass eine solchermaßen verbesserte vertikale Integration insgesamt zu einer ineffizienteren Erbringung medizinischer Leistungen führen kann (Banks et al. 2001, S. 128f).

Eine Reihe von Prinzipal-Agent-Modellen untersuchen die Interaktionen zwischen Ärztin, Patientin und Kostenträger nicht mehr nur bilateral, sondern realistischer zwischen allen drei Akteuren zugleich (Cutler/Zeckhauser 2000, S. 588ff). Die Ärztin befindet sich dann in der Rolle eines ‚doppelten Agenten‘ und zwar der Patientin, die von ihr Information, Beratung sowie Behandlung möchte, und des Kostenträgers, der eine ökonomische Ressourcenverwendung erwartet (Blomqvist 1991, S. 412). Darüber hinaus ist die Ärztin bei ihren Bemühungen um die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit der Patientin aber auf deren Mitarbeit (Compliance) angewiesen. Ohne ein behandlungsförderndes Verhalten der Patientin können die Maßnahmen der Ärztin wirkungslos oder sogar schädlich werden. Die Informationsasymmetrie über die tatsächliche Compliance bewirkt zusammen mit der Unsicherheit der Patientin über die Auftrags erledigung durch die Ärztin ein doppeltes, wechselseitiges moralisches Risiko in der Arzt-Patient-Beziehung. Hierdurch erhält der Informationsfluss von Ärztin zu Patientin eine zusätzliche Bedeutung: Fokussiert wird nicht mehr ausschließlich die Möglichkeit der Kontrolle der Ärztin durch die Patientin, sondern die Ärztin schafft durch ihre Transparenz auch eine co-produktive Teambeziehung, in welcher die Patientin das erforderliche Wissen und Vertrauen hat, um am gemeinsamen Ziel zu arbeiten (Schneider 2002, S. 99ff. sowie 136). Wie anhand des nachfolgend dargestellten Modells von Ma und McGuire gezeigt werden kann, hat die Interpretation des Arzt-Patient-Verhältnisses Auswirkungen auf die *gemeinsame* Kommunikationsbeziehung zwischen Ärztin und Patientin einerseits und auf die Kommunikation mit dem Kostenträger andererseits.

Der Ansatz von Ma und McGuire (1997, für eine ausführliche Darstellung des Modells, vgl. auch Schneider 2002, S. 85-91) führt einen wichtigen Aspekt bei der Erbringung medizinischer Dienstleistungen ein, der in das unter 4.2.4 vorgestellte Modell zur Analyse der Bedingungen für eine vertrauenswürdige Dokumentation eingehen wird. Gemäß den Annahmen der Autoren beeinflusst die Patientin die Bereitstellung der ärztlichen Leistungen an zwei Stellen: Zum einen entscheidet sie über den Umfang der Behandlung (indem sie z.B. die Häufigkeit der Arztbesuche festlegt) und zum anderen unterstellen die Autoren, dass Ärztin und Patientin *gemeinsam* die Krankenversicherung über diesen Umfang unterrichten. Auf der Grundlage des berichteten Leistungsumfangs erhält die Ärztin schließlich die Behandlungsprämie. Dabei wird unterstellt, dass die Versicherung den tatsächlichen Leistungsumfang nicht überprüfen kann, sondern dass Ärztin und Patientin gemeinsam entscheiden können, einen höheren Leistungsumfang zu berichten, wobei jedoch jeder der beiden Akteure ein ‚Veto‘ gegen einen falschen Leistungsbericht einlegen kann. Die Patientin kann ein Interesse an einem unwahren, überhöhten Leistungsumfang haben, wenn sie dadurch die Leistungsintensität (beispielsweise ausgedrückt durch den Zeitaufwand pro Leistungseinheit) der ärztlichen Behandlung positiv beeinflussen kann. Bei Uneinigkeit zwischen Ärztin und Patientin über den unwahren Leistungsbericht wird der tatsächliche Leistungsumfang an die Versicherung gemeldet. Das Ziel der Analyse liegt darin, Vertragsentwürfe zu beschreiben, welche die Versicherung unter diesen Annahmen der Ärztin und der Patientin vorlegen können und bei denen sie (unter anderem) davon ausgehen kann, dass die beiden Agenten (die Patientin wird zumindest in Bezug auf die Behandlungsdokumentation zum Co-Produzenten der ärztlichen Leistung) wahrheitsgemäß berichten. Dies gelingt durch die Einführung einer Zuzahlung durch die Patientin in Abhängigkeit vom berichteten Leistungsumfang, durch die Variation der fixen und variablen Entlohnungsanteile für die Ärztin und wenn zusätzlich angenommen wird, dass die Ärztin ihr Handeln einem gewissen berufsethischen Mindeststandard unterwirft oder wenn die Patientin die Wahl unter verschiedenen Ärztinnen zugebilligt wird, so dass diese einem gewissen Wettbewerb ausgesetzt sind.

Die Annahmen, welche diesem Modell von Ma und McGuire zugrunde liegen, treffen auf die Langzeitpflege älterer Menschen nur teilweise zu. Insbesondere ist der Pflegeleistungsumfang nicht im Ermessen der Klientin, sondern er wird vor Aufnahme der Betreuung und ab dann in wiederkehrenden Abständen in einem idealerweise unabhängigen Assessment festgelegt. Auch eine Zuzahlung der Klientin in Abhängigkeit vom Leistungsumfang ist eher unüblich (stattdessen kann die Klientin bestimmte Bedarfe, die gemäß den administrativen Vorschriften im Leistungskatalog der Kostenträger nicht vorgesehen sind, zusätzlich privat erwerben). Eine tatsächliche oder nur berichtete Ausweitung des Pflegeumfangs durch die Pflegerin ist damit eher nicht möglich (sieht man von der Möglichkeit ab, eine Aktualisierung des Assessments anzuregen). Denkbar ist hingegen, dass die Pflegerin und die Klientin einvernehmlich vereinbaren, von den im Pflegeplan (auf der Basis des Assessments und unter Berücksichtigung der administrativen Vorschriften) festgelegten Leistungen abzuweichen und zwar zugunsten alternativer Pflegehandlungen, die sowohl der Pflegerin als auch der Klientin einen höheren Nutzen stiften. Dem Kostenträger würden jedoch die festgelegten Leistungen berichtet. Einige Bedingungen, unter denen solche Vereinbarung getroffen werden können, werden in Abschnitt 4.2.4 untersucht.

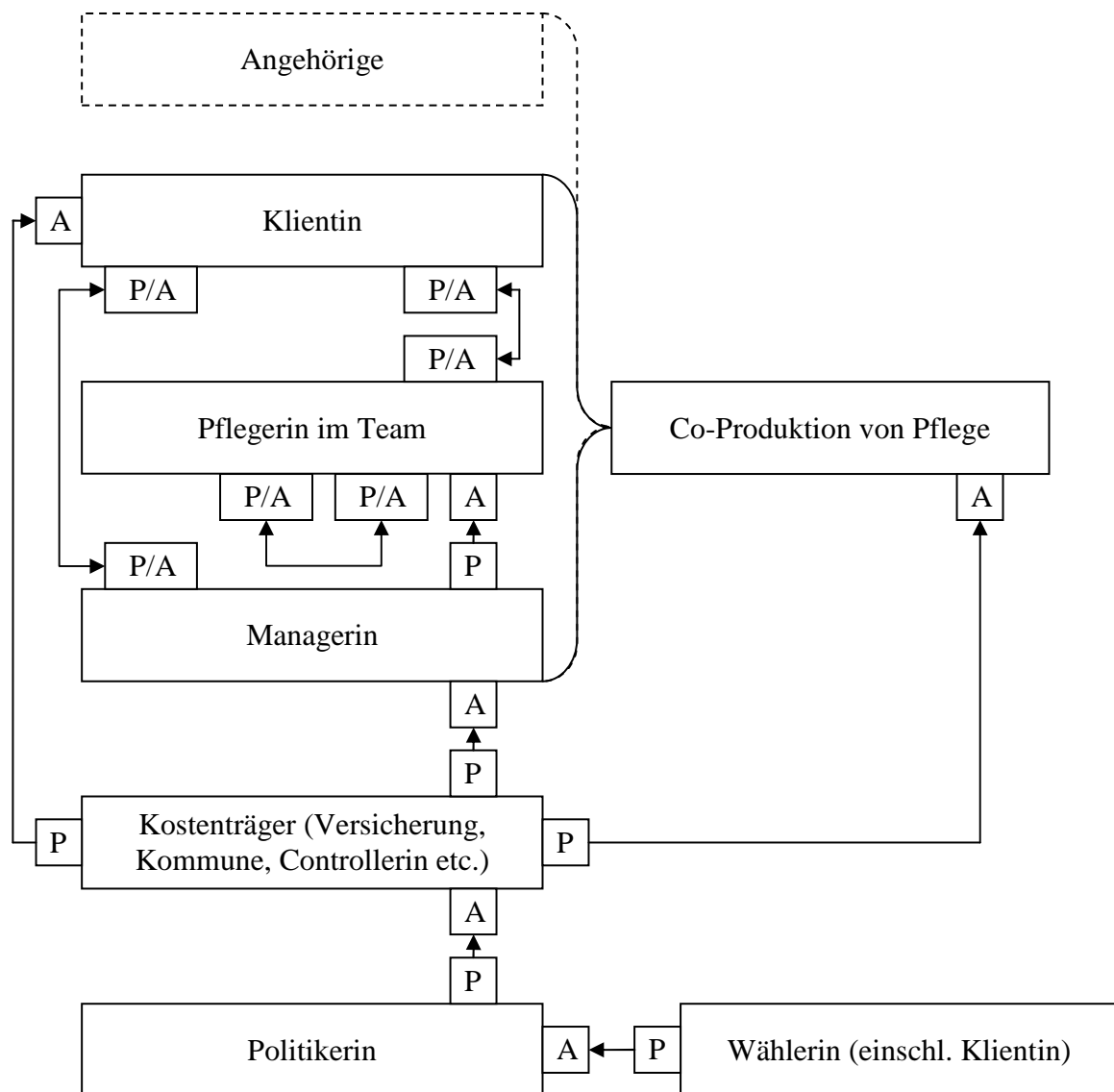
Abschließend sei noch auf eine Untersuchung von Clayton et al. (1993) hingewiesen, die empirisch am Beispiel der Arzt-Patient-Beziehung der Frage nachgehen, inwiefern das Transparenzverhalten einer Ärztin die Wahrscheinlichkeit beeinflusst, dass diese wegen etwaiger Behandlungsfehler verklagt wird. Die Autoren kommen zu dem wenig überraschenden Ergebnis, dass die Qualität des Informationsflusses die Klagehäufigkeit signifikant negativ beeinflusst (S. 68-70). Es ist nahe liegend, diesen Befund auch auf die Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen (Prinzipal) und deren beauftragte Pflegemanagerin und Pflegerinnen zu übertragen.

## **4.2 Rationale Dokumentation pflegerischer Leistungen**

Bevor im Folgenden anhand einiger einfacher Vertragsmodelle untersucht werden kann, welche Implikationen institutionelle Bedingungen auf das Verhalten der Agenten bei der Erbringung ihrer Agentenaufgabe (Pflege bzw. Pflegedokumentation) haben, muss zunächst noch geklärt werden, wer dabei überhaupt als Prinzipal und wer als Agent betrachtet werden soll. Diese Frage kann im Fall der Pflegeleistungserbringung sehr verschieden beantwortet werden. Auch wenn man annimmt, dass die unmittelbaren Pflegehandlungen vor allem von den Pflegerinnen geleistet werden, so tragen doch auch andere Akteure des Pflegewesens noch zur Pflege bei, die es rechtfertigen, auch in ihrem Fall von einer Agentenrolle zu sprechen. Zu nennen wäre hier zunächst der Managementbeitrag, der große Bedeutung auf die Pflegeleistungserbringung hat (vgl. z.B. Pieper et al. 2007b). In dieser erweiterten Perspektive kann man der ambulanten oder stationären Pflegeorganisation die Agentenrolle zuweisen. In einer nochmals erweiterten Sichtweise könnte es auch gerechtfertigt sein, die Kommune oder die Sozialversicherung als Kostenträger des Agenten zu betrachten, da sie zusammen mit ihren Pflegeeinrichtungen und den bei diesen beschäftigten Managerinnen und Pflegerinnen im Auftrag der Politik, der Wählerinnen oder der Klientinnen die Pflegeerbringung sicherstellt. Damit wird zugleich deutlich, dass auch die Rolle des Prinzipals nicht eindeutig ist: So mag die Pflegerin ihre Managerin als Auftraggeberin betrachten, die Managerin sich wiederum von der kostentragenden Kommune oder Pflegeversicherung beauftragt sehen etc. Doch auch die Klientin kommt als Prinzipal in Frage, der die Pflegerin oder die Pflegeorganisation mit ihrer Pflege beauftragt. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass die Klientin als Co-Produzent auch an der konkreten Pflegeleistungserbringung beteiligt ist, etwa durch Mitarbeit bei Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Schließlich ist noch zu berücksichtigen, dass für die

Pflege einer Klientin fast nie nur eine Pflegerin alleine zuständig ist, sondern die Dienstleistungen vielmehr von einem Team von Pflegerinnen erbracht werden. In einem Team, in dem die Mitglieder wechselseitig auf den Beitrag der jeweils anderen Mitglieder angewiesen sind, sind alle Mitglieder zugleich Prinzipal und Agent (vgl. hierzu unter 4.2.1). Vollends komplex wird die Situation durch die Mitbetrachtung der Rolle der Angehörigen. Auch sie können Auftraggeber wie Auftragnehmer (im Rahmen der Co-Produktion von Pflege) sein. Folgende Grafik gibt einen Überblick über mögliche Prinzipal-Agent-Beziehungen bei der Bereitstellung von Pflegedienstleistungen (um die Komplexität der Beziehungen noch darstellbar zu machen, wird dabei darauf verzichtet, die Beziehungen von bzw. zu den Angehörigen im Einzelnen darzustellen):

**Abbildung 13: Auftraggeber-Auftragnehmerbeziehungen bei der Produktion von Pflegedienstleistungen**



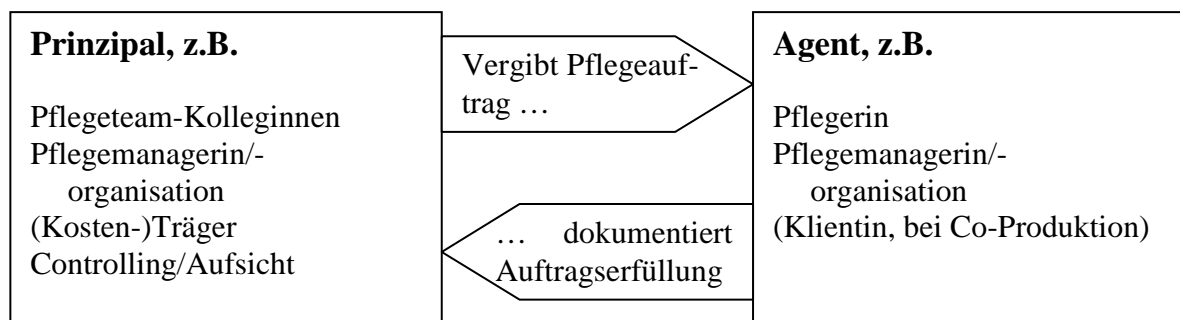
Offensichtlich ist, dass die Berücksichtigung all dieser Prinzipal-Agent-Beziehungen in diesem Kapitel nicht möglich ist. Um die relevanten Beziehungen für die Zwecke dieser Untersuchung einzugrenzen, soll daher zusätzlich zur Frage, wer bei der Produktion von Pflege Prinzipal- bzw. Agentenrollen übernimmt, auch berücksichtigt werden, wer diese Rollen bei der Erstellung der Pflegedokumentation innehat. Im Fokus des Interesses steht also die Rol-

lenaufteilung bei der Erfüllung des Pflegeauftrags *einschließlich* der Verpflichtung, die Auftrags erledigung zu dokumentieren. Damit ist die Frage verbunden, wer Absender (Agent) und wer Adressat (Prinzipal) der Pflegedokumentation als Kommunikationsmedium ist.

Ausgegangen wird davon, dass sich die Dokumentation in der Praxis primär an die professionelle Pflegekraft selbst, an andere Team-Mitglieder, an vorgesetzte Managerinnen sowie an übergeordnete Trägerorganisationen bzw. Controlling-Instanzen richtet. Die Dokumentation ist entsprechend ein Instrument zur Bereitstellung qualitativvoller Pflege aus professioneller Sicht und dient als Handlungs-, Evaluations- und Controlling-Grundlage. Indirekt richtet sich die Dokumentation auch an die Klientinnen, wobei zwei Wirkungspfade unterschieden werden können: Zum einen ist die Dokumentation im Verhältnis der Pflegerin zur Klientin insofern Voraussetzung für Transparenz, als sie die professionelle Grundlage für die in der Regel mündliche Information darstellt. Zum anderen betrifft die Klientin die Dokumentationsqualität als Nutznießer der Pflegequalität, die mit ihrer Hilfe bereitgestellt werden kann. Eine Variation des Kommunikationsablaufs von der Pflegerin bzw. der Pflegeorganisation zum übergeordneten (Kosten-)Träger berücksichtigt das Modell „Alternative Pflegehandlungen“, bei dem untersucht wird, unter welchen Voraussetzungen die Pflegekraft und die Klientin zusammen falsch an den Kostenträger berichten (vgl. unter 4.2.4).

Prinzipiell richtet sich die Dokumentation in allen Varianten jedoch als schriftliches Medium zunächst an die genannten Personen/Institutionen (Teamkollegen, übergeordnete Trägerorganisationen, Controlling-Instanzen). Die Modellierung des Dokumentations-Prozesses betrachtet daher die Pflegerin als Agent der anderen Team-Mitglieder bzw. ihrer vorgesetzten/übergeordneten Personen/Institutionen als Prinzipal(e):

**Abbildung 14: Verschiedene Auftraggeber und -nehmer des Pflege- und Dokumentationsprozesses**



Die Zahl der Untersuchungen, welche die ökonomische Beziehung zwischen Auftragnehmern und Auftraggebern speziell für die Altenpflege behandeln, ist klein. Die Veröffentlichungen beschäftigen sich beispielsweise mit der Frage, wie auf dem Markt für Altenpflegeleistungen Wettbewerbsbedingungen hergestellt werden können, welchen Einfluss dabei verschiedene Finanzierungsmodelle haben und inwiefern sich dies auf die Pflegeoutcomes auswirkt (vgl. z.B. Bishop 1988; Cohen/Spector 1995). Cohen und Spector gehen auch auf das Problem der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen den Leistungserbringern und den Pflegebedürftigen ein und sehen darin einen Anlass für die staatliche Regulierung, etwa der Mindestqualifizierung der Pflegerinnen (S. 45). Forder beschäftigt sich mit der Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation. Gegenstand seiner Analyse ist der Spezialfall, in dem verhindert werden soll, dass eine Pflegeeinrichtung unwahre Angaben über den Schweregrad des Pflegebedarfs ihrer Klientinnen macht, um so eine höhere Kostenerstattung zu erlangen. Er schlägt vor, der Pflegeeinrichtung eine klientinnenspezifische Entlohnung anzubieten, die in ihrer

Zusammensetzung aus Fallpauschale und kostenabhängiger Mittelzuweisung in einer Weise mit der diagnostizierten Schwere der Pflegebedarfe variiert, dass sich Falschangaben über den Pflegeaufwand nicht lohnen (Forder 1997, S. 534-537).

Modelle, die sich explizit mit der Übermittlung pflegerischer Information mittels der Pflegedokumentation befassen, finden sich hingegen nicht. Beispielsweise geht das ausführliche Überblickskapitel zum Stand der ökonomischen Forschung zur Altenpflege eines mehrbändigen Handbuchs zur Gesundheitsökonomie gar nicht auf Voraussetzungen oder Wirkungen der Pflegedokumentation ein (Norton 2000). Die im Folgenden vorgestellten Modelle des rationalen Pflege-Dokumentationsverhaltens stellen daher Anwendungen verschiedener Grundmodelle von Prinzipal-Agent-Beziehungen dar, die im Altenpflegewesen eine Rolle spielen.

Abschnitt 4.2.1 enthält eine Modellierung der Teamsituation, in der Pflegeleistungen für gewöhnlich erbracht werden und die Auswirkungen auf das Transparenzinteresse der Pflegerinnen hat. Das Modell in Abschnitt 4.2.2 untersucht einen pflegerischen Akteur (Auftragnehmer bzw. Agent, z.B. Pflegerin), der für einen anderen (Auftraggeber bzw. Prinzipal, z.B. Kostenträger) eine Handlung ausführt, bei deren Erledigung er nicht überwacht werden kann. Der Auftraggeber kann daher nicht entscheiden, zu welchem Anteil ein bestimmtes Handlungsergebnis dem Engagement seines Auftragnehmers oder den geltenden Rahmenbedingungen zuzuschreiben ist. Modellhaft wird gezeigt, wie in bestimmten Vertragskonstellationen *beide* Akteure durch diese Informationsasymmetrie Nutzeneinbußen hinnehmen müssen. In der Folge sind beide in gewissem Ausmaß bereit, sich an den Kosten der durch die Pflegedokumentation möglich gewordenen Transparenz zu beteiligen.

Im Unterschied dazu unterstellt das Modell in Abschnitt 4.2.3 den Informationsnachteil des Auftraggebers nicht für die Phase der Auftragserledigung, sondern bereits zuvor für die Fähigkeiten und die Motivation eines potentiellen Auftragnehmers. Der Prinzipal steht somit vor dem Problem, sein Vertragsangebot an den Agenten so zu formulieren, dass weniger fähige oder motivierte Agenten (Pflegerin oder Pflegemanagerin) keinen Vorteil daraus ziehen können, sich als geeignetere und engagierte Auftragnehmer auszugeben. Er kann dazu den Agenten anbieten, ihm vor Vertragsabschluss ein überprüfbares Signal zu senden, anhand dessen er sich von den Qualitäten der potentiellen Auftragnehmer überzeugen kann. Ein solches Signal kann die Bereitschaft sein, sich bei der Auftragserledigung einem ambitionierten, qualitätssichernden Dokumentationssystem zu unterziehen. Das Modell beantwortet damit die Frage, welcher Agententyp bei bestimmten Voraussetzungen bereit ist, sich für die Pflege-Transparenz seines Handelns zu engagieren und dazu mittels der Dokumentation ein Qualitätssignal zu senden. Das Modell in Abschnitt 4.2.4 schließlich untersucht aus allgemein vertragstheoretischer Perspektive, wann es für einen pflegerischen Auftragnehmer lohnend ist, das Vertrauen eines Auftraggebers, das in erworbenem Prestige zum Ausdruck kommt, nicht zu missbrauchen. Dieses Modell wird für die Analyse von Voraussetzungen für wahrheitsgemäßes Dokumentieren verwendet.

## **4.2.1 Transparenzverhalten im Pflegeteam**

### **(1) Problemstellung**

Die professionelle Pflege älterer Menschen wird gewöhnlich nicht von Ein-Personen-Unternehmen geleistet. Auch für die einzelne Klientin sind in der Regel mehrere Pflegerinnen in einem Team zuständig. Sie produzieren und verantworten die Pflegeergebnisse gemeinsam. Dabei ist die Annahme realistisch, dass alle Teammitglieder (mehr oder weniger gleichmäßig)

von guten Pflegeergebnissen profitieren oder unter schlechten Ergebnissen leiden. Erwirbt sich das Pflegeteam durch das Engagement seiner Mitglieder beispielsweise den Ruf, besonders gute Pflege zu leisten, so nützt dies ebenso allen Beteiligten, wie ein (durch mangelnde Anstrengung einzelner Teammitglieder bedingter) schlechter Ruf allen Pflegerinnen schaden kann. Jede Pflegerin hat somit zunächst einen grundsätzlichen Anreiz, durch ihr Engagement zum Teamergebnis beizutragen.

Eine problematische Situation kann jedoch entstehen, wenn der Beitrag, den die einzelnen Pflegerinnen zum Pflegeoutcome leisten, (insbesondere im Nachhinein und von Außenstehenden) nicht nachvollzogen werden kann. Die Pflegerinnen sind dann weiterhin kollektiv vom gemeinsam erwirtschafteten Teamertrag abhängig, können aber für ihr individuelles Engagement keine individuelle Belohnung erwarten. Ebenso bedeutet diese informatorische Restriktion, dass Teammitglieder, die für negative Teamergebnisse verantwortlich sind, hierfür nicht sanktioniert werden können. Mit anderen Worten: Der auf jede einzelne Pflegerin entfallende Ergebnisanteil wird von ihr selbst ebenso wie von den anderen Teammitgliedern beeinflusst. Dies gilt für positive Erträge bei guter, fachgerechter Pflege genauso wie für mögliche negative Ergebnisse aufgrund von Pflegefehlern, etwa durch Schadensersatzansprüche. In einer solchen Situation der Kollektivbelohnung bzw. -bestrafung wird sich die einzelne Pflegerin weniger anstrengen, positive Ergebnisse zu erzielen sowie negative zu vermeiden, als es ihrer individuellen Anstrengungs-Nutzen-Abwägung ohne Teamsituation entspräche.

Verantwortlich dafür ist, dass der Einzelbeitrag der Teammitglieder zum gemeinsamen Produkt nicht nachvollziehbar ist und somit monetäre oder nichtmonetäre Entlohnungsformen (wie z.B. Anerkennung oder Prestige, Zugang zu informellen Beziehungen) nicht nach diesem Beitrag bemessen werden können. Jede Pflegerin hat so einen Anreiz, sich auf Kosten der anderen Pflegeteammitglieder weniger anzustrengen (so genanntes Trittbrettfahrerverhalten). Da alle Pflegerinnen dieses Verhalten wechselseitig antizipieren, liefe jedes Teammitglied, das ein größeres Anstrengungsniveau aufbrächte, Gefahr, von den anderen ausgenutzt zu werden. Die Strategie der Anstrengungsvermeidung wird somit dominant, obwohl sie von keinem der Teammitglieder gewünscht wird.

Nachfolgend wird diese Problematik der Teamproduktion modellhaft nachvollzogen und anhand der Darstellung untersucht, welcher vertragliche Ausweg sich bietet. Diese Lösung lässt es zwar für alle Pflegerinnen rational werden, sich auch in der Teamsituation gemäß der individuellen Anstrengungs-Nutzen-Abwägung zu verhalten, sie stellt aber zugleich für jede Pflegerin, die sich darauf einlässt, ein hohes Risiko dar. Wie im nächsten Abschnitt (4.2.2) gezeigt wird, erwächst aus diesem Risiko ein zentrales Motiv zur Führung der Pflegedokumentation. Das dargestellte Modell der Erbringung von Pflege im Team orientiert sich an den Ausführungen von Holmstrom (1982, S. 324-330) sowie deren ausführlicher Erläuterung in Erlei et al. (1999, S. 136-144) und Rasmusen (2001, S. 201-204).

## (2) Modelldarstellung

Angenommen wird ein Team aus  $n$  risikoneutralen Pflegerinnen, das mittels der individuellen Anstrengungen  $e_i$  gemeinsam den Pflegeoutcome  $x$  erbringt. Der Einfachheit halber wird unterstellt, dass  $x$  ausschließlich von den Aktivitäten der Pflegerinnen abhängt<sup>31</sup>:

---

<sup>31</sup> Holmstrom (1982) untersucht darüber hinaus noch den Fall, in dem das Ergebnis außer durch die Anstrengung der Teammitglieder auch noch durch nicht kontrollierbare, natürliche Zufallseinflüsse beeinflusst wird. Da hier jedoch Risikoneutralität für die Pflegerinnen unterstellt wird, kann an dieser Stelle auf die Betrachtung derartiger Schwankungen verzichtet werden. In das in Abschnitt 4.2.2 dargestellte Modell zur Untersuchung des Transpa-

$$x = x(e_1, e_2, \dots, e_n)$$

Die unabhängigen Größen werden im Folgenden als  $x = x(\cdot)$  dargestellt. Die individuelle Anstrengung hat eine positive, abnehmende Grenzproduktivität:

$$\frac{\partial x(\cdot)}{\partial e_i} > 0 \text{ und } \frac{\partial^2 x(\cdot)}{\partial e_i^2} < 0$$

Die Pfl egetätigkeit ist mit anstrengungsabhängigen Kosten verbunden (in der volkswirtschaftlichen Literatur zuweilen auch als Arbeitsleid bezeichnet). Insoweit die Pflegerinnen ihrem Engagement auch positive Aspekte abgewinnen können (wie z.B. Selbstbestätigung) reduzieren diese die anstrengungsbedingten Kosten. Jedoch wird angenommen, dass sie deren Vorzeichen nicht verändern können (der *Kosten*charakter bleibt erhalten):

$$C(e_i) > 0$$

Für alle Teammitglieder wird derselbe überproportionale Anstieg der Kostenfunktion  $C(e_i)$  unterstellt. Es gilt:

$$C'(e_i) > 0 \text{ und } C''(e_i) > 0$$

Unterstellt wird, dass Außenstehende nicht nachvollziehen können, in welchem Umfang  $e_i$  die einzelnen Teammitglieder zum gemeinsamen Ergebnis  $x$  beitragen bzw. beigetragen haben (ex-post-Betrachtung). Selbst wenn die Pflegerinnen untereinander perfekt erkennen können, welchen Beitrag die einzelne Pflegerin leistet, so soll dieses Wissen nicht dazu benutzbar sein, eine bestimmte Aufteilung von  $x$  durchzusetzen (z.B. etwa vor Gericht). Ignoriert man zunächst die Pflegemanagerin und unterstellt, dass die Pflegerinnen das gemeinsam erwirtschaftete Ergebnis gleichmäßig und vollständig unter sich aufteilen, so erhält jedes Teammitglied:

$$x_i = \frac{1}{n} x(\cdot)$$

Betrachtet man diese Formel aus der individuellen Sicht einer einzelnen Pflegerin, so erkennt man, dass der auf sie entfallende Ergebnisanteil  $x_i$  nicht nur von ihr selbst, sondern auch von allen anderen Mitgliedern des Teams beeinflusst wird. In der Sprache der Prinzipal-Agent-Modelle ausgedrückt, spielen somit die jeweiligen Teamkolleginnen einer jeden Pflegerin die Rolle von Agenten. Die Pflegerin selbst tritt als Prinzipal auf. Da dies jedoch für alle Beteiligten gilt, kann auch die einzelne Pflegerin als Agent und die anderen Teammitglieder als Prinzipal bezeichnet werden (Erlei et al. 1999, S. 136).

Jede Pflegerin zieht aus ihrer Tätigkeit einen individuellen Nutzen  $U_i$ . Dieser ergibt sich aus dem auf sie entfallenden und mit dem Preis  $p$  bewerteten Ergebnisanteil  $x_i$ , vermindert um die jeweiligen Anstrengungskosten  $C(e_i)$ . Damit gilt:

---

renzmotivs Risikoreduzierung gehen naturbedingte Schwankungen dann gemeinsam mit dem Verhalten der anderen Teammitglieder als individuell unkontrollierbare Zufallseinflüsse in das Ergebnis ein.



$$U_i = px_i - C(e_i) = \frac{1}{n} px(\cdot) - C(e_i)$$

Die notwendige Bedingung für den maximal des erreichbaren Nutzen, den eine Pflegerin aus ihrem Teamengagement ziehen kann, erhält man anhand der ersten Ableitung der Nutzenfunktion mit:

$$\frac{dU_i}{de_i} = \frac{1}{n} p \frac{\partial x(\cdot)}{\partial e_i} - C'(e_i) \stackrel{!}{=} 0$$

Hieraus ergibt sich als Bedingung für das nutzenmaximale Anstrengungsniveau eines jeden Teammitglieds:

$$\frac{p}{n} \frac{\partial x(\cdot)}{\partial e_i} = C'(e_i^*)$$

Jede Pflegerin weitet somit ihr Engagement aus, bis ihre mit dem Faktor  $\frac{p}{n}$  versehene Grenzproduktivität den Grenz-Anstrengungskosten entspricht. Das heißt, sie wird sich bei einem höheren Preis für die Pflegeleistungen mehr anstrengen und bei einer größeren Zahl von Teammitgliedern (auf die das Gemeinschaftsergebnis verteilt wird) weniger.

Um dieses Ergebnis bewerten zu können, wird als Vergleich die fiktive Situation bei vollkommener Information betrachtet. Für diese so genannte *First-Best-Lösung* gilt, dass die Pflegerinnen das Engagement jedes einzelnen Teammitglieds nicht nur erkennen können, sondern dass sie eine darauf basierende Ergebnisverteilung auch ohne Kosten (z.B. gerichtlich) durchsetzen können. Für jede Pflegerin wird wieder die bereits bekannte identische Nutzenfunktion angenommen:

$$U_i = \frac{1}{n} px(\cdot) - C(e_i)$$

Die Teammitglieder können nun gemeinsam ein durchsetzbares optimales Anstrengungsniveau jeder einzelnen Pflegerin festlegen. Diesem legen sie den Gesamtnutzen aller Beteiligten zugrunde und bestimmen daraus das nutzenmaximale Engagement jedes Teammitglieds. Der Gesamtnutzen aller Mitglieder wird additiv aus den Einzelnutzen ermittelt:

$$\sum_{i=1}^n U_i(\cdot) = px(\cdot) - \sum_{i=1}^n C(e_i)$$

Die nutzenmaximale Anstrengung eines jeden Teammitglieds erhält man wiederum anhand der ersten Ableitung dieser Nutzenfunktion:

$$\frac{\partial \sum_{i=1}^n U_i(\cdot)}{\partial e_i} = p \frac{\partial x(\cdot)}{\partial e_i} - C'(e_i) \stackrel{!}{=} 0$$

Daraus ergibt sich die Bedingung für die *First-Best-Lösung*:

$$p \frac{\partial x(\cdot)}{\partial e_i^{FB}} = C'(e_i^{FB})$$

Die optimalen Grenzanstrengungskosten in der unterstellten Teamsituation fielen hingegen um den Faktor  $1/n$  geringer aus. Aufgrund des unterstellten positiven Grenzkostenverlaufs bedeutet dies (gegenüber der *First-Best-Lösung*) eine reduzierte, nicht Pareto-optimale Anstrengung jeder einzelnen Pflegerin.

Dieses Ergebnis wird nachvollziehbar, wenn man sich vor Augen führt, dass die Aufteilungsregel  $x_i = \frac{1}{n} x(\cdot)$  bedeutet, dass jede einzelne Pflegerin als Teammitglied nur einen Anteil von  $\frac{1}{n}$  aus dem Ergebnis ihrer (zusätzlichen) Anstrengung erhält. So ist leicht erkennbar, dass das Missverhältnis von individuellem Engagement zum individuellen Nutzen mit zunehmender Größe des Pflgeteams so stark abnehmen kann, dass eine Entlohnung nach solchen Aufteilungsregeln nicht möglich ist.

Nur auf den ersten Blick realitätsfern scheint die nachfolgende Lösung des soeben skizzierten Problems der Teamproduktion. Wie anschließend gezeigt wird, finden sich in der Pflegepraxis jedoch Konstellationen, in dem sie eine reale Bedeutung, insbesondere für die Pflegedokumentation hat. Angenommen, die Mitglieder des Pflgeteams (die sich nunmehr alle in der Agentenrolle befinden) vereinbaren vertraglich, die Durchsetzung der optimalen Agentenanstrengung  $e_i^{FB}$  durch eine Pflegemanagerin (einen Prinzipal) überwachen zu lassen. Die Managerin kann dann beispielsweise folgende Aufteilungsregel festlegen:

$$x_i = \begin{cases} \frac{1}{n} x & \text{für } x \geq x(e_1^{FB}, e_2^{FB}, \dots, e_n^{FB}) \\ \frac{1}{n} x - S & \text{für } x < x(e_1^{FB}, e_2^{FB}, \dots, e_n^{FB}) \end{cases}$$

$S$  bezeichnet hierbei eine Gruppenstrafe, um welche die Auszahlung an alle Teammitglieder reduziert wird, wenn das produzierte Gruppenergebnis erkennen lässt, dass ein oder mehrere Mitglieder sich weniger als vereinbart angestrengt haben. Ist diese Strafe hoch genug, so haben alle Pflegerinnen einen Anreiz, sich auch in der Teamsituation gemäß der eigenen Anstrengungs-Nutzen-Abwägung zu verhalten.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Neben dieser Lösung helfen auch andere Vereinbarungen aus dem so genannten Trittbrettfahrerproblem in Teams. In Modellvarianten kann beispielsweise festgelegt werden, dass die Teammitglieder überhaupt kein Entgelt erhalten, wenn das vereinbarte Ergebnis nicht erreicht wird, oder es wird ein fixer Grundlohn festgelegt, der bei allseits optimaler Agentenanstrengung um einen Bonus ergänzt wird. Außerdem kann beachtet werden, dass die nun im Modell berücksichtigte Pflegemanagerin nicht ohne Entlohnung arbeiten wird. Ihr Lohn muss vor der Aufteilung des Ergebnisses auf die Agenten abgezogen werden, wodurch jedoch die *First-Best-Lösung* nicht mehr möglich ist (Holmstrom 1982, S. 327-330; Erlei et al. 1999, S. 140ff). Das gleiche Ergebnis erhält man, wenn man die Entlohnung der Managerin durch einen Unternehmerlohn ersetzt, nachdem man ihr die Eigentumsrechte am Pflegeunternehmen übertragen hat (Alchian/Demsetz 1972, S. 779-783).

### (3) Modellkritik

Hat eine solche Lösung des so genannten Trittbrettfahrerproblems praktische Relevanz? Ein Einwand gegen die Bedeutung in der Pflegepraxis manifestiert sich an der aus Vereinfachungsgründen unterstellten Entlohnung der Pflegerinnen aus dem aufgeteilten Wert des Pflegeergebnisses. Eine Abhängigkeit von diesem Wert ist zwar für freiberuflich tätige Pflegerinnen gegeben, diese kommen aber im realen Altenpflegewesen kaum vor. Altenpflegerinnen werden gewöhnlich als Angestellte mit einem festen Lohnsatz vergütet, der evtl. je nach Vertragsgestaltung durch Erfolgsbeteiligungen ergänzt wird. Ist eine Pflegeorganisation mehr oder weniger erfolgreich, so wirkt sich dies zwar auf die Bilanz des Unternehmens aus, auf *direktem* Weg aber kaum oder gar nicht auf das monetäre Einkommen der einzelnen Altenpflegerin.

Davon unberührt bleibt aber die Tatsache, dass die Pflegeorganisation selbst durchaus vom erzielten Wert des produzierten Pflegeergebnisses abhängt. In der in Abschnitt 2.3 eingeführten Pflegequalitätsmatrix wird der ökonomische Erfolg einer Pflegehandlung zunächst dem Pflegemanagement zugeordnet. Wie in der einleitenden Abbildung 13 (S. 100) dargestellt, kann Altenpflege von verschiedenen Akteuren in Auftrag gegeben werden (z.B. Klientin, Pflegeversicherung). Im Verhältnis gegenüber dem Pflegeunternehmen spielen diese die Rolle von übergeordneten Prinzipalen. Über die zu leistende Pflege werden dabei Erwartungen hinsichtlich Art und Umfang gebildet, die bei Nichterfüllung beispielsweise Schadensersatzansprüche begründen können. Besonders bedeutsam ist die erwartete Beachtung fachlicher Standards für gute Pflege und die Einhaltung gesetzlicher oder administrativer Vorgaben (etwa aus Heimgesetzen oder aus Vorschriften von Kostenträgern wie z.B. Kommunen oder Pflegeversicherungen). Ist dies nicht der Fall, so gehen Regressansprüche zwar zunächst zu Lasten der Pflegemanagerin bzw. der Pflegeorganisation, vorstellbar ist aber durchaus, dass insbesondere kleinere Pflegeunternehmen durch Schadensersatzansprüche in existenzbedrohliche Schwierigkeiten geraten. In diesem Fall sind auch die Mitglieder des Pflegeteams (mit-)bedroht, insbesondere durch einen möglichen Verlust ihres Arbeitsplatzes.

Doch selbst wenn die Regressforderungen nicht gleich das Pflegeunternehmen in ihrer Existenz gefährden, kann die Verringerung des finanziellen Spielraums der Managerin für die Mitarbeiterinnen negative Auswirkungen haben. Ebenso sind Unternehmen, die aufgrund des Engagements ihrer Mitarbeiterinnen wirtschaftlich erfolgreicher sind, eher in der Lage, gute Arbeitsbedingungen für ihre Angestellten zu schaffen. Zu dieser Form der Entlohnung gehört beispielsweise das Zahlenverhältnis von Pflegerinnen und Klientinnen. Die Bedeutung dieses Quotienten kann aus der Tatsache abgelesen werden, dass er sich signifikant positiv auf die Bereitschaft der Pflegerinnen auswirkt, sich dauerhafter an ihre Pflegeorganisation zu binden (ein empirischer Befund aus dem Akutpflegebereich, der vermutlich auch auf die Langzeitpflege übertragen werden kann, vgl. Holmås 2002, S. 500f). Auch sind erfolgreichere Unternehmen eher in der Lage, ihren Mitarbeiterinnen flexible Arbeitsbedingungen zu gewähren, die den Pflegerinnen eine bessere Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Verpflichtungen erlaubt – ein Arbeitsplatzmerkmal, dessen besondere Relevanz im Pflegebereich mehrere empirische Studien bestätigen (z.B. Gauci Borda/Norman 1997, S. 391). Denkbar ist auch, dass Fortbildungsmöglichkeiten für die Pflegerinnen vom wirtschaftlichen Erfolg des Pflegeunternehmens abhängen und so zu einem nichtmonetären, leitungsabhängigen Lohnbestandteil werden. Als (negative) Leistungslohnelemente können außerdem zusätzlich zu den bereits angesprochenen Schadensersatzforderungen auch nichtmonetäre Schäden interpretiert werden wie z.B. der Reputationsverlust bei aufgedeckten Pflegefehlern, die tendenziell alle Angehörigen einer Pflegeorganisation betreffen.

Somit sind auch die angestellten Mitglieder eines Pflgeteams gemeinsam mit ihrer Managerin vom monetären und nichtmonetären Erfolg bzw. Misserfolg aufgrund guter oder schlechter Pflegeergebnisse abhängig. Die Pflegerinnen haben deshalb ebenso wie die Managerin ein Interesse, die gemäß den Vereinbarungen und den fachlichen Standards erbrachte Pflege als Nachweisgrundlage zu dokumentieren. Aber sogar wenn Pflegefehler den unternehmensexternen Prinzipalen gar nicht bekannt werden, haben die Mitglieder des Pflgeteams ein individuelles Interesse an der Dokumentation ihrer Auftragserledigung. Anzunehmen ist nämlich, dass die Managerin als Prinzipal durchaus versuchen wird, die auftragsgemäße Erledigung der Pflegeaufgaben durch ihre Angestellten zu kontrollieren und so dürfte es im Interesse der Pflegerinnen liegen, sich diesbezüglich vor ungerechtfertigten Vorwürfen zu schützen. Will die Pflegerin das Risiko vermeiden, zu Unrecht für unerwartete Pflegeergebnisse verantwortlich gemacht zu werden, so muss sie ihr Handeln nachweisbar belegen. Sie hat somit ein Interesse daran, die unterstellte Informationsasymmetrie zwischen ihr und der Managerin abzubauen, um sich so vor der Unsicherheit zu schützen, die der Einfluss der anderen Teammitglieder auf die Produktivität ihres Engagements bedeutet. Diese Unsicherheit ist der Pflegerin gleichgültig, solange sie (gemäß den Annahmen zu dem soeben geschilderten Modell) als risikoneutral unterstellt wird. Diese unrealistische Annahme soll im folgenden Abschnitt durch Unterstellung einer risikoaversen Pflegerin abgelöst werden, die bestrebt ist, ihr Risiko durch die Pflegedokumentation zu kontrollieren.

## **4.2.2 Risikoreduzierung durch die Pflegedokumentation**

### **(1) Problemstellung**

Das im letzten Abschnitt vorgestellte Modell zeigt die Bedeutung von Informationsasymmetrien und Transparenz bei der Erbringung von Pflegeleistungen im Team: Die vorgeschlagene Lösung des Trittbrettfahrerproblems sieht die Bestrafung aller Teammitglieder vor, wenn sich nachweislich mindestens ein Teammitglied zu wenig anstrengt. Dies ist in der Theorie zwar nicht zu erwarten, da keine Pflegerin einen Anreiz hat, sich weniger als vereinbart zu engagieren. Gleichwohl sind die Pflegerinnen, die sich auf diese Lösung einlassen, einem Risiko ausgesetzt. Ob sich das Engagement der Einzelnen in der erwarteten Weise monetär und/oder nichtmonetär bezahlt macht und ob sie nicht sogar zu Unrecht kollektiv bestraft wird, hängt für die einzelne Pflegerin nicht nur von ihr selbst ab. Wie oben erwähnt, beeinträchtigt sie das nicht, solange sie als risikoneutral unterstellt wird (und sich die Einflüsse Dritter im Mittel ausgleichen). Die Unterstellung von Risikoneutralität ist jedoch unrealistisch und wird daher im Folgenden durch die Annahme risikoaverser Agenten abgelöst. Modellergebnis wird die Erkenntnis eines Transparenzmotivs Risikoreduzierung sein.

Die Unsicherheit, die eine Pflegerin durch das Handeln ihrer Teamkolleginnen zu gegenwärtigen hat, ist nur eine von mehreren möglichen Ursachen für unkontrollierbare Ergebnisschwankungen (wenn auch vermutlich eine besonders bedeutende). Für alle drei Bereiche des Pflegeergebnisses (die pflegebezogene Lebensqualität der Klientin, die Pflegequalität und die Managementqualität) sind Situationen denkbar, in denen diese Qualität nicht ausschließlich durch das Handeln der Pflegerin oder der Managerin beeinflusst wird. Zusätzlich zu den im letzten Abschnitt bereits berücksichtigten anderen Pflgeteam-Mitgliedern wird Pflege in der Regel in Co-Produktion mit weiteren Akteuren erbracht. Zu nennen sind beispielsweise: die Klientinnen selbst sowie ihre informellen Helferinnen, die gerichtlich bestellten Betreuerinnen und die Hausärztinnen. Diese Co-Produzenten von Pflege übernehmen gegenüber der Pflegerin bzw. der Managerin eine Agentenrolle (vgl. Abbildung 13, S. 100). Weitere unkontrollierbare Zufallseinflüsse auf die Qualität ihrer Agententätigkeit erfährt die Pflegerin bzw.

Managerin durch die *Natur* der Pflegebedürftigen in ihrer Umwelt. Folgende Beispielsituationen machen dies deutlich:

So ist es denkbar, dass ein Klient einen Dekubitus entwickelt, obwohl die Pflegerin alle Präventionsmaßnahmen fachgerecht anwendet, während sich diese Komplikation bei einer anderen, ebenfalls gefährdeten Klientin nicht einstellt, obwohl dessen Pflegerin die Prävention vernachlässigt.

*Natur* in diesem Sinne ist nicht nur in der Person der Klientin selbst zu suchen, sondern auch in deren Umwelt: Eine stationär versorgte Pflegeklientin erlebt den Tod einer Mitbewohnerin. Sie vermutet ein Mitverschulden der Pflegeeinrichtung und reagiert darauf mit großem Misstrauen gegenüber ihren Pflegerinnen. Gegenüber der Gutachterin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen äußert sie sich entsprechend.

Natürliche Einflüsse, die von der Pflege nicht beeinflussbar sind, sind im ambulanten Bereich stärker ausgeprägt als im stationären: Während die Managerin und ihre Pflegerin in der stationären Versorgung fast rund um die Uhr mehr oder weniger ausschließlichen Zugang zu der Klientin haben, wird der Pflegeerfolg einer Klientin in ambulanter Versorgung typischerweise wesentlich mehr von an der Pflege mit beteiligten Personen abhängen.

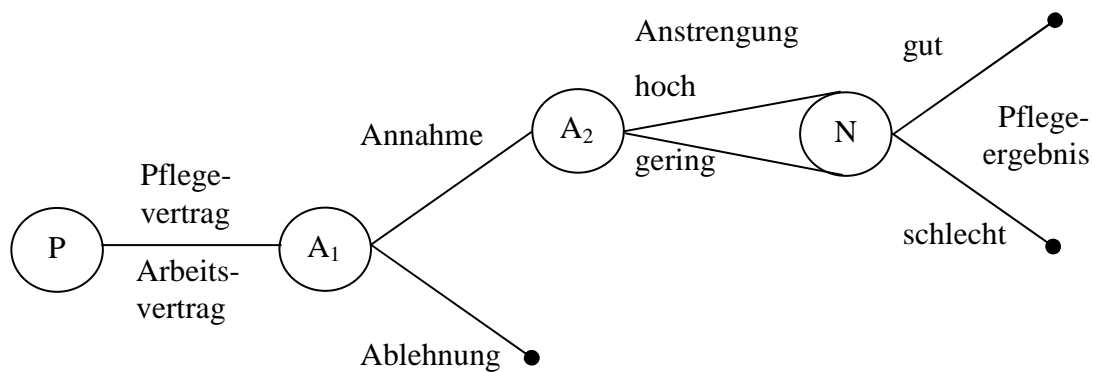
Etwas formaler (und in der Sprache der Prinzipal-Agent-Modelle) ausgedrückt: Die Qualität bei der Erledigung des Auftrags, den die Pflegerin bzw. Managerin von ihrem jeweiligen Prinzipal übertragen bekommen (zur Frage, wer diese Auftraggeberrolle in der Praxis spielen kann, vgl. die Einleitung zu diesem Abschnitt und hier insbesondere die Abbildung 14, S. 101), wird beeinflusst vom Engagement der Auftragnehmer selbst und von anderen Einflüssen, die nicht in der Verantwortung der Pflegerin bzw. der Managerin stehen. Beurteilt die Auftrag gebende Stelle (die Managerin, die Klientin, der Kostenträger etc.) das Handeln der Pflegerin bzw. der Managerin ausschließlich anhand der erkennbaren Qualität, so vermischt sie bei dieser Beurteilung die anderen eben genannten Einflüsse und die des Agentenengagements. Alle Einflüsse, die nicht im Einflussbereich von Pflegerin oder Managerin stehen, werden im Weiteren als Einfluss der *Natur* zusammengefasst. Für den Pflege produzierenden Agenten bedeuten sie ein Risiko. Er kann nicht sicher sein, dass sein Engagement vom Prinzipal erkannt und entsprechend honoriert wird, und er kann im Extremfall ungerechtfertigter Weise für Zufallseinflüsse der *Natur* bestraft werden, obwohl er sich besonders angestrengt hat. Das in diesem Abschnitt dargestellte Modell untersucht, inwiefern die Pflegedokumentation aus diesem Dilemma helfen kann und – da ihre Erstellung mit einem entsprechenden Aufwand verbunden ist – wer davon wann besonders profitiert und somit bereit ist, sich an diesen Kosten zu beteiligen.

## **(2) Grundmodell *Moralisches Risiko mit versteckter Handlung***

Grundlage des im Folgenden vorgestellten Ansatzes ist das Modell *Moralisches Risiko mit versteckter Handlung*. Unterstellt wird, dass ein Agent für seinen Prinzipal einen Auftrag erledigt, ohne dass der Prinzipal beobachten kann, wie sehr er sich dabei anstrengt (*hidden action*, im Unterschied zu *hidden information*, Arrow 1985, S. 38-42, vgl. hierzu auch unter 4.2.3) – was insofern problematisch ist, als die Agententätigkeit anschließend noch durch Zufallsschwankungen der *Natur* beeinflusst wird. Das Ergebnis ist erst danach für den Prinzipal erkennbar, der somit nicht zwischen dem Einfluss des Agenten und dem der *Natur* unterscheiden kann. Die allgemeine Formulierung des hier verwendeten Prinzipal-Agent-Modells ist mathematisch sehr anspruchsvoll. Der verwendete Ansatz zur Untersuchung der Situation bei der Pflegeerbringung stellt insofern nur eine mögliche Anwendung dar. Dessen ökonomische Herleitung (vgl. Holmstrom/Milgrom 1987, insb. S. 323ff.) hier wiederzugeben ist für den Zweck der Untersuchung nicht nutzbringend. Basis des Folgenden ist die Darstellung des Modells in Erlei et al. (1999, S. 115-125), Rasmusen 2001 (S. 161-184) und Varian (1994,

S. 457f).<sup>33</sup> In Ergänzung zu den Ausführungen dort wird das Modell hier um die Möglichkeit der Risikoaversion auch auf Seiten des Prinzipals und mit dem Fokus auf das Transparenzinteresse der Akteure dargestellt. Ausgangspunkt des Modells ist ein Pflege- oder Arbeitsvertrag, den ein Auftraggeber (z.B. die Pflegekasse bzw. ein anderer Kostenträger, die Managerin oder auch der Klient selbst) der Managerin oder der Pflegerin (als Agent) anbietet. Wie in Abbildung 15 dargestellt, hat der Pflege produzierende Agent die Möglichkeit, diesen Vertrag anzunehmen oder abzulehnen (Handlungsschritt  $A_1$ ). Im nächsten Zug ( $A_2$ ) entscheidet er, wie sehr er sich bei der Auftragserledigung engagiert. Dieses Anstrengungsniveau ist für den Prinzipal nicht beobachtbar. Nun wird das Pflegeergebnis noch zusätzlich von der *Natur* zufällig beeinflusst, deren ‚Spielzug‘ der Prinzipal ebenfalls nicht beobachten kann. Sowohl dem Auftragnehmer als auch dem Auftraggeber zugänglich ist erst wieder das Pflegeergebnis (die Pflege- bzw. die Managementqualität), das auf einem Kontinuum zwischen gut oder schlecht liegen kann.

**Abbildung 15: Ablaufschema *Moralisches Risiko mit versteckter Handlung***



Quelle: Eigene Darstellung nach Erlei et al. 1999, S. 112 und Rasmusen 2001, S. 163.

Bezeichnet man das für beide Akteure beobachtbare Pflegeergebnis als Output  $x$ , so setzt es sich zusammen aus dem Anstrengungsniveau des Agenten  $e$  und dem Zufallseinfluss  $\varepsilon$ :

$$x = e + \varepsilon$$

Der die Pflege nachfragende Prinzipal erkennt dabei nur den Output  $x$ , er weiß jedoch nicht, welchen Anteil daran der Agent hatte und welchen die *Natur*.<sup>34</sup> Die *Natur* kann sich sowohl positiv als auch negativ auf das Produktionsergebnis auswirken, der Erwartungswert sei jedoch

$$E\varepsilon = 0,$$

bei einer als normalverteilt unterstellten Streuung von

$$Var(E\varepsilon) = Var(\varepsilon).$$

<sup>33</sup> Parallelen zu diesem Modell hat das Modell der optimalen Ärztevergütung unter unvollkommener Information von Breyer et al. (2005, S. 387-393).

<sup>34</sup> Die dabei unterstellte Additivität von Agentenanstrengung und natürlichem Zufallseinfluss ist nicht zwingend. Beide Einflüsse können beispielsweise auch multiplikativ verknüpft sein (Chalkley/Malcomson 2000, S. 861), etwa mit der Formel  $x = e + e\varepsilon$ . Wie später gezeigt wird, verschärft dies die Wirkung der Unsicherheit (vgl. Fußnote 37, S. 114).

Für den Lohn des die Pflege erbringenden Agenten wird eine lineare Entgeltformel angenommen ( $y = \beta + \alpha x$ ). Dabei stellt  $\beta$  eine pauschale Mittelzuweisung an die Pflegeorganisation oder die Pflegerin (Fixlohnanteil) und  $\alpha x$  einen variablen Entgeltanteil dar. Der variable Lohnanteil kann einer Pflegerin (als Agent) dabei beispielsweise in Form von leistungsabhängigen Zulagen oder durch die Übernahme von Fortbildungskosten bezahlt werden. Denkbar ist aber auch, dass er den Pflegerinnen oder der Managerin in nicht-monetärer Form zuteil wird, z.B. als Anerkennung bzw. Prestige bei qualitativ besonders herausragenden Pflegeergebnissen. Beispielsweise spielt es in administrativ stark reglementierten Pflegewesen mit einheitlicher Kostenerstattung der Pflegeorganisationen für die Managerin (als Agent) eine besondere Rolle, sich dadurch profilieren zu können, dass ihre Einrichtung als vorbildlich anerkannt wird. Das Entgelt für das Engagement des Agenten beträgt damit:

$$y = \beta + \alpha x = \beta + \alpha \varepsilon + \alpha \varepsilon$$

Wie eingangs erwähnt, soll die Pflegerin bzw. die Managerin nun als risikoavers unterstellt werden. Im Modell bedeutet dies, dass sich der Nutzen, den der Agent aus seinem Entgelt zieht, um die Risikokosten reduziert. Da sich der Einfluss der *Natur* im Mittel ausgleicht, beträgt der zu erwartende Lohn zwar

$$E y = \beta + \alpha \varepsilon,$$

er unterliegt jedoch einer Streuung von:<sup>35</sup>

$$Var(y) = \alpha^2 Var(\varepsilon)$$

Zur Modellierung der damit verbundenen Nutzeneinbuße wird das erwartete Entgelt mit dem unter den Risikobedingungen zu erwartenden Nutzen verglichen. Die nachfolgende Darstellung des Erwartungsnutzens ist entnommen aus Erlei et al. 1999, S. 106-111; vgl. hierzu auch Kreps 1994, S. 72-77 und Milgrom/Roberts 1992, S. 246f., die zeigen, dass die hier modellierte Risikoprämie als Äquivalent der risikobedingten Nutzeneinbuße näherungsweise auch für nicht normalverteilte, monoton in der Zufallsvariablen steigende Nutzenfunktionen verwendet werden kann. Wie die Unsicherheit eines zu erwartenden Entgelts, den Nutzen beeinträchtigt, den ein risikoaverser Akteur daraus zieht, lässt sich mit Hilfe von Abbildung 16 (S. 112) an einem einfachen Beispiel skizzieren: Aufgrund einer Zufallsentscheidung soll ein Individuum zwei unterschiedlich hohe Löhne  $y_1$  und  $y_2$  erwarten können (wobei gilt:  $y_1 < y_2$ ). Der höhere Lohn stiftet einen höheren Nutzen aus dem Lohn  $y_2$  als der niedrigere aus dem Lohn  $y_1$ :  $U_1 < U_2$ . Beide Löhne treten mit derselben Wahrscheinlichkeit auf, so dass

für den zu erwartenden Lohn  $E y = \frac{y_1 + y_2}{2}$  gilt. Dem Nutzenverlauf  $U(y)$  unter der Bedin-

gung der Risikoaversion kann entnommen werden, dass eine sichere Auszahlung von  $\frac{y_1 + y_2}{2}$

einen Nutzen in Höhe von  $U(\frac{y_1 + y_2}{2})$  bedeutete. Im Unterschied dazu beträgt der Erwar-

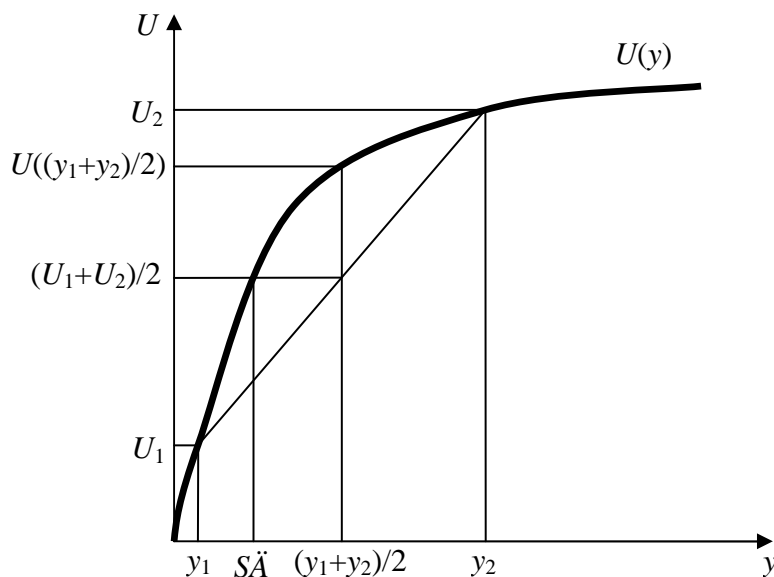
tungsnutzen unter der Unsicherheit  $EU = \frac{U_1 + U_2}{2}$  (beide Nutzenniveaus sind wiederum

---

<sup>35</sup> Lineare Transformation einer Zufallsvariable  $x' = a + bx$  mit  $Var(x') = b^2 Var(x)$ , vgl. z.B. Maaß 1983, S. 209).

gleich wahrscheinlich) mit  $\frac{U_1 + U_2}{2} < U\left(\frac{y_1 + y_2}{2}\right)$ .<sup>36</sup> Einen Nutzen in dieser Höhe zöge das Individuum auch aus einer sicheren Auszahlung (Sicherheitsäquivalent) in Höhe von  $S\ddot{A}$ . Mit anderen Worten: Der erwartete Nutzen  $EU$  aus dem mit Unsicherheit behafteten Erwartungslohn  $Ey$  entspricht aufgrund der Risikoaversion dem niedrigeren, dafür jedoch sicheren Lohn  $S\ddot{A}$ . Die Differenz zwischen dem Sicherheitsäquivalent und dem Erwartungslohn wird als Risikoprämie  $RP$  (mit  $RP = S\ddot{A} - Ey$ ) bezeichnet, deren Wert für den risikoaversen Akteur lediglich im Ausgleich des bestehenden Risikos besteht.

**Abbildung 16: Erwartungsnutzen eines risikobehafteten Entgelts**



Quelle: Erlei et al. 1999, S. 108.

Aus der Abbildung wird zugleich deutlich, dass die Höhe der Risikoprämie vom Verlauf der Nutzenfunktion abhängt. Je stärker konkav die Krümmung von  $U(y)$  verläuft, desto geringer gestaltet sich der erwartete Nutzen aus einer mit einer bestimmten Unsicherheit behafteten Auszahlung. Verläuft sie stattdessen konvex, so repräsentiert sie einen risikofreudigen Akteur, dem das Risiko, mit dem er einen Lohn erwartet, sogar Nutzen stiftet. Das hier verwendete Maß für die Risikoabneigung basiert daher auf der Krümmung des Nutzenverlaufs: Als Ausdruck für die (absolute) Risikoaversion wird das *Arrow-Pratt-Maß*  $r$  verwendet, gebildet aus der um die erste Ableitung normalisierten zweiten Ableitung der Nutzenfunktion:

$$r = -\frac{U''(y)}{U'(y)}$$

Ist das Individuum risikoavers (die Nutzenfunktion ist wie in Abbildung 16 konkav gekrümmt), so ist  $r > 0$ . Der konvexe Verlauf der Nutzenfunktion eines risikofreudigen Akteurs äußert sich hingegen durch  $r < 0$  und Risikoneutralität (die Nutzenfunktion verläuft gerade)

<sup>36</sup> Formal liegt Risikoaversion somit immer dann vor, wenn  $EU(y) < U(Ey)$ . D.h. der erwartete Nutzen aus der Auszahlung ist kleiner als der Nutzen aus der zu erwartenden Auszahlung. Risikofreude ist darstellbar als  $EU(y) > U(Ey)$  und Risikoneutralität als  $EU(y) = U(Ey)$  (vgl. Kruschwitz 2002 S.100f).



bedeutet  $r = 0$ . Zur Konstruktion eines Maßes für die Risikoprämie wird zunächst die Nutzenfunktion

$$U(y) = -e^{-ry}$$

unterstellt. Diese hat den Vorteil eines konstanten Arrow-Pratt-Maßes:

$$-\frac{U''(y)}{U'(y)} = \frac{-r^2 e^{-ry}}{r e^{-ry}} = r = \text{const.}$$

Der Lohn  $y$  wird zunächst als normalverteilt angenommen. Somit gilt folgende Dichtefunktion:

$$f(y) = \frac{1}{\sqrt{\text{Var}(y)2\pi}} e^{-\frac{(y-Ey)^2}{2\text{Var}(y)}}$$

Um nun den Erwartungsnutzen  $EU$  zu berechnen, bildet man das Integral über das Produkt dieser Dichtefunktion und der unterstellten Nutzenfunktion  $U(y) = -e^{-ry}$ :

$$EU = \int_{-\infty}^{\infty} f(y) \cdot U(y) dy = \int_{-\infty}^{\infty} -e^{-ry} \frac{1}{\sqrt{\text{Var}(y)2\pi}} e^{-\frac{(y-Ey)^2}{2\text{Var}(y)}} dy$$

Dies lässt sich umformen zu

$$EU = - \int_{-\infty}^{\infty} \frac{1}{\sqrt{\text{Var}(y)2\pi}} e^{-\frac{y^2 - 2y(Ey - r\text{Var}(y)) + (Ey)^2}{2\text{Var}(y)}} dy.$$

Nach einer quadratischen Ergänzung des Zählers der Potenz erhält man:

$$EU = - \int_{-\infty}^{\infty} \frac{1}{\sqrt{\text{Var}(y)2\pi}} e^{-\frac{(y - (Ey - r\text{Var}(y)))^2 - ((Ey - r\text{Var}(y)))^2 + (Ey)^2}{2\text{Var}(y)}} dy$$

Dies wiederum ist gleichbedeutend mit:

$$EU = -e^{-\frac{(Ey - r\text{Var}(y))^2 + (Ey)^2}{2\text{Var}(y)}} \int_{-\infty}^{\infty} \frac{1}{\sqrt{\text{Var}(y)2\pi}} e^{-\frac{((y - Ey + r\text{Var}(y)))^2}{2\text{Var}(y)}} dy$$

Beim zweiten Term dieses Ausdrucks ( $\int_{-\infty}^{\infty} \frac{1}{\sqrt{\text{Var}(y)2\pi}} e^{-\frac{((y - Ey + r\text{Var}(y)))^2}{2\text{Var}(y)}} dy$ ) handelt es sich um

das – um  $r\text{Var}(y)$  auf der Abszisse verschobene – Integral über die Dichtefunktion der Normalverteilung. Dies ist definitionsgemäß gleich 1. Der Erwartungsnutzen kann somit vereinfacht werden zu

$$EU = -e^{-\frac{(Ey - r\text{Var}(y))^2 + (Ey)^2}{2\text{Var}(y)}} \quad \text{und danach weiter zu}$$

$$EU = -e^{-r\left(Ey + \frac{r}{2}\text{Var}(y)\right)}$$

Vergleicht man dies mit der unterstellten Nutzenfunktion  $U = -e^{-ry}$ , so erkennt man, dass der erwartete Nutzen bei einem bestimmten  $y$  um den Betrag  $\frac{r}{2}\text{Var}(y)$  geringer ausfällt. Das sich so ergebende reduzierte Einkommen entspricht dem Sicherheitsäquivalent  $S\ddot{A}$  (siehe oben), für das somit gilt:

$$S\ddot{A} = Ey - RP = Ey - \frac{r}{2}\text{Var}(y)$$

Die Risikoprämie ergibt sich daher mit:

$$RP = \frac{r}{2}\text{Var}(y)$$

Wie bereits erwähnt, kann dieses Sicherheitsäquivalent bzw. die Risikoprämie näherungsweise für alle monoton in der Zufallsvariablen steigenden Nutzenfunktionen verwendet werden. Im gegenwärtigen Modell wurde jedoch aufgrund eines normalverteilten Zufallseinflusses durch die *Natur* eine Varianz des Einkommens von  $\text{Var}(y) = \alpha^2\text{Var}(\varepsilon)$  unterstellt. Die hier zu berücksichtigende Risikoprämie beträgt also:<sup>37</sup>

$$RP = \frac{r}{2}\alpha^2\text{Var}(\varepsilon)$$

In den Nutzen des Agenten geht diese Risikoprämie negativ ein, so dass gilt:

$$U(Ey, \text{Var}(\varepsilon)) = Ey - RP = Ey - \frac{r}{2}\alpha^2\text{Var}(\varepsilon)$$

Um nun den Gesamtnutzen des Pflege erbringenden Auftragnehmers bestimmen zu können, müssen zusätzlich zum erzielbaren Agentenlohn und zur Risikoprämie noch die anstrengungsabhängigen Kosten berücksichtigt werden, die mit der Auftragserledigung verbunden sind  $C(e)$ . Unterstellt wird ein überproportionaler Anstieg, ausgedrückt durch  $C'(e) > 0$  und  $C''(e) > 0$ . Der Agentennutzen  $U_A$  der Pflegerin bzw. der Managerin ergibt sich als  $U_A = Ey - RP - C(e)$ . Durch Einsetzen der Terme für das Erwartungseinkommen und für die Risikoprämie erhält man den Erwartungsnutzen des Agenten mit

<sup>37</sup> Diese Risikoprämie beruht unter anderem auf der Annahme einer additiven Verknüpfung des Agentenengagements und des Einflusses der *Natur* ( $x = e + \varepsilon$ ). Wie in Fußnote 34 (S. 110) dargelegt, könnten die Agentenanstrengung und die Zufallsschwankungen auch multiplikativ verknüpft werden, etwa mit der Formel  $x = e + e\varepsilon$ . Das Unsicherheitsproblem von Prinzipal und Agent würde dadurch verschärft. Beispielsweise ergäbe sich hier eine von der *Natur* verursachte Varianz des Lohnes in Höhe von  $\text{Var}(\alpha e \varepsilon)$ , was eine um den

Faktor  $e^2$  erhöhte Risikoprämie von  $R_p = \frac{r_A}{2}\alpha^2 e^2 \text{Var}(\varepsilon)$  bedeutet.

$$EU_A(\cdot) = Ey - RP - C(e) = \beta + \alpha e - \frac{r}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - C(e).$$

Dem Agentenlohn stehen darin zwei nutzenmindernde Komponenten gegenüber, die Kosten der Anstrengung und die Risikoprämie.

Aus dem Agentennutzen kann seine Voraussetzung für die Annahme des Vertragsangebots abgelesen werden (Partizipationsbedingung). Notwendig hierfür ist, dass der Erwartungsnutzen mindestens so hoch ist, wie das (Reservations-)Nutzenniveau  $\overline{U}_A$ , das der Agent anderweitig erreichen kann:

$$EU_A(\cdot) = \beta + \alpha e - \frac{r}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - C(e) \geq \overline{U}_A$$

Der Einfachheit halber soll der Prinzipal hier als Monopolist handeln können, so dass er es sich erlauben kann, den Agenten auf dessen Reservationsnutzen zu beschränken. Die Partizipationsbedingung vereinfacht sich dann zu  $\beta + \alpha e - \frac{r}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - C(e) = \overline{U}_A$ . Der Agentenlohn setzt sich somit aus den drei positiven Bestandteilen, Reservationsnutzen, Risikoprämie und Anstrengungskosten zusammen. Hat sich der Agent für die Annahme des Pflegevertrags entschieden, kann er gemäß dem Ablaufplan des ‚Spiels‘ (vgl. Abbildung 15, S. 110) das nutzenmaximale Anstrengungsniveau festlegen. Die notwendige Bedingung hierfür erhält man aus der Ableitung der Nutzenfunktion

$$\frac{\partial EU_A(\cdot)}{\partial e} = \alpha - C'(e) = 0 \text{ mit}$$

$$C'(e^*) = \alpha.$$

Der Agent weitet also seine Anstrengung solange aus, bis die damit verbundenen Grenzkosten soweit angestiegen sind, dass sie dem variablen Lohnsatz entsprechen.

Dieses Kalkül sowie die Partizipationsbedingung des Pflege produzierenden Agenten hat der Auftraggeber beim Entwurf des Pflegevertrags zu berücksichtigen. Auf diese Weise kann er unter Vorwegnahme der Entscheidungen des Auftragnehmers einen für ihn optimalen Kontrakt vorschlagen. D.h. der Prinzipal schlägt dem Agenten einen Vertrag vor (vgl. Abbildung 15, S. 110: Handlungsschritt P), in dem er die beiden Lohnparameter  $\alpha$  und  $\beta$  so festlegt, dass der Auftragnehmer den Vertrag annimmt und das aus Sicht des Prinzipals optimale Anstrengungsniveau wählt. Wie bereits im vorangehenden Abschnitt zur Teamproduktion kann auch hier wieder eine *First-Best-Lösung* als Referenz angeführt werden: Angenommen der Prinzipal könnte das Engagement des Agenten beobachten (oder aus der Kenntnis des Einflusses der *Natur* vollkommen erschließen), so hätte er die Möglichkeit, das für ihn optimale  $e^*$  mittels erzwingenden Vertrags durchzusetzen:

Dazu könnte der Prinzipal einen Lohn  $w^*$  festlegen, für den lediglich die Partizipationsbedingung gelten muss ( $U(w^*) = \overline{U}$ ). Dem Prinzipal stehen dann verschiedene perfekte, erzwingende Verträge zur Verfügung, z.B.: Der Agent erhält  $w^*$  für  $e^*$ , jedoch beträgt die Auszahlung 0, falls sein Anstrengungsniveau über oder unter  $e^*$  liegt:

$$w = \begin{cases} w^* & \text{für } e = e^* \\ 0 & \text{sonst} \end{cases}$$

Oder der Agent erhält bei einer Anstrengung unter  $e^*$  gar keinen Lohn und ab der Schwelle  $e^*$  einen Fixlohn  $w^*$ :

$$w = \begin{cases} 0 & \text{für } e < e^* \\ w^* & \text{für } e \geq e^* \end{cases}$$

Zur *First-Best-Lösung* kann aber auch eine lineare Lohnformel  $w = \beta + \alpha e$  führen. In diesem Fall muss der Prinzipal die Parameter der Lohnformel so wählen, dass der Agent mit  $(e^*; w^*)$  genau seinen Reservationsnutzen realisiert (Rasmusen 2001, S. 165-172).

Die Realisierung einer *First-Best-Lösung* erfordert aber, dass der Prinzipal informatorischen Zugang zum Agentenengagement und/oder zum Einfluss der *Natur* hat. Annahmegemäß hat er beides nicht und kann somit lediglich eine *Second-Best-Lösung* verwirklichen. Zur Ermittlung dieser legt der Auftraggeber seinen Erwartungsnutzen zugrunde und maximiert diesen. Der Einfachheit halber wird der Prinzipal zunächst noch als risikoneutral unterstellt. Der zu erwartende Nutzen ergibt sich dann aus der Differenz des zu erwartenden Erlöses abzüglich der zu erwartenden Lohnkosten. Bei einem Preis pro Pflegeeinheit in Höhe von  $p$  ergibt sich:

$$EU_p(\cdot) = pEx - Ey = pe - \beta - \alpha e.$$

Wie oben ausgeführt, muss der Prinzipal bei seiner Gewinnmaximierung aber auf die Bedingung der Pflegerin bzw. der Managerin zur Vertragsannahme Rücksicht nehmen. Seine angenommene Monopolstellung erlaubt ihm, die Partizipationsbedingung mit einem Gleichheitszeichen in seine Zielfunktion aufzunehmen. Außerdem muss der Prinzipal der Nutzenmaximierungsbedingung des Agenten Rechnung tragen. Die Partizipationsbedingung des Agenten betrug

$$\beta + \alpha e - \frac{r}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - C(e) = \overline{U}_A$$

und seine Nutzenmaximierungsbedingung

$$C'(e^*) = \alpha.$$

Beide Bedingungen zusammengefasst, kann sie der Prinzipal in folgender Form in seine Erwartungsnutzenfunktion einsetzen:

$$\beta = \overline{U}_A - \alpha e + \frac{r}{2} (C'(e))^2 \text{Var}(\varepsilon) + C(e)$$

Das Einsetzen dieser Bedingungen eliminiert  $\alpha$ , so dass gilt:

$$EU_p(\cdot) = pe - \overline{U}_A - C(e) - \frac{r}{2} (C'(e))^2 \text{Var}(\varepsilon)$$

Die notwendige Bedingung für ein Nutzenmaximum des Prinzipals erhält man aus

$$\frac{\partial EU_p(\cdot)}{\partial e} = p - C'(e) - rC'(e)Var(\varepsilon)C''(e) = 0,$$

so dass für den nutzenmaximalen variablen Lohnsatz gilt:

$$C'(e^*) = \alpha^* = \frac{p}{1 + rVar(\varepsilon)C''(e^*)}$$

Ein Einsetzen der Bedingung für das Gewinnmaximum des Prinzipals in die Partizipationsbedingung des Agenten ergibt nun auch noch die optimale Höhe des fixen Lohnbestandteils  $\beta$ , auf dessen Darstellung hier jedoch verzichtet wird, da sie keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn ermöglicht. Bevor dieses Grundmodell nun schrittweise erweitert wird, können einige Zwischenergebnisse zusammengefasst werden, die auch für die weiteren Ausführungen gelten:

Für einen risikoneutralen Agenten ( $r = 0$ ) ergibt sich ein variabler Lohnsatz in Höhe von:

$$\alpha_{r=0}^* = C'(e^*) = p$$

Das heißt der Auftragnehmer weitet sein Engagement aus, bis die damit verbundenen Grenzkosten dem Preis pro Pflegeeinheit entsprechen, vorausgesetzt, der Pflegevertrag sieht einen variablen Lohnanteil in der gleichen Höhe vor. Ein solcher Agent wird selbst zum Unternehmer, der den Einsatz seines so verstandenen Produktionsfaktors Engagement gemäß der entsprechenden unternehmenstheoretischen Regel ausweitet, bis gilt *Preis = Grenzprodukt* (vgl. z.B. Neumann 1995b, S. 31).

Mit zunehmender Risikoaversion ( $r > 0$ ) wird der Nenner der Bedingung für den optimalen variablen Lohnsatz jedoch größer als 1. Der variable Lohnsatz geht dann zurück. Aufgrund des unterstellten Verlaufs der Agentenkosten und wegen der Nutzenmaximierungsbedingung des Agenten ( $\alpha^* = C'(e^*)$ ) bedeutet ein verringerter variabler Lohnanteil aber zugleich eine reduzierte Anstrengung des Auftragnehmers. Aus Anreizgründen ist es für den Prinzipal damit günstig, wenn der Auftragnehmer einen möglichst großen Teil der Unsicherheit selbst trägt (vgl. hierzu auch Lazear 1998, S. 119f).<sup>38</sup> Zu einem geringeren variablen Lohnsatz führen neben einer stärkeren Risikoaversion des Agenten auch eine Vergrößerung der Unsicherheit durch eine stärkere Varianz der natürlichen Ergebnisschwankungen und ein stärker gekrümmter Anstieg der Anstrengungskosten.

Wie hier unterstellt, beschränkt der monopolistisch agierende Auftraggeber den Pflege erbringenden Agenten auf seinen Reservationsnutzen. Diese Annahme ist nicht zwingend, vereinfacht aber die Ergebnisdarstellung. Der Auftraggeber übernimmt für den Erbringer der Pflegeleistungen dafür dessen Anstrengungs- und Risikokosten. Je stärker unter sonst gleichen Bedingungen die Risikoaversion des Agenten ausfällt, je größer die natürliche Ergebnisvarianz

---

<sup>38</sup> Lazears Vorschlag für die optimale Arbeitnehmerentlohnung geht sogar noch weiter. Sie sieht vor, dass der risikoneutrale Angestellte seinem Arbeitgeber zunächst die Fixkosten für die Einrichtung seines Arbeitsplatzes erstattet („Schreibtischmiete“). Dafür erhält er 100% des von ihm erzielten Erlöses (mit dem er freilich zuerst seine Arbeitsplatzkosten erwirtschaften muss (Lazear 1998, S. 101-111)).

$Var(\varepsilon)$  ist oder je schneller die Anstrengungskosten ansteigen, desto höher fällt der Anteil des Agentenlohns aus, der den Auftragnehmer lediglich für das von ihm eingegangene Agentenrisiko entschädigt.

Wie im Weiteren gezeigt werden kann, bedeutet dies für beide Vertragsparteien ein Motiv, die Erfüllung des Pflegevertrags durch die Pflegedokumentation transparent zu machen. Hat die Pflegerin bzw. die Managerin die Möglichkeit, mittels der Dokumentation ihre Aufgabenerledigung nachvollziehbarer zu machen, so verringert sie das Risiko, für Zufallseinflüsse der *Natur* verantwortlich gemacht zu werden. Damit reduziert sie zugleich den Anteil ihres Entgelts, der lediglich dem Ausgleich des Agentenrisikos dient. Dies ist auch im Interesse des an der Pflege interessierten Prinzipals. Für ihn bedeutet die Reduktion der Ergebnisunsicherheit die Möglichkeit, den variablen Lohnsatz  $\alpha$  und damit die Anstrengung des Auftragnehmers zu erhöhen, ohne dass er diesem ein höheres Entgelt zahlen muss.

### (3) Ermittlung des optimalen, risikoreduzierenden Dokumentationsumfangs

Im Folgenden wird somit dem Pflege erbringenden Agenten die Möglichkeit gegeben, diese Tätigkeit zu dokumentieren.<sup>39</sup> Für die dokumentierten Pflegebereiche wird die Möglichkeit eines perfekten Vertrags unterstellt. D.h. der Auftraggeber kann dann die Anstrengung seines Auftragnehmers vollkommen erkennen und die Verantwortlichkeiten für das Pflegeergebnis zwischen dem Agenten und der *Natur* differenzieren. Weiterhin soll angenommen werden, dass auch der Prinzipal, der die Pflege in Auftrag gibt, unter den unbeobachtbaren Zufallseinflüssen leidet. Dies ist insofern angemessen, als die hier als Prinzipal in Frage kommenden Akteure (insbesondere die Pflegemanagerin) selbst wiederum eine Agentenrolle gegenüber übergeordneten Prinzipalen wahrnimmt (z.B. Kostenträger, Klient, vgl. Abbildung 13, S. 100).<sup>40</sup> Die Pflegedokumentation stellt sowohl für den Agenten als auch für seinen Auftraggeber das Risiko ab, für unkontrollierbare Zufallseinflüsse verantwortlich gemacht zu werden.

In der Pflegepraxis kann die Dokumentation grundsätzlich nie ein vollkommenes Abbild von der geleisteten Pflege geben. Die Kosten dafür wären prohibitiv hoch (und man stieße an ethisch-rechtliche Grenzen, z.B. bei der Videoüberwachung der Pflegerbringung). Deshalb wird der realisierte Dokumentationsumfang als stetige Variable eingeführt:  $Doku = [0; Doku_{\max}]$ . Ein Dokumentationsumfang in Höhe von  $Doku = 0$  bedeutet, dass der Agent bei der Auftrags erledigung überhaupt nicht beobachtbar ist (die Annahme des vorgestellten Grundmodells). Der fiktive Fall einer perfekten Überwachungsmöglichkeit der Pflegerin (bzw. der Managerin, wenn diese als Agent auftritt) entspräche  $Doku = Doku_{\max}$ . In diesem Fall wäre ein erzwingender Vertrag möglich (Beispiele siehe oben in der Darstellung des Grundmodells). Ist der Dokumentationsumfang zwar nicht perfekt, aber doch größer als 0, so sind die beiden Partner des Pflegevertrags für die nicht dokumentierten Pflegetätigkeiten

---

<sup>39</sup> Die Modelldarstellung entspricht ab hier nicht mehr den für die Modelleinführung verwendeten Quellen. Zwar sehen auch Erlei et al. die Möglichkeit von Messaktivitäten im Rahmen der Prinzipal-Agent-Beziehung vor (1999, S. 121-125). Die Behandlung dort weicht aber insofern von den weiteren Analysen dieses Abschnitts ab, als die Autoren den Fall untersuchen, in dem der Prinzipal durch seine Messaktivitäten die Varianz der natürlichen Zufallsschwankungen reduziert. Die weitere Behandlung der Dokumentationsaktivitäten hier geht hingegen davon aus, dass die Dokumentation den Einfluss der *Natur* auf das Pflegeergebnis nur in seiner Bedeutung für den Pflegevertrag ausschalten kann. Die Zufallsschwankungen bestehen zwar fort, brauchen für den dokumentierten Teil des Vertragsgegenstandes aber nicht mehr berücksichtigt werden.

<sup>40</sup> Unter anderem mit diesem Argument weist Zivin die Annahme der Risikoneutralität von Prinzipalen im Gesundheitswesen sogar für hierarchisch noch höher angesiedelte Auftraggeber in der Gesundheits- und Sozialpolitik zurück (Zivin 2001, S. 500-503).

weiterhin dem Risiko aus den Zufallsschwankungen der *Natur* ausgesetzt. Die Pflegebereiche bzw. -tätigkeiten, die durch die Dokumentation abgedeckt sind, können durch den Ausdruck  $\frac{Doku}{Doku_{\max}}$  als Anteil am Gesamtpflegeauftrag angegeben werden. Der von der Dokumentation nicht erfasste Anteil der Pflegehandlungen entspricht dann

$$\frac{Doku_{\max} - Doku}{Doku_{\max}} = 1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}.$$

Die Führung der Pflegedokumentation ist mit Dokumentationskosten verbunden. Insoweit die Dokumentation im Interesse der Pflegerin (bzw. der Managerin, falls diese als Agent auftritt) ist, werden diese Kosten vom Agenten übernommen. Führt die Risikoaversion des Auftraggebers der Pflegeleistung zu einem darüber hinaus gehenden Dokumentationsinteresse auf Seiten des Prinzipals, so kommt dieser gegebenenfalls für die zusätzlichen Kosten auf.

Die Dokumentationskosten  $DK(Doku)$  sind ausschließlich vom realisierten Dokumentationsumfang abhängig.<sup>41</sup> Bei einem Dokumentationsumfang von 0 entfallen sie. Im (empirisch nicht realisierbaren) Fall einer vollkommenen Dokumentation gehen die Kosten gegen unendlich. Im Übrigen werden für den Verlauf der Dokumentationskosten zwischen diesen beiden Extremen folgende Annahmen getroffen:

$$DK(Doku) = \begin{cases} 0 & \text{für } Doku = 0 \\ DK(Doku) > 0 & \text{für } 0 < Doku < Doku_{\max} \text{ sowie} \\ \rightarrow \infty & \text{für } Doku = Doku_{\max} \end{cases}$$

$$DK'(Doku) = \begin{cases} 0 & \text{für } Doku = 0 \\ DK'(Doku) > 0 & \text{für } 0 < Doku < Doku_{\max} \text{ und} \\ \rightarrow \infty & \text{für } Doku = Doku_{\max} \end{cases}$$

$$DK''(Doku) = \begin{cases} 0 & \text{für } Doku = 0 \\ DK''(Doku) > 0 & \text{für } 0 < Doku < Doku_{\max} . \\ \rightarrow \infty & \text{für } Doku = Doku_{\max} \end{cases}$$

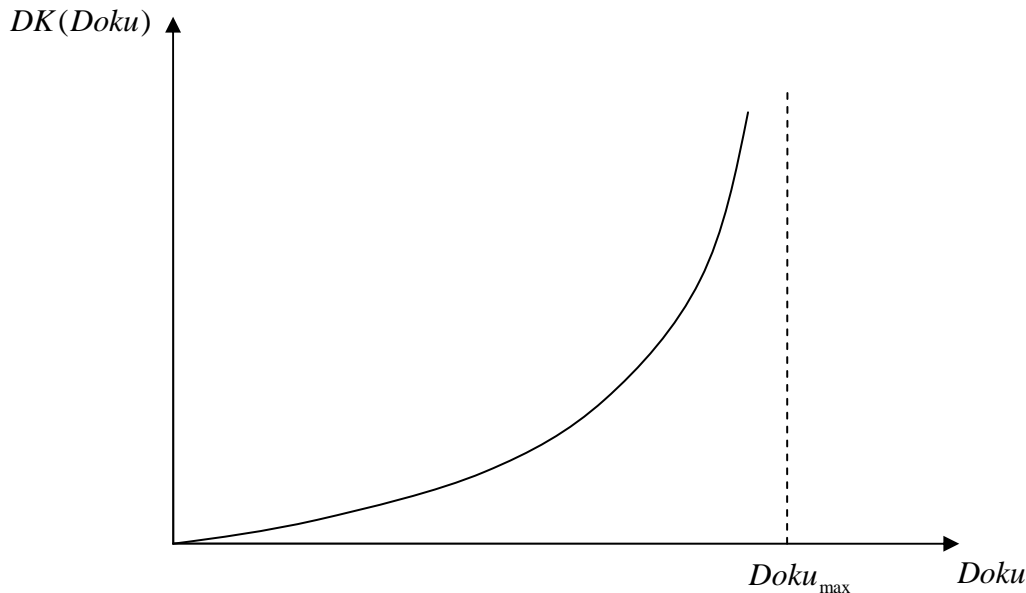
Die Dokumentationskosten setzen sich dabei aus monetären und nichtmonetären Kosten zusammen. Zu den ersteren gehören die Kosten für den Zeitaufwand, Kosten für spezielle Dokumentationssoftware und die für ihre Nutzung nötigen Schulungen der Pflegerinnen etc. Nichtmonetäre Kosten ergeben sich für die beteiligten Akteure durch den erlebten Verlust an individuellem Handlungsspielraum und durch die subjektive Beeinträchtigung aufgrund der umfangreicheren Kontrollmöglichkeit. Für beide Kostenarten ist ein überproportionaler An-

---

<sup>41</sup> Um das Modell nicht zu komplex werden zu lassen, wird insbesondere darauf verzichtet, eine Abhängigkeit der Dokumentationskosten vom Anstrengungsniveau des Agenten zu unterstellen. Tatsächlich ist sowohl ein positiver als auch ein negativer Einfluss des Agentenengagements auf die Dokumentationskosten denkbar. Einerseits kann angenommen werden, dass ein besonders großes Engagement auch besonders viel Dokumentationsaufwand mit sich bringt. Andererseits ist es aber auch denkbar, dass einem Agenten, der zu größerem Engagement in der Lage ist, auch die Dokumentation leichter fällt. Die letztere Annahme greift das im folgenden Abschnitt unter 4.2.3 dargestellte Modell auf.

stieg mit dem Dokumentationsumfang realistisch. Grafisch sieht der Verlauf der Dokumentationskosten damit folgendermaßen aus:

**Abbildung 17: Annahmen über den Verlauf der Dokumentationskosten in Abhängigkeit vom Dokumentationsumfang**



Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zusammenhänge zwischen dem Dokumentationsumfang und den damit verbundenen Dokumentationskosten sowie den entsprechenden gleichsam sicheren (d.h. die Wirkung der *Natur* beeinträchtigt die Vertragsparteien nicht) bzw. unsicheren (d.h. die Vertragsparteien sind weiterhin von den Zufallsschwankungen betroffen) Anteilen des Pflegevertragsgegenstands. Die risikofreien und die weiterhin vom Risiko betroffenen Pflegebereiche addieren sich zu 100%.

**Tabelle 8: Dokumentationsumfang, Dokumentationskosten und deren Bedeutung für die Relevanz der natürlichen Zufallsschwankungen**

Dokumentationsumfang	Dokumentationskosten	„Sichere“ Anteile der Pflegeauftragserfüllung	„Unsichere“ Anteile der Pflegeauftragserfüllung
$Doku = 0$	$DK(Doku) = 0$	$\frac{Doku}{Doku_{max}} = 0$	$1 - \frac{Doku}{Doku_{max}} = 1$
$0 < Doku < Doku_{max}$	$DK(Doku) > 0$	$0 < \frac{Doku}{Doku_{max}} < 1$	$0 < 1 - \frac{Doku}{Doku_{max}} < 1$
$Doku = Doku_{max}$	$DK(Doku) \rightarrow \infty$	$\frac{Doku}{Doku_{max}} = 1$	$1 - \frac{Doku}{Doku_{max}} = 0$

Wie im Grundmodell muss die Suche nach dem optimalen Vertragsentwurf wieder bei der Erbringerin der Pflegeleistung beginnen. Ihr Kalkül wird anschließend vom Prinzipal antizipiert und in dessen Nutzenmaximierung berücksichtigt. Im Unterschied zum Grundmodell setzt sich der erwartete Agentenlohn nun jedoch aus zwei Teilen zusammen. Aus der von der Dokumentation erfassten, nicht mehr durch die Unsicherheit beeinträchtigten Pflege erhält der Agent den sicheren Lohn  $y_1$ . Die nicht dokumentierten Pflegebereiche, die weiterhin durch das Risiko beeinträchtigt sind, ermöglichen das unsichere Einkommen  $y_2$ , von dem außerdem die Risikoprämie des Agenten  $RP_A$  abzuziehen ist. Außerdem gehen in die Nutzenfunk-



tion des Auftragnehmers die Kosten der Agentenanstrengung  $C(e)$  und die Dokumentationskosten des Agenten  $DK_A(Doku)$  ein. Ausgedrückt als Erwartungsnutzen ergibt sich somit:

$$EU_A(\cdot) = \frac{Doku}{Doku_{\max}} y_1 + \left(1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}\right) (y_2 - RP_A) - C(e) - DK_A(Doku).$$

Für den dokumentierten Pflegebereich gelten perfekte Vertragsbedingungen, für die verschiedene erzwingende Lohnformeln zur Verfügung stehen. Wie oben in der Darstellung des Grundmodells ausgeführt, kann als erzwingende Lohnformel auch die bereits bekannte lineare Formel  $\alpha e + \beta$  verwendet werden. Diese wird sowohl für  $y_1$  als auch für  $y_2$  angenommen. Die Formel für die Risikoprämie des Agenten bleibt ebenfalls unverändert ( $RP_A = \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon)$  mit  $r_A$  als Risikoaversion des Agenten), gilt jetzt aber nur noch für die nicht dokumentierten Anteile des Pflegeauftrags. Für den gesamten Erwartungsnutzen des Agenten gilt damit

$$EU_A(\cdot) = \frac{Doku}{Doku_{\max}} (\alpha e + \beta) + \left(1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}\right) \left[ \alpha e + \beta - \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) \right] - C(e) - DK_A(Doku),$$

was sich umformulieren lässt zu

$$EU_A(\cdot) = \alpha e + \beta - \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) + \frac{Doku}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - C(e) - DK_A(Doku).$$

Anhand der ersten Ableitung dieser Formel kann das aus Sicht der Pflegeleistungserbringerin optimale Transparenzniveau ermittelt werden. Aus

$$\frac{\partial EU_A(\cdot)}{\partial Doku} = \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - DK_A'(Doku) \stackrel{!}{=} 0$$

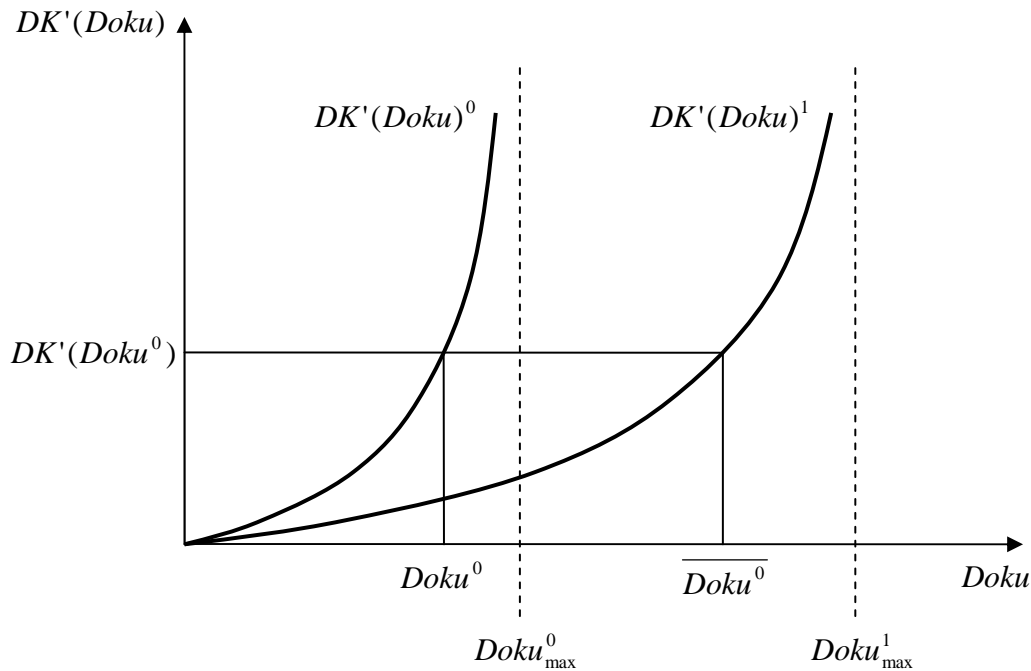
kann die notwendige Bedingung

$$DK_A'(Doku^*) = \frac{r_A \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon)}{2 Doku_{\max}}$$

bestimmt werden.

Der für den Auftragnehmer wünschenswerte Dokumentationsumfang steigt somit mit seiner Risikoaversion, mit dem Parameter des variablen Lohnbestandteils und mit der Varianz des Einflusses der *Natur* auf das Pflegeergebnis. Diese Wirkungszusammenhänge überraschen wenig. Im Nenner der Bedingung für das optimale Niveau der Dokumentationsgrenzkosten findet sich der maximal denkbare Umfang der Dokumentation. Dieser größtmögliche Dokumentationsumfang – bei einer gedachten vollkommenen Dokumentation aller Pflegebereiche – beeinflusst jedoch nicht nur die Bedingung für das nutzenmaximale Dokumentationshandeln des Agenten, sondern auch den Verlauf der Dokumentations-(Grenz-)Kosten. Seine Wirkung auf den nutzenmaximalen Umfang der Dokumentation aus Agentensicht ist daher offen. Die folgende Abbildung illustriert dies an einem Beispiel:

**Abbildung 18: Wirkung einer Veränderung des maximalen Dokumentationsumfangs auf das optimale Dokumentationsniveau**



Die Abbildung zeigt zwei verschiedene Dokumentationsgrenzkostenverläufe  $DK'(Doku)^0$  und  $DK'(Doku)^1$  mit dazugehörigen maximalen Dokumentationsvolumina  $Doku_{\max}^0$  und  $Doku_{\max}^1$ . Angenommen, in einem Ausgangszustand beträgt das optimale Dokumentationsgrenzkostenniveau  $DK'(Doku^0)$ . Der Agent wählt dann einen Dokumentationsumfang von  $Doku^0$ . Eine Erhöhung der Risikoaversion, des variablen Lohnsatzes oder der Varianz der natürlichen Schwankungen bedeutete nun gemäß der Bedingung für das Nutzenmaximum des Agenten eine Erhöhung der optimalen Grenzkosten und mithin eine Ausweitung der Dokumentationsaktivität entlang des Verlaufs von  $DK'(Doku^0)$ . Die Erhöhung des maximalen Dokumentationsvolumens von  $Doku_{\max}^0$  auf  $Doku_{\max}^1$  bedeutet aber einen veränderten Verlauf der Dokumentations-Grenzkosten, die nun flacher ansteigen. Blicke das ursprünglich optimale Grenzkostenniveau  $DK'(Doku^0)$  konstant, so weitete der Agent den Dokumentationsumfang bei gleichen Kosten auf  $\overline{Doku}_0$  aus. Gemäß der Bedingung für das nutzenmaximale Dokumentationsniveau sinken die optimalen Grenzkosten jedoch. Der neue optimale Dokumentationsumfang muss daher kleiner als  $\overline{Doku}_0$  sein. Diese Bedingung kann für ein kleineres, für ein unverändertes oder aber auch für ein größeres als das ursprüngliche Dokumentationsniveau  $Doku^0$  gelten.

Das aus Sicht der Pflegeleistungserbringerin optimale Anstrengungsniveau erhält man durch Maximierung des Erwartungsnutzen des Agenten. Dieser lautet:

$$EU_A(\cdot) = \alpha e + \beta - \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) + \frac{Doku}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - C(e) - DK_A(Doku)$$

Die Bedingung für das Maximum erhält man aus der ersten Ableitung:

$$\frac{\partial EU_A(\cdot)}{\partial e} = \alpha - C'(e) \stackrel{!}{=} 0$$

Für das optimale Anstrengungsniveau gilt somit wie bereits im Grundmodell:

$$C'(e^*) = \alpha$$

Der Nutzenfunktion des Agenten ist außerdem noch dessen Bedingung für die Annahme des Vertrages zu entnehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass der zu erwartende Nutzen mindestens das Reservationsniveau  $\overline{U}_A$  erreicht. Also muss gelten:

$$\alpha e + \beta - \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) + \frac{Doku}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon) - C(e) - DK_A(Doku) \geq \overline{U}_A$$

Wie bereits erwähnt, soll nun auch im Erwartungsnutzen des Prinzipals  $EU_p(\cdot)$  dessen Risikoaversion mitberücksichtigt werden. Die dafür anzusetzende Risikoprämie  $RP_p$  betrifft auch hier lediglich den nicht dokumentierten Anteil der Pflege ( $1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}$ ). Für den dokumen-

tierten Pflegeanteil wird wie beim Agenten unterstellt, dass die natürlichen Zufallsschwankungen der Pflegeergebnisse, den Nutzen des Prinzipals nicht beeinträchtigen. Er kann nämlich dann nachweisen, dass die unerwünschten Ergebnisse nicht in seinem Verantwortungsbereich entstanden sind. Der zu erwartende Erlös  $pEx = pe$  und die zu erwartenden Lohnkosten  $Ey = \alpha Ex + \beta = \alpha e + \beta$  aus dem Grundmodell bleiben unverändert. Neu hinzu kommen jedoch die auf den Prinzipal entfallenden Dokumentationskosten  $DK_p(Doku)$ , von denen später noch der bereits dem Agenten zugerechnete Anteil abgezogen wird. Der Erwartungsnutzen stellt sich damit als

$$EU_p(\cdot) = pe - \alpha e - \beta - \left(1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}\right) RP_p - DK_p(Doku)$$

dar, was sich vereinfachen lässt zu:

$$EU_p(\cdot) = pe - \alpha e - \beta - RP_p + \frac{Doku}{Doku_{\max}} RP_p - DK_p(Doku)$$

Bei der Formulierung der anzusetzenden Risikoprämie ist zunächst festzulegen, welche Risiken des Prinzipals berücksichtigt werden sollen. Der Zufallseinfluss durch die *Natur* beeinträchtigt sowohl den Erlös  $px = p(e + \varepsilon)$  als auch die Höhe des Lohns an den Agenten  $\beta + \alpha(e + \varepsilon)$ . Inhaltliche Überlegungen können dazu führen, die Unsicherheit auf der Erlösseite als schwerwiegender zu betrachten, auch wenn sie im Modell hier gleichwertig erscheinen. Es ist nämlich durchaus plausibel anzunehmen, dass den Auftraggeber zufallsbedingte Schwankungen seiner Lohnzahlungen weniger stark beeinträchtigen als das Risiko aus der Beziehung mit seinen übergeordneten Auftraggebern. Betrachtet man beispielsweise eine Pflegemanagerin als Prinzipal und die Pflegekostenträger (Pflegeversicherung etc.) als übergeordnete Auftraggeber der Pflege, so erkennt man, dass ein – von der *Natur* verursachtes, aufgrund von Dokumentationsmängeln aber der Pflegeeinrichtung zugeschriebenes – negatives Pflegeergebnis unter Umständen das Fortbestehen des Unternehmens gefährden kann.

Formal betrachtet kehrt ein dann eintretender Schadensersatzanspruch oder eine Vertragsstrafe den Preis pro betroffene Pflegeeinheit ins Negative. Selbst wenn zu erwarten ist, dass ein solches Ereignis (d.h. der so zustande kommende negative Erlös) im langfristigen Mittel durch positive Zufallseinflüsse ausgeglichen wird, wird die Managerin diesem Risiko vermutlich mehr Aufmerksamkeit schenken. Bei der Formulierung der Risikoprämie wird daher zunächst nur auf die Unsicherheit durch die Erlösschwankungen abgestellt, bevor das Ergebnis anschließend um das Risiko durch Lohnunsicherheiten erweitert wird.

Nutzenmindernd für den Prinzipal wirkt damit der mit dem Preis  $p$  bewertete Einfluss der Natur  $\varepsilon$ . Die somit auf den Erlös bezogene Risikoprämie des Prinzipals  $RP_p^{Erl}$  (zur Differenzierung von der später mit zu berücksichtigenden lohnbezogenen Prämie  $RP_p^{Lohn}$ ) wird durch  $RP_p^{Erl} = \frac{r_p}{2} Var(p\varepsilon)$  ausgedrückt (mit  $r_p$  als Risikoaversion des Prinzipals), was sich umformen lässt zu:

$$RP_p^{Erl} = \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon)$$

Die Risikoprämie in den Erwartungsnutzen des Prinzipals eingesetzt, ergibt sich:

$$EU_p(\cdot) = pe - \alpha e - \beta - \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon) + \frac{Doku}{Doku_{\max}} \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon) - DK_p(Doku)$$

Wie im Grundmodell muss der Prinzipal an dieser Stelle noch die Partizipationsbedingung des Agenten berücksichtigen, die er aufgrund seiner angenommenen Monopolstellung mit einem Gleichheitszeichen in seine Nutzenfunktion einsetzen kann. Nach  $\beta$  aufgelöst lautet sie:

$$\beta = \overline{U}_A - \alpha e + \frac{r_A}{2} \alpha^2 Var(\varepsilon) - \frac{Doku}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} \alpha^2 Var(\varepsilon) + C(e) + DK_A(Doku)$$

Nach Einsetzen dieser Partizipationsbedingung und unter Berücksichtigung der Bedingung für seine nutzenmaximale Anstrengung des Agenten ( $C'(e^*) = \alpha$ ) erhält man den Erwartungsnutzen des Prinzipals als:

$$EU_p(\cdot) = pe - \overline{U}_A - \frac{r_A}{2} (C'(e))^2 Var(\varepsilon) + \frac{Doku}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} (C'(e))^2 Var(\varepsilon) - C(e) - DK_A(Doku) \dots$$

$$\dots - \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon) + \frac{Doku}{Doku_{\max}} \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon) - DK_p(Doku)$$

Das aus Sicht des Prinzipals optimale Dokumentationsniveau errechnet sich aus der ersten Ableitung dieser Formel:

$$\frac{\partial EU_p(\cdot)}{\partial Doku} = \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon) - DK_p'(Doku) = 0$$

Die Ableitung der Risikoprämie des *Agenten* und dessen Dokumentationsgrenzkosten  $DK_A'(Doku)$ , die der Prinzipal aufgrund der Partizipationsbedingung des Agenten zunächst mitberücksichtigen muss, heben sich dabei gegenseitig auf. Die Bedingung für das nutzenmaximale Dokumentationsniveau aus der Sicht des Prinzipals ergibt sich damit aus:

$$DK_P'(Doku^*) = \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_P}{2} p^2 \text{Var}(\varepsilon).$$

Für das optimale Dokumentationsniveau des risikoaversen Prinzipals gelten damit dieselben Zusammenhänge wie zuvor beim Agenten. Sein Dokumentationsinteresse steigt mit seiner Risikoaversion und mit der Varianz der natürlichen Zufallsschwankungen sowie mit dem Preis pro Pflegeeinheit, die beim Prinzipal an die Stelle des variablen Lohnsatzes in der Formel für das optimale Grenzkostenniveau des Agenten tritt.

Der Prinzipal kann nun das für ihn optimale Dokumentationsniveau mit dem vergleichen, was für den Agenten im Rahmen dessen eigenen Kalküls nutzenmaximal ist. Aufgrund der Partizipationsbedingung trägt der Auftraggeber letztlich auch die Dokumentationskosten seines Auftragnehmers. Aus dem Vergleich von  $DK_P'(Doku)$  und  $DK_A'(Doku)$  kann der Prinzipal erkennen, ob er die Dokumentationsaktivitäten durch eigene Ausgaben erweitern möchte oder ob ihm das Dokumentationsniveau des Agenten ausreicht. Die Bedingung für die gegebenenfalls durch den Auftraggeber zusätzlich verausgabten Dokumentationskosten  $\Delta DK(Doku)$  ergeben sich aus der Differenz der beiden Dokumentationsgrenzkosten:

$$\Delta DK(Doku) = DK_P(Doku) - DK_A(Doku) \text{ bzw.}$$

$$\Delta DK'(Doku) = DK_P'(Doku) - DK_A'(Doku) \text{ mit}$$

$$\Delta DK'(Doku) = \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_P}{2} p^2 \text{Var}(\varepsilon) - \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} \alpha^2 \text{Var}(\varepsilon), \text{ vereinfacht zu:}$$

$$\Delta DK'(Doku) = \frac{\text{Var}(\varepsilon)}{2Doku_{\max}} (r_P p^2 - r_A \alpha^2)$$

Falls die aus Sicht des Agenten optimalen Grenzkosten größer sind als die des Prinzipals, wird der Ausdruck negativ. Da negative Grenzkosten nicht möglich sind, bedeutet dies, dass der Auftraggeber keine zusätzlichen Kosten mehr zu tragen hat und mithin sich sein Gesamtnutzen entsprechend erhöht. Damit gilt:

$$\Delta DK(Doku) = \begin{cases} 0 & \text{für } r_P p^2 - r_A \alpha^2 \leq 0 \\ \Delta DK(Doku) > 0 & \text{für } r_P p^2 - r_A \alpha^2 > 0 \end{cases}$$

Aufgrund dieser Berechnung ist umso eher zu erwarten, dass der Prinzipal sich an den Dokumentationskosten beteiligen muss, je höher seine eigene Risikoaversion sowie der Preis pro Pflegeeinheit ausfallen, wobei die z.B. schadensersatzbedingte negativen Preise für unerwünschte Pflegeergebnisse mit zu berücksichtigen sind. Zugleich sinkt die zu erwartende Dokumentationskosten-Beteiligung des Auftraggebers mit der Höhe der Risikoaversion des Auftragnehmers und des für diesen geltenden variablen Lohnsatzes.

Das optimale Niveau der Agentenanstrengung aus Sicht des Prinzipals erhält man aus der Ableitung des Erwartungsnutzens des Prinzipals nach dem Agentenengagement:

$$\frac{\partial EU_p(\cdot)}{\partial e} = p - r_A C''(e) Var(\varepsilon) C'(e) + \frac{Doku}{Doku_{\max}} r_A C''(e) Var(\varepsilon) C'(e) - C'(e) \stackrel{!}{=} 0$$

Die Bedingung für den optimalen variablen Lohnsatz, mit welcher der Prinzipal sicherstellt, dass der Agent den ihm angebotenen Vertrag annimmt und sich für seinen Auftraggeber nutzenmaximal anstrengt, lautet folglich:

$$C'(e^*) = \alpha^* = \frac{p}{1 + (1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}) r_A C''(e^*) Var(\varepsilon)}$$

In dieser Formel enthalten findet sich die Bedingung für die optimale Entlohnung bei vollkommener Information  $C'(e) = p = \alpha$ . Der variable Lohnsatz und infolgedessen auch das Anstrengungsniveau des Agenten fallen gegenüber diesem theoretisch maximalen Niveau umso weiter zurück, je weiter die Produktionsbedingungen sich von dem Ideal der vollkommenen Information entfernen. Die perfekten Produktionsbedingungen wären demnach erfüllbar durch einen risikoneutralen Agenten ( $r_A = 0$ ), durch einen linearen statt einem überproportionalen Anstieg der Anstrengungskosten ( $C''(e) = 0$ ), durch ein Verschwinden des Einflusses der *Natur* ( $Var(\varepsilon) = 0$ ) sowie durch einen realisierten Dokumentationsumfang in Höhe des theoretisch maximal denkbaren ( $Doku = Doku_{\max}$ ). Je weiter sich die Situation des Agenten von diesen Bedingungen entfernt, umso geringer müssen der variable Lohnsatz und damit auch die Anstrengung des Agenten ausfallen (vgl. hierzu auch Holmstrom/Milgrom 1991, S. 40-43).

#### (4) Optimaler Dokumentationsumfang bei erweiterter Risikoaversion des Prinzipals

Ergänzend wird nun noch der Fall betrachtet, in dem sich die risikobedingte Nutzeneinbuße des Prinzipals nicht nur aus der Erlösunsicherheit nährt, sondern zusätzlich auch noch aus der Unsicherheit seiner Lohnverpflichtung gegenüber dem Agenten. Die Erwartungsnutzenfunktion des Agenten ist weiterhin gegeben mit

$$EU_p(\cdot) = pe - \alpha e - \beta - RP_p + \frac{Doku}{Doku_{\max}} RP_p - DK_p(Doku).$$

Die Risikoprämie des Prinzipals setzt sich nun jedoch zusammen aus der Prämie für die Erlösunsicherheit  $RP_p^{Erl}$  und der bereits berücksichtigten Prämie für die Unsicherheit der Lohnzahlungen  $RP_p^{Lohn}$ :

$$RP_p = RP_p^{Erl} + RP_p^{Lohn} = \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon) + RP_p^{Lohn}$$

Die Risikoprämie für die Lohnunsicherheiten entspricht der Nutzeneinbuße des Prinzipals aufgrund kontrollierbarer, zufallsbedingter Schwankungen des Entgelts durch Einflüsse der *Natur*. Die Variabilität dieser Lohnunsicherheit wird wie beim Agenten ausgedrückt durch

$Var(\alpha\varepsilon)$ , d.h. die Handlung der Natur wird mit dem variablen Lohnsatz bewertet. Unter Verwendung der im Grundmodell entwickelten Formel für die Risikoprämie ergibt sich für die Prämie aufgrund der Lohnunsicherheit:

$$RP_p^{Erl} = \frac{r_p}{2} Var(p\varepsilon) = \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon)$$

Für die gesamte Risikoprämie des Prinzipals bedeutet dies:

$$RP_p = \frac{r_p}{2} p^2 Var(\varepsilon) + \frac{r_p}{2} \alpha^2 Var(\varepsilon) = \frac{r_p}{2} (p^2 + \alpha^2) Var(\varepsilon).$$

Das Kalkül des Agenten bleibt von der veränderten Risikoprämie des Prinzipals unberührt. Seine Partizipationsbedingung berücksichtigend, ergibt sich für den Auftraggeber die Erwartungsnutzenfunktion

$$EU_p(\cdot) = pe - \overline{U}_A - \left(1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}\right) \frac{r_A}{2} \alpha^2 Var(\varepsilon) - C(e) - DK_A(Doku) \dots$$

$$\dots - \left(1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}\right) \frac{r_p}{2} (p^2 + \alpha^2) Var(\varepsilon) - DK_p(Doku)$$

Durch Nullsetzen der ersten Ableitung dieses Erwartungsnutzen kann dessen Nutzenmaximum ermittelt werden:

$$\frac{\partial EU_p(\cdot)}{\partial Doku} = \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_p}{2} (p^2 + \alpha^2) Var(\varepsilon) - DK_p'(Doku) \stackrel{!}{=} 0$$

Die Bedingung für das optimale Dokumentationsniveau aus Auftraggebersicht unter Berücksichtigung der Unsicherheiten des Erlöses und der Lohnverpflichtungen ergibt sich daraus mit:

$$DK_p'(Doku) = \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_p}{2} (p^2 + \alpha^2) Var(\varepsilon)$$

Wie bereits in der Modelldarstellung unter (3) kann nun ermittelt werden, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe der Prinzipal selbst Dokumentationskosten trägt. Dabei wird berücksichtigt, dass der Prinzipal aufgrund der Partizipationsbedingung des Agenten letztlich auch dessen Dokumentationskosten mit übernimmt. Im Folgenden wird lediglich noch bestimmt, ob das optimale Dokumentations-(Kosten)-Niveau des Prinzipals darüber hinaus geht und wenn ja, wie hoch die zusätzlich entstehenden Kosten ausfallen. Der Differenzbetrag zwischen den Dokumentationskosten des Prinzipals und denen des Agenten beträgt:

$$\Delta DK(Doku) = DK_p(Doku) - DK_A(Doku)$$

Folglich gilt:

$$\Delta DK'(Doku) = DK_p'(Doku) - DK_A'(Doku)$$

Durch Einsetzen der optimalen Dokumentations-(Grenz-)Kosten von Prinzipal und Agent erhält man:

$$\Delta DK'(Doku) = \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_P}{2} (p^2 + \alpha^2) Var(\varepsilon) - \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} \alpha^2 Var(\varepsilon),$$

vereinfacht zu:

$$\Delta DK'(Doku) = \frac{Var(\varepsilon)}{2Doku_{\max}} [r_P(p^2 + \alpha^2) - r_A \alpha^2].$$

Die Frage, ob der Dokumentationswunsch des Prinzipals über den des Agenten hinausgeht und ob er sich mithin an den Dokumentationskosten beteiligen muss, beantwortet:

$$\Delta DK(Doku) = \begin{cases} 0 & \text{für } r_P(p^2 + \alpha^2) - r_A \alpha^2 \leq 0 \\ \Delta DK(Doku) > 0 & \text{für } r_P(p^2 + \alpha^2) - r_A \alpha^2 > 0 \end{cases}$$

Vergleicht man dieses Ergebnis mit dem vorherigen, bei dem sich die Risikoaversion des Prinzipals nur auf Erlösschwankungen bezog, ergibt sich durch die neu hinzugekommene Risikoprämie aufgrund der Lohnunsicherheiten ein erhöhtes Dokumentationsbedürfnis des Prinzipals. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Prinzipal deshalb an den Dokumentationskosten beteiligen muss, steigt entsprechend.

Der optimale variable Lohnsatz des Prinzipals ergibt sich aus der Ableitung seines Erwartungsnutzens nach der Agentenanstrengung. Dabei muss der Prinzipal jedoch noch die Bedingung des Agenten für seine nutzenmaximale Anstrengung mitberücksichtigen. Diese lautet wie bereits im Grundmodell  $C'(e^*) = \alpha$ . In die Formel für den Erwartungsnutzen des Prinzipals eingesetzt ergibt sich damit:

$$EU_P(\cdot) = pe - \overline{U}_A - (1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}) \frac{r_A}{2} (C'(e))^2 Var(\varepsilon) - C(e) - DK_A(Doku) \dots$$

$$\dots - (1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}) \frac{r_P}{2} [p^2 + (C'(e))^2] Var(\varepsilon) - DK_P(Doku)$$

Die erste Ableitung zur Bestimmung des Nutzenmaximums lautet:

$$\frac{\partial EU_P(\cdot)}{\partial e} = p - (1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}) (r_A + r_P) C'(e) Var(\varepsilon) C''(e) - C'(e) \stackrel{!}{=} 0$$

Infolgedessen ergibt sich die Bedingung für die nutzenmaximalen Anstrengungs-(Grenz-)Kosten und der optimale variabel Lohnsatz aus Sicht des Prinzipals mit:

$$C'(e^*) = \alpha^* = \frac{p}{1 + (1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}) (r_A + r_P) C''(e^*) Var(\varepsilon)}$$



Im Unterschied zu der Lösung, bei der sich die Risikoprämie des Prinzipals nur auf den Erlös bezog, wird der variable Lohnsatz nun auch durch die Risikoaversion des Auftraggebers beeinflusst, durch deren Anstieg das optimale  $\alpha$  nun ebenso sinkt wie durch die Risikoaversion des Agenten. Dies ist insofern bemerkenswert, als ein niedrigerer variabler Lohnsatz ein geringeres Engagement des Auftragnehmers bedeutet. (Grund ist das Nutzenkalkül des Agenten, der seine Anstrengung so lange ausweitet, bis deren Grenzkosten dem variablen Lohnsatz entsprechen.) Die somit reduzierte Agentenanstrengung ist zwar zunächst nicht im Sinne des Prinzipals, er befindet sich aber nun in einer Trade-Off-Situation: Der Prinzipal muss dabei abwägen zwischen der Anstrengung des Agenten, die einen höheren variablen Lohnsatz erfordert, und der Reduzierung unkontrollierbarer Lohnschwankungen, die bei einem niedrigeren  $\alpha$  geringer ausfallen. Die Ausweitung der Dokumentation schwächt diesen Gegensatz ab, da sich alle Unsicherheiten von Prinzipal und Agent (sowohl der Erlöses als auch der Lohns) durch die natürlichen Zufallseinflüsse nur auf den nicht dokumentierten Teil des Pflegeauftrags beziehen.

## (5) Zusammenfassung der Modellergebnisse

Ausgangspunkt der Überlegungen dieses Abschnitts war die Feststellung, dass Pflegeergebnisse sowohl vom Handeln damit beauftragter Akteure (Pflegerinnen, Managerinnen etc.) als auch von natürlichen Zufallseinflüssen (insbesondere durch die Gesundheit der Klientin) beeinflusst werden. Häufig kann ein Auftraggeber weder den Agenten bei der Erfüllung des Pflegeauftrags beobachten, noch kennt er die Wirkung der Zufallskomponente. Er kann deshalb das Pflegeergebnis nicht eindeutig einem dieser beiden Einflüsse zuweisen. Diese Unsicherheit bedeutet, dass einem Pflegeleistung erbringenden Akteur unerwünschte Ergebnisse zugeschrieben werden können, die trotz Einhaltung der professionellen Standards zustande kommen. Ebenso ist ein positives Ergebnis auch bei fachlichen ungenügender Pflege denkbar.

Obwohl unterstellt wird, dass sich die Zufallseinflüsse im Mittel ausgleichen, entsteht dem Agenten somit ein Risiko, sobald der Prinzipal ihn anhand der Pflegeergebnisse beurteilt. Wie mit dem Grundmodell *Moralisches Risiko mit versteckter Handlung* gezeigt werden kann, reduziert sich dann das Einkommen des Auftragnehmers um eine Risikoprämie. Für die Agentenentlohnung bedeutet dies eine Reduzierung des variablen zugunsten des fixen Lohnanteils. Damit einher geht eine verminderte Anstrengung des Auftragnehmers. Für den Fall, dass auch der Prinzipal als risikoavers betrachtet wird (schließlich ist er ja selbst ebenfalls von übergeordneten Auftraggebern abhängig, vgl. Abbildung 13, S. 100) muss auch für ihn eine Risikoprämie berücksichtigt werden.

Auftragnehmer und Auftraggeber wird nun die Möglichkeit gegeben, die Informationslücke bezüglich des Einflusses der *Natur* auf die Pflegeergebnisse zu reduzieren. Sie können dies indirekt durch die Dokumentation der geleisteten Pflege erreichen. Angenommen wird, dass die Zufallskomponente bei dokumentierten Pflegehandlungen nicht mehr relevant ist, da mittels der Dokumentation die fachgerechte Pflege nachgewiesen werden kann. Sollte es dennoch zu unerwünschten Ergebnissen kommen, so werden diese nicht den Leistungserbringern zugeordnet. Einer unbeschränkten Ausweitung der Pflegedokumentation stehen jedoch deren materielle und nichtmaterielle Kosten entgegen, die vom Agenten und evtl. zusätzlich noch vom Prinzipal zu tragen sind.

Positiv auf die Dokumentationsbereitschaft des Agenten sowie des Prinzipals wirken sich die Stärke der jeweiligen Risikoaversion und der Umfang der natürlichen Zufallseinflüsse aus. Der optimale Umfang der Dokumentation aus Auftragnehmersicht korreliert außerdem positiv

mit dem variablen Lohnsatz, während der Auftraggeber mehr Dokumentation wünscht, wenn der Preis pro Pflegeeinheit steigt. Letzteres dürfte insbesondere dann praxisrelevant werden, wenn aufgrund von Schadensersatzansprüchen bei negativen Pflegeergebnissen ein (unverhältnismäßig hoher) negativer Preis angesetzt werden muss. Um dieses Risiko zu begrenzen, wird der Prinzipal versuchen, einen Teil der möglichen Kosten auf den Agenten abzuwälzen. Damit erhöht sich dessen variabler Lohnsatz und mithin die Dokumentationsbereitschaft. Außerdem wird der Prinzipal eine umfangreichere Pflegedokumentation finanzieren, wenn er zusätzlich zu den zufälligen Schwankungen des Erlöses auch noch avers gegenüber dem Risiko ist, das ihm aus dem Einfluss der Zufallskomponente auf sein Entgelt an den Agenten erwächst. Eine solche Risikoaversion gegenüber Lohnschwankungen kann beispielsweise bei jungen Pflegeunternehmen mit geringerem Eigenkapital erwartet werden. Hervorzuheben ist, dass durch die Dokumentation der variable Lohnsatz steigen kann, was zugleich positive Wirkungen auf das zu erwartende Engagement des Pflegeleistungserbringers hat.

Diese Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden: Das Interesse der Pflegeakteure an der Pflegedokumentation fällt umso höher aus, je mehr die Pflegeergebnisse durch unkontrollierbare, externe Einflüsse beeinflusst werden, je folgenreicher die dadurch erzeugten Schwankungen der Ergebnisse für Auftragnehmer und Auftraggeber sind und je mehr diese unter dem damit verbundenen Risiko leiden.

## (6) Modellkritik

Wie gut passen die zugrunde liegenden Annahmen des in diesem Abschnitt entwickelten Modells *Risikoreduzierung durch transparentes Pflegehandeln* zur empirischen Situation bei der Erbringung pflegerischer Leistungen? Fragwürdig scheinen zunächst zwei Annahmen: zum einen die (ausschließlich) ergebnisorientierte Beurteilung der Pflege und zum anderen deren Bewertung mit einer linearen, erfolgsabhängigen Lohnformel. In Hinblick auf die ausschließliche Ergebnisorientierung kommen als Dimensionen des Pflegeergebnisses insbesondere die subjektiv vom Klienten wahrgenommene Pflegezufriedenheit bzw. -qualität sowie die damit verbundene Lebensqualität und die professionelle sowie managementbezogene Pflegequalität in objektiver Hinsicht in Frage (vgl. deren Einordnung in die Pflegequalitätsmatrix in Abschnitt 2.3). Diese einseitige Outcome-Orientierung ist insofern nicht unangebracht, als die Dokumentationsqualität als (eine) Voraussetzung der Ergebnisqualität betrachtet werden kann. Die Güte der Pflegedokumentation ist somit selbst Repräsentant der Prozessqualität (und in ihrer Abhängigkeit von den Grundlagen des Dokumentierens auch der Inputqualität). Die damit zum Ausdruck kommende produktive Bedeutung der Pflegedokumentation wird von dem dargestellten Modell hingegen ignoriert. Stattdessen wird die Pflege vereinfachend als Produkt der abstrakten Produktionsfaktoren Agentenanstrengung und *Natur* betrachtet:  $x(e; \varepsilon)$  statt  $x(e(Doku; \dots); \varepsilon)$ . Die Ignorierung der produktiven Bedeutung der Pflegedokumentation hat das Modell dieses Abschnitts mit dem des kommenden gemeinsam, bei dem die Bedeutungslosigkeit für die Pflegeproduktivität sogar explizit unterstellt wird.

Fraglich ist außerdem, ob die Pflegeergebnisse für die Beurteilung der Pflegeakteure in der Praxis überhaupt eine größere Rolle spielen (können).<sup>42</sup> Bedingung wäre ihre Bestimmung mittels einer objektiven, zuverlässigen sowie gültigen Messung. Diese müsste bei allen Beteiligten anerkannt sein und so im Streitfall auch Rechtssicherheit schaffen (Committee on Nursing Home Regulation 1986, S. 61f). Die dafür erforderlichen Messinstrumente stehen im

---

<sup>42</sup> So befindet sich beispielsweise die Evaluation der *Wirksamkeit von Pflege* momentan noch in der Phase ihrer wissenschaftlichen Erprobung (vgl. z.B. Engel et al. 2004).

Pflegebereich momentan allenfalls als wissenschaftliche Projektergebnisse zur Verfügung (vgl. z.B. Heislbetz et al. 2007; Pieper et al. 2007c; eine Zusammenfassung möglicher dysfunktionaler Anreize durch ein ungeeignetes Set von Ergebnisindikatoren liefern Goddard et al. am Beispiel des staatlichen britischen Gesundheitsdienstes, 2000, S. 102-105). Hinzu kommt, dass der jeweilige Auftraggeber für die Messung der Pflegeergebnisse häufig auf die Zu-Arbeit seiner Auftragnehmer ist, welche die Pflege ausführen. Beispielsweise ist eine Pflegemanagerin bei der Beurteilung der professionellen Pflegequalität auf die Aussagen ihrer Pflegerinnen oder deren Angaben in der Pflegedokumentation angewiesen (zu den Problemen der Konstruktion von Indikatoren der Pflegequalität, vgl. Vaarama et al. 2007c; Heislbetz et al. 2007, S. 240). Inwiefern dies einen Anreiz für die Pflegerinnen bedeutet, diese Angaben zu verzerren, untersucht das unter 4.2.4 dargestellte Modell.

Will sich die Managerin oder eine externe Evaluierung hingegen von der Mitarbeit ihrer Pflegerinnen bei der Erhebung der Pflegeergebnisse unabhängig machen, so bleibt ihr z.B. die Befragung der Klienten über deren subjektive Pflegezufriedenheit oder die daraus gewonnene Lebensqualität. Von diesen Größen ist der Rückschluss auf die Anstrengung der Pflegerinnen aber noch mittelbarer als beispielsweise von der professionellen Pflegequalität.<sup>43</sup> Das heißt in der Terminologie des hier vorgestellten Modells: Die subjektive Lebensqualität und erst recht die Lebensqualität der Klienten werden außer durch die Agentenanstrengung erheblich durch eine natürliche Zufallskomponente beeinflusst. Der Einfluss der *Natur* ist mithin so groß und die Wirkungszusammenhänge werden so komplex, dass die Modellannahme, wonach diese mittels der Pflegedokumentation vom Einfluss der Agentenanstrengung auf das Pflegeergebnis getrennt werden können, nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Ein Zitat eines Pflegers aus einer Diskussion mit Praktikern über die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren Abhängigkeit von der Pflege drückt diese Skepsis aus:

„Sollen wir jetzt auch noch für die Lebensqualität zuständig sein? Wie kann diese in meine Verantwortung fallen, wenn sie doch von so vielen Dingen abhängt, auf die ich gar keinen Einfluss habe und für die ich nicht zuständig bin?“

Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob sich die an der Pflegeerbringung beteiligten Agenten auf einen Leistungslohn einlassen. Vermutlich liegt unter anderem hierin die Tatsache begründet, dass leistungsabhängige Lohnkomponenten im Pflegebereich eine eher geringe Bedeutung haben. Denkbar sind am ehesten noch mehr oder weniger regelmäßige Zulagen an alle Mitarbeiterinnen bei besonders guten Geschäftsergebnissen. Das monetäre Entgelt einer Pflegerin nach einer linearen Lohnformel zu berechnen, wie im gegenwärtigen Modell vorgesehen, wird in der Praxis wohl kaum jemals vorkommen.

Realistischer hingegen scheint ein zusammengesetzter Lohn mit einem fixen monetären Anteil und einem variablen, nichtmonetären Anteil. Als nichtmonetärer Lohnanteil ist dabei auch die Anerkennung bzw. das dem Agenten entgegengebrachte Prestige mit zu betrachten. Für die Bedeutung des Prestiges lassen sich ohne Schwierigkeiten realistische Beispiele konstruieren. So kann eine Pflegerin, die bei ihrer Managerin im Ruf steht, besonders engagiert zu sein, eher auf die Übernahme in unbefristete Arbeitsverhältnisse oder auf eine Beförderung hoffen. Die Managerin wiederum profitiert von der Reputation ihrer Einrichtung bei den Klientinnen (in diesem Fall: ihren Prinzipalen) durch eine vermehrte Nachfrage seitens der Klientinnen. Lien et al. untersuchen dies am Beziehungsdreieck zwischen der Klientin, der leistungserbringenden Einrichtung und dem kostentragenden Auftraggeber (z.B. Versicherung): Sie zeigen formal, wie Anbieter von Gesundheitsleistungen durch eine vermehrte Anstrengung die Nach-

---

<sup>43</sup> Ebenso schwierig ist es, von Indikatoren wie der Zahl der Beschwerden oder dem Interesse an der Pflegeeinrichtung („Abstimmung mit den Füßen“) auf das Engagement der Pflegerinnen zu schließen.

frage durch die Klientinnen zulasten des Kostenträgers ausweiten können, wenn die Leistungsempfänger das Engagement beurteilen können, der Kostenträger hingegen nicht. Der empirische Nachweis dieser Form der anbieterinduzierten Nachfrage an einem Beispiel aus der psychiatrischen Versorgung gelingt jedoch nicht (Lien et al. 2004, vgl. insbesondere S. 1281f). Auch gegenüber administrativ-politischen, übergeordneten Auftraggebern wie z.B. Kostenträgern oder (Kommunal-)Verwaltungen kann der Ruf der Managerin von Bedeutung sein, etwa wenn diese über die Konzessionsvergabe für weitere Pflegeeinrichtungen zu entscheiden haben. Die entsprechende Lohnformel sähe beispielsweise so aus:  $y_{\text{monetär+nichtmonetär}} = \beta + \alpha \cdot \text{Reputation}(e)$  mit  $\beta$  als dem monetären Fixlohnanteil und  $\alpha \cdot \text{Reputation}(e)$  als dem nichtmonetären Entgeltbestandteil. Unterstellt man den Einfluss der Agentenanstrengung auf die Reputation als konstant, so lässt sich diese Lohnformel homogen zur bekannten linearen Beziehung  $y_{\text{monetär+nichtmonetär}} = \beta + \alpha e$  transformieren.

Sieht man von den Dokumentationskosten ab, so hat die Pflegedokumentation in diesem Abschnitt ausschließlich positive Wirkungen, indem sie die Risiken der Akteure reduziert, welche die Pflege ausführen. Dies ist insofern nicht immer realistisch, als eine vollständige, wahrheitsgemäß geführte Dokumentation auch eventuelle Pflegefehler enthalten muss, die gegebenenfalls *berechtigte* Schadensersatzforderungen begründen können. Während also die Pflegedokumentation einerseits das Risiko reduzieren soll, *unberechtigte* Regressansprüche (bei unerwünschten Pflegeergebnissen aufgrund unkontrollierbarer Einflüsse durch die *Natur*), kann sie andererseits die Auftraggeber der Pflege auch auf tatsächliche Behandlungsfehler hinweisen. Hieraus kann zusätzlich zu den Dokumentationskosten Widerstand gegen eine zu umfangreiche Pflegedokumentation entstehen. Im Ergebnis werden Pflegefehler seltener bekannt, so dass die Chance vergeben wird, aus ihnen zu lernen.

Der Prinzipal kann diesen Anreiz, Behandlungsfehler geheim zu halten, jedoch neutralisieren. Hierzu legt er in seinem Vertragsentwurf (Handlungsschritt P im obigen Modell, vgl. Abbildung 15, S. 110) reduzierte Vertragsstrafen für jene Vertragsverstöße fest, die der Agent selbst erkennbar macht. Die Reduzierung muss im Umfang so bemessen sein, dass die dann mit Sicherheit eintretenden Schadensersatzforderungen die Mitarbeit des Agenten an der Aufdeckung des Pflegefehlers neutralisiert. Die potentielle Strafe, die der Agent gegebenenfalls für selbst berichtete Behandlungsfehler zu bezahlen hat, darf deshalb die Strafe für vom Prinzipal aufgedeckte Fehler, multipliziert mit der Aufdeckungswahrscheinlichkeit, nicht übersteigen (zur Konstruktion eines solchen Vertragsentwurfs, vgl. Zivin/Pfaff 2004). Nicht lösbar mit einem solchen Vertragsentwurf sind jedoch jene Fälle, in denen die pflegerischen Akteure aus fachlich-ethischen Erwägungen gegen den Pflegevertrag verstoßen (müssen). Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn der Pflegevertrag aufgrund administrativer Vorgaben des Kostenträgers eine inadäquate Allokation der pflegerischen Ressourcen vorsieht.

Abschließend muss bezüglich dieses Modells noch kritisch die Vorstellung thematisiert werden, der *Umfang* der Pflegedokumentation alleine könne das Risiko der Pflegerinnen reduzieren, zu Unrecht für Pflegeergebnisse verantwortlich gemacht zu werden, die außerhalb ihres Einflussbereichs entstehen. Dies ist offensichtlich eine starke Vereinfachung. Neben der Vollständigkeit der Dokumentation spielt hierfür offensichtlich auch die Glaubwürdigkeit der Dokumentation eine Rolle, die sich unter anderem an ihrer internen Konsistenz entscheidet.

## 4.2.3 Qualitätssignale durch die Pflegedokumentation

### (1) Problemstellung

Die bisher skizzierten Modelle untersuchen die Pflege­transparenz bzw. die Pflegedokumentation als Möglichkeit, das *Risiko* in einem Team oder/und gegenüber einer vorgesetzten Managerin zu verringern. Der Zweck liegt in dem Nachweis, dass Qualitäts- oder Anstrengungserwartungen (z.B. Pflegestandards) nicht verletzt werden. Die Pflegedokumentation dient somit der Vermeidung negativer Sanktionen (etwa Schadensersatzforderungen). Das folgende Prinzipal-Agent-Modell geht der Frage nach, wann es für einen Agenten rational sein kann, über die Risikovermeidung hinaus mittels der Pflegedokumentation eine besondere *Pflegequalität* aufgrund des eigenen Handelns aufzuzeigen. Voraussetzung ist dabei die Motivation und die Fähigkeit zu einer solchermaßen besonderen Qualität. Sind diese Bedingungen gegeben, so ist es für die Pflegerinnen (als Agenten innerhalb der Pflegeorganisation) und die Managerin (als Agent beispielsweise gegenüber übergeordneten Trägerinstanzen) möglich und unter bestimmten Umständen auch rational, die Qualität durch die Pflegedokumentation aufzuzeigen.

Die Ausgangssituation für das in diesem Abschnitt darzustellende Transparenzmotiv könnte wie folgt aussehen:

Eine pflegebedürftige Klientin soll stationär versorgt werden. Sie und ihre Angehörigen haben die Wahl zwischen zwei in Frage kommenden Pflegeeinrichtungen. Die Hilfesuchenden haben kein Vorwissen über die Pflegequalität in den beiden Einrichtungen, stehen jedoch vor der Problematik, dass eine einmal getroffene Entscheidung für eines der beiden Heime nach der Eingewöhnung der Klientin nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Informationsgespräche mit den Managerinnen beider Heime ergeben, dass aufgrund standardisierter Pflegesätze die Heimkosten in beiden Fällen etwa gleich sind. Auch die Zahl der Pflegerinnen und deren Fachkraftquote unterscheiden sich aufgrund administrativer Vorgaben kaum.

Die Leiterin der ersten Einrichtung legt zusätzlich zu diesen Informationen eine ausführliche, aggregierte Darstellung relevanter Pflegeereignisse des vergangenen Jahres vor. Diese Liste wurde mit Hilfe einer speziellen Software aus den computerunterstützt geführten Pflegedokumentationen zusammengestellt. Sie enthält einen Tätigkeitsüberblick aller Pflegebereiche. Aus dem Bereich Körperpflege wird beispielsweise über die Aktivitäten zum Management von Pflegerisiken berichtet. Aus dem Bereich Freizeit werden Informationen über Art, Umfang und Beteiligung an entsprechenden Angeboten gemacht. Ebenfalls auf einen solchen Tätigkeitsbericht hin angesprochen, macht die Leiterin der zweiten Pflegeeinrichtung lediglich grundsätzliche Angaben über das vorgehaltene Angebotsspektrum. Wie häufig und mit welchem Ergebnis dieses letztlich in der Pflegepraxis umgesetzt bzw. nachgefragt wurde, könne nicht ermittelt werden, da der Zeitaufwand hierfür zu hoch sei.

Die Hilfesuchenden entscheiden sich für die erste der beiden Pflegeeinrichtungen. Sie gehen davon aus, dass die Managerin, die in der Lage ist, derart detailliert über ihr Heim zu berichten, auch eher in der Lage ist, aus den gegebenen Ressourcen gute Pflegequalität bereitzustellen.

Alternativ wäre folgendes Szenarium denkbar:

Eine Managerin einer ebenfalls stationären Pflegeeinrichtung muss die Stelle einer ihrer Wohnbereichsleitungen neu besetzen. Die Leiterin ist relativ neu in der Einrichtung und muss die fachlichen Fähigkeiten der in Frage kommenden Pflegerinnen unter anderem anhand der von diesen geführten Pflegedokumentationen beurteilen. Wie in der vorigen Beispielsituation geht auch die Managerin hier davon aus, dass eine Pflegerin, welche die Pflegedokumentation besonders gut führt, auch eher in der Lage ist, gute Pflege zu leisten.

Beiden Beispielen ist gemeinsam, dass die Auftraggeber (im ersten Fall die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, im zweiten Fall die Einrichtungsleiterin) keine Informationen über den sie tatsächlich interessierenden Tatbestand (die Fähigkeit, gute Pflege bereitzustellen) besit-

zen oder einholen können. Im Unterschied zu ihnen kennen die potentiellen Auftragnehmer selbst durchaus ihre produktiven Fähigkeiten, gute Pflege bereitzustellen. Ebenfalls charakteristisch für beide Situationen ist ein Problem des zeitlichen Ablaufs. *Nach* Abschluss des Pflegevertrags bzw. nach der Bestellung der Wohnbereichsleiterin wird die Produktivität wesentlich besser (im folgenden Modell wird der Einfachheit halber unterstellt werden: perfekt) beobachtbar. Die einmal getroffene Entscheidung kann dann jedoch kaum oder gar nicht mehr rückgängig gemacht werden. Die Auftraggeber sind somit gezwungen, aufgrund von Signalen ihrer potentiellen Auftragnehmer auf deren Fähigkeiten zu schließen. Ein solches Signal können die Eigentumsverhältnisse von Pflegeeinrichtungen darstellen: Beispielsweise kann die nicht-profitorientierte Eigentümerschaft einer Pflegeorganisation (etwa durch einen Wohlfahrtsverband) potentiellen Nachfragern signalisieren, dass diese Einrichtung weniger Interesse daran hat, durch Kompromisse bei der Pflege(-qualität), den Gewinn zu erhöhen. Dies kann dazu führen, dass in Wirklichkeit profitorientierte Pflegeunternehmen den Anschein der Gemeinnützigkeit zu erwecken versuchen, um so am Qualitätssignal der nicht-profitorientierten Organisationen zu partizipieren (Hirth 1999). Inwiefern auch die Pflegedokumentation (bzw. die Bereitschaft diese zu führen) ein Signal für die Fähigkeit zu guten Pflegeleistungen sein kann und wann die Dokumentation inofolgedessen in welchem Umfang zu erwarten ist, untersucht das folgende Modell *Qualitätssignale durch transparentes Handeln*.

## **(2) Darstellung des Modells *Qualitätssignale durch transparentes Handeln***

Die folgende Modelldarstellung beruht auf dem Signaling-Modell als Spezialfall der so genannten *adversen Selektion*. Ausgangspunkt für die Entwicklung dieses Modells ist die Feststellung, wonach Informationslücken und vor allem Informationsasymmetrien das ökonomische Handeln insbesondere auf Märkten weitaus stärker beeinträchtigen können, als von der herkömmlichen Wirtschaftstheorie angenommen. Große Bedeutung erlangte insbesondere ein Aufsatz des späteren Nobelpreisträgers George A. Akerlof, in dem dieser zeigt, dass eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen Vertragspartnern hinsichtlich der Qualität eines Vertragsgegenstandes langfristig zur Verdrängung der qualitativ hochwertigen Produkte zugunsten minderwertigerer führt. Der Grund liegt darin, dass die (vor Vertragsabschluss) informatorisch benachteiligten Nachfrager nicht bereit sind, einen angemessenen, d.h. höheren Preis für ein hochwertigeres Gut zu zahlen, solange sie nicht sicher sein können, nicht doch ein minderwertigeres Produkt zu erwerben. In der Folge setzt ein Prozess ein, bei dem jeweils die Anbieter überdurchschnittlicher Qualität den Markt verlassen, da sie keine angemessene Entlohnung erwarten können. Damit kann die Durchschnittsqualität bis zum völligen Zusammenbruch des Marktes sinken (Akerlof 1970, 489-492).

Dass ein solches Szenarium nicht im Interesse der Akteure auf dem Markt ist, versteht sich. Sie entwickeln daher Strategien, die den Marktteilnehmern die nötigen Informationen für ihr Handeln garantieren. Hierzu zählen insbesondere Signale der informatorisch bevorzugten Akteure. Ein solches Signal kann beispielsweise in der Wahl eines Angebots bestehen – etwa dann, wenn sich ein Versicherungsnehmer aus mehreren Vertragsentwürfen für einen bestimmten Versicherungsvertrag entscheidet und so beispielsweise Aufschluss über sein individuelles Risiko zulässt (Rothschild/Stiglitz 1976, S. 629). Eine besondere Bedeutung für die Darstellungen in diesem Abschnitt hat die Modellierung von Signalen, von denen auf die Fähigkeiten eines Akteurs geschlossen werden kann, eine bestimmte Aufgabe zu erledigen. In der Literatur wird hierfür vor allem das Bildungs-Signal untersucht, mit dem sich ein Agent für eine Tätigkeit empfiehlt (Spence 1981, S. 14-30). Die folgende Anwendung auf die Qualitätssignalisierung durch die Pflegedokumentation beruht auf der Darstellung des Signaling-

Modells bei Erlei et al. (1999, S. 144-162; vgl. hierzu auch die Ausführungen von Kreps 1994, S. 566-586 sowie von Richter und Furubotn 2003, S. 239-258).

Ein Prinzipal möchte mit einem Agenten einen Vertrag über die Erbringung von Pflegeleistungen abschließen. Welche Akteure des Pflegewesens die Rolle von Auftraggeber bzw. Auftragnehmer übernehmen können, kann Abbildung 13 (S. 100) entnommen werden. In Ergänzung zu den Akteurs-Paaren der beiden in der Problemstellung geschilderten Szenarien sei noch die Beziehung zwischen einem übergeordneten Auftraggeber (z.B. der Pflegeversicherung) und der Pflegemanagerin erwähnt. Der unterstellte Ablauf des Signalisierungsmodells kann Abbildung 19 (S. 136) entnommen werden. Den Beginn des Ablaufmodells bildet der Einfluss der *Natur*. Im Unterschied zum Modell *Risikoreduzierung durch Pflegedokumentation* des vorangehenden Abschnitts steht der ‚Spielzug‘ der *Natur* damit nicht *nach* der Pflegeaktivität des Agenten, sondern *vor* den Vertragsverhandlungen zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer. Die Zufallseinflüsse auf den Pflegeoutcome nach der Handlung des Agenten werden ignoriert, indem für den Agenten ein risikofreier Fixlohn unterstellt wird. Der Einfluss der *Natur* zu Beginn des Ablaufschemas wirkt sich hingegen auf die produktiven Fähigkeiten des Auftragnehmers zur Erbringung der Pflegeleistungen aus. Diese Pflegeproduktivität kann hoch oder niedrig sein. Für den Prinzipal ist die Auftrags erledigung durch einen Agenten mit hoher Pflegeproduktivität wertvoller als durch einen Agenten mit niedriger Produktivität, etwa weil sie qualitätvoller ist oder weil sie weniger Ressourcen (z.B. Zeit, Material) verbraucht.

Der Auftraggeber kennt die produktiven Fähigkeiten eines potentiellen Auftragnehmers vor Beginn der Vertragsverhandlungen nicht. Im Gegensatz dazu wird für den Agenten diesbezüglich eine perfekte Selbsteinschätzung unterstellt (*hidden information*, im Unterschied zu *hidden action*, Arrow 1985, S. 38-42, vgl. hierzu auch unter 4.2.2). Nach Vertragsabschluss, d.h. während oder nach der Auftrags erledigung kann auch der Prinzipal die Pflegeproduktivität des Agenten erkennen. Es sei ihm aber nicht möglich diese Erkenntnis Dritten (insbesondere Gerichten) gegenüber nachzuweisen, was den Abschluss eines produktivitätsabhängigen Vertrages unmöglich macht.

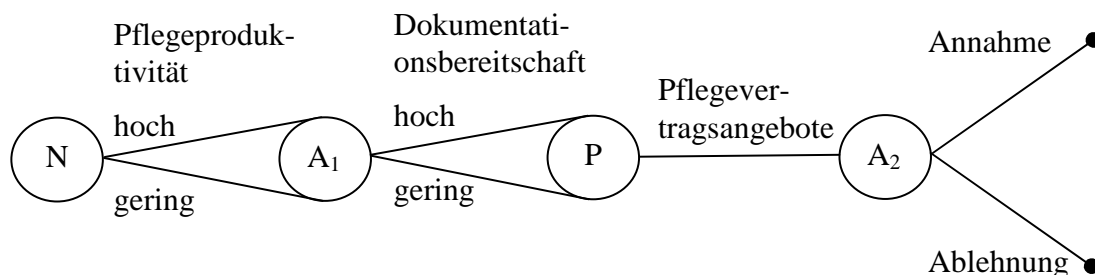
Der Prinzipal befindet sich daher in einer schwierigen Situation. Bietet er einen Einheitsvertrag ohne Rücksicht auf die Produktivität der Agenten, bei der er von durchschnittlichen produktiven Fähigkeiten der Auftragnehmer ausgeht, so läuft er Gefahr, dass konkurrierende Prinzipale ihm die überdurchschnittlich produktiven Agenten abwerben, während die unterdurchschnittlich produktiven einen höheren Lohn erhielten als ihrer Produktivität angemessen (Informationsrente<sup>44</sup>). Das Ergebnis dieses Prozesses wird als *adverse Selektion* bezeichnet, die in diesem Fall dazu führt, dass der Prinzipal am Ende nur verlustbringende Agenten für sich beschäftigt. Formuliert der Auftraggeber hingegen je nach Befähigung der potentiellen Auftragnehmer verschiedene Verträge, läuft er Gefahr, dass die Agenten unwahre Angaben über ihre Produktivität machen, um einen besser entlohnten Vertrag zu erhalten.

---

<sup>44</sup> Formal: Bezeichne  $Prod$  die produktiven Fähigkeiten eines Agenten und  $\overline{Prod}$  den entsprechenden Durchschnittswert aller Agenten. Die Entlohnung erfolgt in Form eines fixen Lohnes, der monoton mit der Produktivität steigt  $\beta(Prod)$ . Entlohnt der informatorisch benachteiligte Prinzipal einen Agenten mit unterdurchschnittlichen Fähigkeiten so erhält dieser eine Informationsrente in Höhe von  $InfoR(Prod < \overline{Prod}) = \beta(Prod) - \beta(\overline{Prod}) > 0$ . Ist der Agent hingegen produktiver als der Durchschnitt, so wird die Informationsrente negativ, was quasi einer Bestrafung des Auftragnehmers für seine besonderen Fähigkeiten gleichkommt:  $InfoR(Prod > \overline{Prod}) = \beta(\overline{Prod}) - \beta(Prod) < 0$ . Die negative Informationsrente entspricht dem Spielraum für konkurrierende Prinzipale, den besonders produktiven Auftragnehmer abzuwerben.

Als Ausweg aus diesem Dilemma wertet der Prinzipal die Bereitschaft der Agenten aus, ihre Pflegeleistungserbringung zu dokumentieren. Angenommen wird, dass die potentiellen Auftragnehmer hierzu im Ablaufschritt A<sub>1</sub> ein Signal ihrer Dokumentationsbereitschaft senden. Wie in den einleitenden Beispielen geschildert, geht der Prinzipal sodann davon aus, dass die Dokumentationsbereitschaft mit der Fähigkeit korreliert, gute Pflege zu leisten. Er erhält auf diese Weise einen indirekten Einblick in die produktive *Natur* des Agenten; der direkte informatorische Zugang bleibt ihm weiterhin unmöglich.<sup>45</sup> Die *Natur* steht somit vor allem für nicht beobachtbare Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften wie Zuverlässigkeit, Ehrgeiz, Beständigkeit, Fleiß, Ehrlichkeit etc. Der Prinzipal muss seine Vertragsangebote in Schritt P daher so gestalten, dass sich die Agenten freiwillig als produktiv oder unproduktiv zu erkennen geben, da für sie die Wahl eines Vertrags, der nicht ihren produktiven Fähigkeiten entspricht, nicht rational ist. In A<sub>2</sub> entscheiden die Agenten über die Annahme oder Ablehnung des Vertrags.

**Abbildung 19: Adverse Selektion – Ablaufschema des Signalisierungsmodells**



Quelle: Eigene Darstellung nach Erlei et al. 1999, S. 158 und Rasmusen 2001, S. 163.

Zur Modellierung dieses Ablaufschemas werden folgende Annahmen getroffen: Unterstellt werden zwei Typen von Pflege erbringenden Agenten ( $i = 1$  und  $i = 2$ ), die sich durch eine unterschiedliche Pflegeproduktivität auszeichnen. Beide Agentengruppen liefern Dokumentationssignale im Umfang  $Doku_i$ . Diese sind gemäß der Funktion  $DK_i(Doku_i)$  mit Kosten verbunden. Für den Verlauf dieser Kostenfunktion gelten dabei dieselben Annahmen wie im vorherigen Abschnitt:

$$DK_i(Doku_i) = \begin{cases} 0 & \text{für } Doku_i = 0 \\ DK_i(Doku_i) > 0 & \text{für } 0 < Doku_i < Doku_{\max} \text{ sowie} \\ \rightarrow \infty & \text{für } Doku_i = Doku_{\max} \end{cases}$$

$$DK_i'(Doku_i) = \begin{cases} 0 & \text{für } Doku_i = 0 \\ DK_i'(Doku_i) > 0 & \text{für } 0 < Doku_i < Doku_{\max} \text{ und} \\ \rightarrow \infty & \text{für } Doku_i = Doku_{\max} \end{cases}$$

<sup>45</sup> Neben der Korrelation des Signals mit der interessierenden Eigenschaft eines Agenten werden als weitere wichtige Kennzeichen eines Signals deren Beobachtbarkeit durch den Prinzipal und ihre Veränderbarkeit durch den Agenten angeführt. Merkmale wie das Geschlecht oder die Hautfarbe des potentiellen Auftragnehmers können daher nicht als Signal Verwendung finden. In der Literatur wird die Signalisierung von Outputqualität meist anhand der Bewerbung um einen Arbeitsplatz erläutert. Dabei signalisieren Bewerberinnen ihre Fähigkeiten z.B. anhand ihrer (Hoch-)Schulbildung, erkennbar an der Zahl der Bildungsjahre bzw. dem Niveau des höchsten Abschlusses, anhand ihrer Berufserfahrung oder auch anhand ihres amtlichen Führungszeugnisses (vgl. z.B. Spence 1981, S. 9f.; Erlei et al. 1999, S. 158; Richter/Furubotn 2003, S. 257).



$$DK_i''(Doku_i) = \begin{cases} 0 & \text{für } Doku_i = 0 \\ DK_i''(Doku_i) > 0 & \text{für } 0 < Doku_i < Doku_{\max} \\ \rightarrow \infty & \text{für } Doku_i = Doku_{\max} \end{cases} .$$

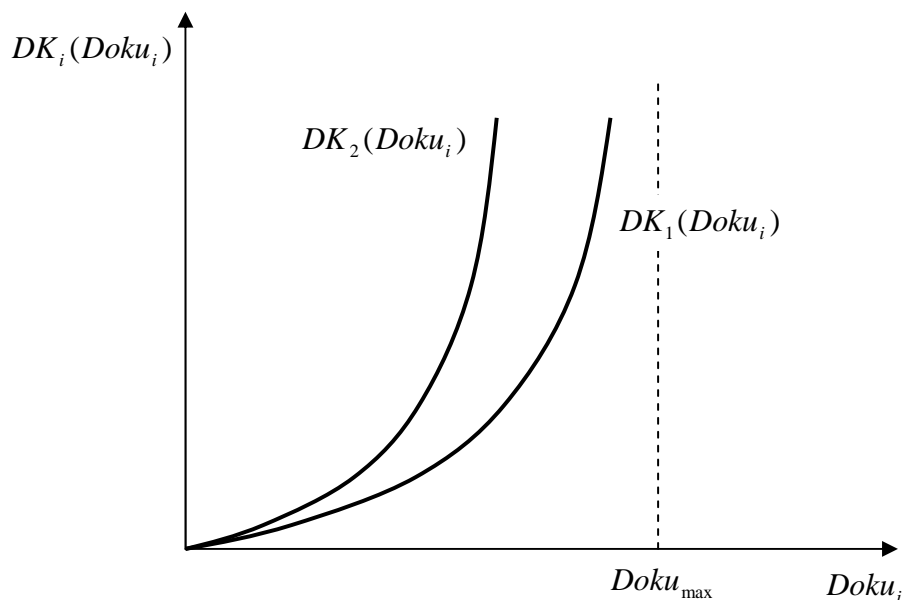
Für den Agenten vom Typ 1 ist das Dokumentationssignal jedoch mit geringeren Kosten verbunden, die auch weniger stark mit dem Dokumentationsumfang ansteigen. Es gilt:

$$DK_1(Doku_i) < DK_2(Doku_i) \text{ und}$$

$$DK_1'(Doku_i) < DK_2'(Doku_i)$$

Grafisch lässt sich das wie folgt veranschaulichen:

**Abbildung 20: Dokumentationskostenverlauf unterschiedlich produktiver Agententypen**



Der Prinzipal nimmt an, dass Agenten, denen ein Dokumentationssignal relativ leicht fällt, auch eher in der Lage sind, in produktiver Weise für ihn zu arbeiten. Er bietet den beiden Typen von Auftragnehmern zwei Verträge an. Diese sind gekennzeichnet durch die Höhe des Fixlohns  $\beta_i$  und den dafür erforderlichen Dokumentationsumfang  $Doku_i$  zur Signalisierung der produktiven Eigenschaften des Agenten. Der Auftraggeber ist an das Niveau des Fixlohns gebunden, das er dem Auftragnehmer nach der Beobachtung seines Dokumentationssignals angeboten hat. Auch wenn er während oder nach der Auftrags erledigung zu einem anderen Urteil über die Produktivität des Agenten kommt, kann er die Höhe des Fixlohns nicht mehr entsprechend anpassen, selbst dann nicht, wenn er erkennt, dass der Agent produktiver arbeitet als erwartet.

Wie im Modell des vorangegangenen Abschnitts ist der Lohn nicht ausschließlich monetär zu verstehen. Insbesondere die Erhöhung von  $\beta_i$  für produktivere Auftragnehmer kann in nichtmonetärer Form erfolgen. Denkbar ist beispielsweise, dass ein Auftraggeber, der aus dem erbrachten Dokumentationssignal auf eine besondere Pflegequalität schließt, den verantwortlichen pflegerischen Auftragnehmern eine höhere Anerkennung zukommen lässt, aus

denen diese zukünftige Vorteile ziehen können, z.B. durch eine bevorzugte Berücksichtigung bei weiteren Vertragsabschlüssen.

Für das Dokumentationssignal wird unterstellt, dass es selbst völlig unproduktiv ist. Dies widerspricht im gegenwärtigen Fall den pflegetheoretischen Überlegungen zur Bedeutung der Dokumentation (vgl. dazu Kapitel 3, zur Diskussion dieser unrealistischen Annahme vgl. die Modellkritik im Anschluss an diese Modelldarstellung). Vereinfachend wird außerdem unterstellt, dass den Agenten – im Unterschied zur Erbringung des Dokumentationssignals – die Erledigung des Pflegeauftrags selbst identische Kosten bereitet. Auch diese Annahme ist eher unrealistisch, erleichtert aber die Darstellung des Modells, ohne die relevanten Ergebnisse zu beeinflussen. Für den Prinzipal wird außerdem angenommen, dass er in perfektem Wettbewerb mit anderen Prinzipalen um die Agenten konkurriert – seine Gewinne betragen daher 0.

Die Aufgabe des Prinzipals besteht nun darin, die beiden Verträge  $(\beta_i, Doku_i)$  so anzubieten, dass jeder Agententyp den für ihn vorgesehenen wählt und sich so selbst als produktiv oder weniger produktiv zu erkennen gibt. Für die produktiveren Agenten vom Typ 1 muss dazu die Differenz aus dem Fixlohn  $\beta_1$  und den Kosten  $DK_1(Doku_1)$  für die Bereitstellung des Dokumentationssignals  $Doku_1$  (für den Agenten gilt der Dokumentationskostenverlauf  $DK_1(Doku_i)$ ) mindestens so hoch sein, als wenn er sich als unproduktiver Agent vom Typ 2 ausgibt und den Fixlohn  $\beta_1$  abzüglich der Dokumentationskosten  $DK_1(Doku_2)$  realisiert. Es muss somit gelten:

$$\beta_1 - DK_1(Doku_1) \geq \beta_2 - DK_1(Doku_2)$$

Für Agenten vom Typ 2 muss analog und zugleich gelten, dass ihnen aus der Differenz zwischen dem Fixlohn  $\beta_2$  und der den Dokumentationskosten  $DK_2(Doku_2)$  ein mindestens ebenso hoher Ertrag möglich ist, als wenn sie den Vertrag für die fähigeren Agenten vom Typ 1 wählen. In diesem Fall erhielten sie  $\beta_1$ , müssten dafür aber die Dokumentationskosten  $DK_2(Doku_1)$  aufbringen (für das in diesem Fall vorgesehene Dokumentationssignal  $Doku_2$ ). Diese Bedingung formalisiert, erhält man:

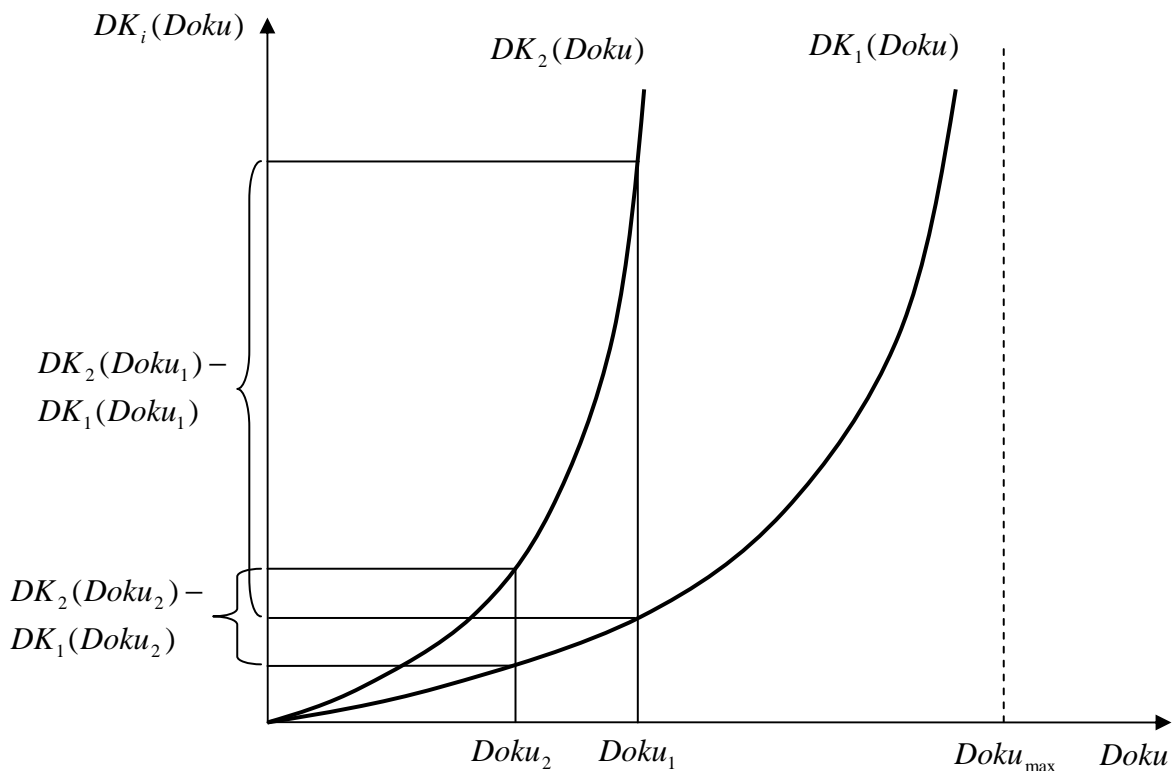
$$\beta_2 - DK_2(Doku_2) \geq \beta_1 - DK_2(Doku_1)$$

Aus diesen beiden Bedingungen kann ermittelt werden, wie der Prinzipal den Fixlohn  $\beta_i$  und dafür erforderlichen Dokumentationsumfang  $Doku_i$  in den beiden Vertragsangeboten  $(\beta_1, Doku_1)$  und  $(\beta_2, Doku_2)$  kombinieren muss, um für beide Agententypen rational zu machen, den für sie vorgesehenen Vertrag zu wählen (und im letzten Handlungsschritt des Ablaufschemas auch anzunehmen). Die beiden Bedingungen können zusammengefasst werden zu:

$$DK_2(Doku_1) - DK_1(Doku_1) \geq DK_2(Doku_2) - DK_1(Doku_2)$$

Diese Ungleichung gibt Aufschluss über das optimale Verhältnis von  $Doku_1$  und  $Doku_2$ , das folgender Abbildung entnommen werden kann:

**Abbildung 21: Selbstselektion unterschiedlich produktiver Agententypen**



Die Grafik zeigt, dass die obige Ungleichung nur gelten kann, wenn:

$$Doku_1 \geq Doku_2$$

Der Grund hierfür ist darin zu sehen, dass der unproduktivere Agent vom Typ 2 nicht nur höhere Kosten für das von ihm gesendete Dokumentationssignal aufzubringen hat, die Kosten steigen mit zunehmender Signalstärke auch stärker an.

Ab einer bestimmten Signalstärke (im Weiteren mit  $Doku^*$  bezeichnet) kann der Prinzipal also begründet davon ausgehen, es mit einem Agenten vom produktiveren Typ 1 zu tun zu haben. Um zu vermeiden, dass dieser von konkurrierenden Prinzipalen abgeworben wird, muss er ihm den höheren Lohn  $\beta_1$  bieten. Liegt die Stärke des Dokumentationssignals unter dem Mindestniveau der Typ-1-Agenten, so nimmt der Prinzipal zwingend einen weniger fähigen Agenten vom Typ 2 an, dem er den niedrigeren Lohn  $\beta_2$  bietet. Also gilt:

$$\beta(Doku_i) = \begin{cases} \beta_1 & \text{für } Doku_i \geq Doku^* \\ \beta_2 & \text{für } Doku_i < Doku^* \end{cases}$$

Da das hierfür erforderliche Dokumentationssignal zu hohe Kosten erfordern würde, hat nun keiner der weniger produktiven Agenten einen Anreiz, mittels eines freiwilligen Signals einen produktiven Agenten zu imitieren. Er wählt somit freiwillig eine Signalstärke, für die ihm der Prinzipal den niedrigeren Lohn  $\beta_2$  anbietet. Einen solchen Vertrag kann er jedoch auch dann erhalten, wenn er auf das Dokumentationssignal völlig verzichtet. Eine Signalstärke  $0 < Doku_2 < Doku^*$  bedeutet ihm lediglich Dokumentationskosten ohne Aussicht auf einen höheren Lohn. Der weniger fähige Agent legt daher seine Signalstärke fest mit:

$$Doku_2 = 0$$

Die obigen Bedingungen reduzieren sich damit zu

$$\beta_1 - \beta_2 \geq DK_1(Doku^*) \text{ und}$$

$$DK_2(Doku^*) \geq \beta_1 - \beta_2.$$

Dies lässt sich wiederum vereinfachen zu:

$$DK_1(Doku^*) \leq \beta_1 - \beta_2 \leq DK_2(Doku^*)$$

Das bedeutet, dass die Differenz zwischen dem niedrigeren und dem höheren Lohn, die der Prinzipal für die vermutete bessere Pflege zu zahlen bereit ist, mindestens so hoch sein muss, wie die Dokumentationskosten, die der produktivere Agent aufbringen muss, um in den Genuss dieses Lohns zu kommen. Die Differenz darf jedoch höchstens so hoch ausfallen, wie die Dokumentationskosten, die dem weniger fähigen Agenten entstünden, wenn er einen Agenten vom Typ 1 imitierte. Anders formuliert: Das zu erbringende Dokumentationssignal darf den fähigen Agenten höchstens so viel Kosten, wie die Differenz aus hohem und niedrigem Lohn. Zugleich aber müssen diese Kosten bei den weniger fähigen Agenten mindestens diese Differenz ausmachen.

In einer sehr komplexen formalen Herleitung kann gezeigt werden, wonach sich die optimale Höhe von  $Doku^*$  richtet: Demnach kennt der produktivere Agent die Dokumentationskostenschwelle, ab der es sich für den weniger fähigen Agenten nicht mehr lohnt, sich als Agent vom Typ 1 auszugeben, um dafür den höheren Lohn  $\beta_1$  zu erreichen. Für den produktiveren Agenten reicht daher aus, ein nur minimal höheres Dokumentationssignal zu geben. Die Kosten, die dem weniger produktiven Agenten durch eine solche Ausweitung des Signals entstünden (seien sie auch noch so geringfügig), wären in jedem Fall über dem Limit, das ein Agent vom Typ 2 in Kauf nähme, um den Vertrag für Typ 1 zu erhalten (vgl. z.B. Erlei et al. 1999, S. 172ff). Diese Herleitung hier nachzuvollziehen, ermöglicht für die Zwecke dieser Untersuchung jedoch keine zusätzlichen Erkenntnisse, weshalb lediglich verbal und vereinfacht zusammengefasst wird: Der Prinzipal legt die geforderte Dokumentationsschwelle für den höheren Lohn in der Weise fest, dass die damit verbundenen Dokumentationskosten so hoch ausfallen, dass einerseits ein unproduktiverer Agent keinen Vorteil mehr davon hat, sich als produktiv auszugeben, und dass andererseits ein produktiverer Agent nicht von einem anderen Prinzipal abgeworben werden kann, der ein geringeres Dokumentationsniveau für den höheren Lohn verlangt.

### (3) Zusammenfassung der Ergebnisse

Die zentrale Annahme des hier dargestellten Modells der *Qualitätssignalisierung durch die Pflegedokumentation* ist, dass ein Pflege erbringender Akteur um so eher in der Lage ist, gute Pflege zu leisten, je weniger Kosten ihm, die Dokumentation der Leistungserbringung bedeutet. Ist ein Pflege nachfragender Akteur an einer solchermaßen guten Leistungserbringung interessiert und in der Folge auch bereit, diese höher zu entschädigen, so hat der Auftragnehmer einen Anreiz, seinem potentiellen Auftraggeber durch die Pflegedokumentation ein Qualitätssignal zu senden.

Den Modellergebnissen zufolge fällt die Bereitschaft, mittels der Pflegedokumentation ein Qualitätssignal zu senden, grundsätzlich umso höher aus, je weniger Kosten damit verbunden sind. Dies betrifft *zunächst* alle potentiellen Auftragnehmer, unabhängig von ihren produktiven Fähigkeiten. Das Modell zeigt jedoch auch, dass ein pflegerischer Akteur zu keinem Dokumentationssignal bereit ist, wenn er hierfür keine höhere monetäre oder nichtmonetäre Entlohnung erwarten kann. Dies wird am Beispiel der weniger produktiven Agenten deutlich: Für sie ist es aufgrund ihres Dokumentationskostenverlaufs nicht opportun, mittels der Pflegedokumentation den Anschein zu erwecken, besonders guter Pflege zu leisten, und so verzichten sie – im Modell – völlig auf die Dokumentation ihrer Arbeit. In der Modelldarstellung nicht explizit erwähnt, aber in der Schlussfolgerung offensichtlich ist damit, dass *jeder* (auch der produktivere Agent) auf das Dokumentationssignal verzichten wird, wenn er sich hiervon keinen Zusatznutzen verspricht. Ein solcher Zusatznutzen kann dabei aber auch in der ausschließlichen Vermeidung negativer Sanktionen für die unterlassene Dokumentation bestehen. Dieser Fall ist insbesondere deshalb interessant, weil auch das Modell (wie realistisch auch immer) von der Wirkungslosigkeit der Pflegedokumentation auf die Pflegequalität ausgeht. Angenommen, eine Pflegeeinrichtung teilt diese Unterstellung und sieht in der Dokumentation eine ansonsten völlig bedeutungslose Pflichterfüllung (z.B. für die Heimaufsicht), so zeigt das Modell, dass eine solche Einrichtung die von ihr erbrachte Pflege auch nur insoweit dokumentiert, wie zur Vermeidung negativer Folgen (z.B. im Extremfall den Entzug der Zulassung) nötig ist.

Zum Abschluss dieser Modellzusammenfassung sei noch darauf hingewiesen, dass das in diesem Abschnitt beschriebene Dokumentationsmotiv der Qualitätssignalisierung und das des vorangegangenen Abschnitt 4.2.2 (der Risikoreduzierung) sich durchaus ergänzen kann, wie das folgende Beispiel zeigt: Unterstellt sei, dass die Pflegerin bzw. die Managerin mit einem Fixlohn  $\beta$  entlohnt wird (keine lineare Lohnformel mehr). Die Höhe dieses Fixlohns steigt mit dem konstanten Faktor  $k$  direkt proportional mit dem Umfang des Dokumentationssignals, da der Prinzipal bei einer umfangreicheren Dokumentationsbereitschaft von einer höheren Produktivität ausgeht (vgl. das Modell dieses Abschnitts, der Dokumentationsumfang wird wie oben als Anteil an der maximal möglichen Dokumentation aller Pflege Tätigkeiten  $Doku_{\max}$  angegeben):

$$\beta = \frac{Doku}{Doku_{\max}} k$$

Außerdem muss *der Agent* das volle Risiko für *Erlösschwankungen* tragen, die er nicht dokumentarisch der *Natur* zuordnen kann. Der Einfluss der Natur wird weiter mit  $\varepsilon$  bezeichnet, er wird mit dem Preis pro Pflegeeinheit  $p$  bewertet. Für den Agentenlohn gilt somit:

$$y = \beta + p\varepsilon = \frac{Doku}{Doku_{\max}} k + p\varepsilon$$

Aufgrund des zufälligen Charakters der natürlichen Einflüsse auf das Pflegeergebnis ( $E\varepsilon = 0$ ) gilt:

$$Ey = \frac{Doku}{Doku_{\max}} k$$

Der Agent erwartet jedoch eine Varianz seines Einkommens im Umfang

$$\text{Var}(y) = \text{Var}(p\varepsilon) = p^2 \text{Var}(\varepsilon).$$

Analog zu der Berechnung der Risikoprämie in Abschnitt 4.2.2 ergibt sich daraus eine Risikoprämie des Agenten mit (wie oben bezeichnet  $r_A$  die Risikoaversion des Agenten):

$$RP = \left(1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}\right) \frac{r_A}{2} p^2 \text{Var}(\varepsilon)$$

Der Agent soll außerdem die Dokumentationskosten in Abhängigkeit vom Dokumentationsumfang alleine  $DK(Doku)$  tragen. Für seinen Erwartungsnutzen bedeutet dies:

$$EU_A(\cdot) = \frac{Doku}{Doku_{\max}} k - \left(1 - \frac{Doku}{Doku_{\max}}\right) \frac{r_A}{2} p^2 \text{Var}(\varepsilon) - DK(Doku)$$

Daraus kann anhand von

$$\frac{\partial EU_A(\cdot)}{\partial Doku} = \frac{1}{Doku_{\max}} k + \frac{1}{Doku_{\max}} \frac{r_A}{2} p^2 \text{Var}(\varepsilon) - DK'(Doku) \stackrel{!}{=} 0$$

das optimale Dokumentationsniveau ermittelt werden:

$$DK'(Doku) = \frac{1}{Doku_{\max}} \left[ k + \frac{r_A}{2} p^2 \text{Var}(\varepsilon) \right]$$

Aufgrund der als positiv unterstellten Dokumentationsgrenzkosten bedeutet dies eine umso höhere Dokumentationsbereitschaft der Pflegerin bzw. der Managerin je höher der damit erzielbare Fixlohn  $k$  sowie der Preis pro Pflegeeinheit  $p$  ausfällt, je risikoaverser der Agent ist und je mehr die Pflegeergebnisse aufgrund zufälliger Einflüsse schwanken.

#### (4) Modellkritik

Annahmegemäß wird ein (positiver) Einfluss der Dokumentation auf die Pflegeergebnisse ausgeschlossen. Dies widerspricht den pflegetheoretischen Ausführungen aus Kapitel 3. Die Pflegedokumentation hat hier ausschließlich die Funktion, die Informationskosten des an der Pflege interessierten Auftraggebers zu senken, der sich ein Bild über die Produktivität der potentiellen Agenten machen möchte (Richter/Furubotn 2003, S. 257).

Fragwürdig ist diese Annahme der Wirkungslosigkeit der Pflegedokumentation auf die Pflegequalität jedoch nicht nur aus pflegetheoretischer Sicht. Dieses Problem wurde bereits am Ende der Darstellung des Modells zum *Dokumentationsmotiv Risikoreduzierung* des vorangehenden Abschnitts 4.2.2 diskutiert und soll an dieser Stelle nicht noch mal erörtert werden. Evtl. ließe sich für das Modell dieses Abschnitts jedoch zwischen einer internen (produktivitätssteigernden) und einer externen, lediglich der Außendarstellung (Signal) dienenden Pflegedokumentation unterscheiden (etwa als pflegeeinrichtungsspezifisch aggregiertes Berichtswesen). Ausschlaggebend für den Prinzipal dieses Modells wäre in diesem Fall die externe

Pflegedokumentation. Für diese ist zwar die Annahme nahe liegend, dass sie auf der internen Dokumentation beruht und somit indirekt mit der Produktivität korreliert, der direkte Zusammenhang mit der Pflegequalität könnte aber vielleicht vernachlässigbar werden.

Ein weiterer Kritikpunkt am soeben entwickelten Modell der *Qualitätssignalisierung durch die Pflegedokumentation* manifestiert sich an der unterstellten Korrelation zwischen der Dokumentation und der Fähigkeit der Pflegerinnen und Managerinnen, gute Pflegequalität zu gewährleisten. Selbst wenn zusätzlich zu der soeben argumentierten indirekten Korrelation auch noch (entgegen der Annahmen) ein direkter Zusammenhang bestehen sollte, ist doch fraglich, inwieweit diese Korrelation in ihrer Stärke und Zuverlässigkeit ausreicht, um darauf ein effizientes Entlohnungssystem der pflegerischen Akteure aufzubauen. Insbesondere wenn sich die Pflege erbringenden Agenten bewusst werden, dass sich anhand ihrer Pflegedokumentation ihre Entlohnung entscheidet, haben diese einen starken Anreiz, die Dokumentation ohne die nötige Sorgfalt auszuweiten. Dies muss nicht zwangsläufig zu einseitig verzerrten (quasi geschönten) Aufzeichnungen führen, sondern kann sich auch in einer vermehrten unsystematischen Fehlerhäufigkeit äußern. Ergebnis ist dann eine umfangreiche Pflegedokumentation nach der Maßgabe ‚Masse statt Qualität‘. Wovon diese (Un-)Zuverlässigkeit der Pflegedokumentation abhängen kann, untersucht das Modell des folgenden Abschnitts.

Einen empirischen Nachweis für die Relevanz von Qualitätssignalen stellt das in Abschnitt 7.4.3 beschriebene Muster des Dokumentationshandelns (*Dokumentation zur Signalisierung professioneller Qualität*) dar. Kennzeichen sind hier positive empirische Zusammenhänge zwischen dem Umfang und der Ausgewogenheit der Dokumentation sowie den Indikatoren der Pflegequalität aus professioneller Sicht bei einer gleichzeitig negativen Wirkung der Dokumentationsqualität auf die klientinnenbezogenen Pflegeoutcomes (subjektive Pflegezufriedenheit und Lebensqualität). Interpretiert wird, dass für die Handelnden dieses Dokumentationsmusters die Sichtbarmachung professioneller Pflegequalität im Vordergrund steht. Sie vernachlässigen darüber die Klientinnenbeziehung und weisen damit auch auf die begrenzte Aussagekraft des Qualitätssignals hin.

#### **4.2.4 Zur Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation**

##### **(1) Problemstellung**

In den vorherigen Abschnitten wurden drei Motive zur Führung von Pflegedokumentation vorgestellt. Ausgangspunkt war jeweils die Situation der Pflegerinnen bzw. Managerinnen, also derjenigen Akteure, welche direkten Einfluss auf die Dokumentation haben. Betrachtet wurden dabei die institutionellen Konstellationen bei der Bereitstellung von Pflege im Pflegeteam (Abschnitt 4.2.1), durch die Risikobehaftetheit des Pflegeergebnisses aufgrund natürlicher Schwankungen (Abschnitt 4.2.2) und durch die Notwendigkeit, auf die eigene Pflegequalität aufmerksam zu machen (Abschnitt 4.2.3). Die geschilderten Situationen bedeuteten die Grundlage für zwei zentrale Motive rationalen Dokumentationsverhaltens: die Reduzierung von Risiken und die Signalisierung von Qualität. In beiden Fällen wird die Pflegedokumentation gegen über einem Prinzipal eingesetzt, der den Pflegeauftrag vergibt. Dieser erkennt aus dem Anteil der dokumentierten Pflegehandlungen (d.h. letztlich aus dem Umfang der Pflegedokumentation) die wahre Anstrengung der Auftragnehmer bzw. deren pflegerische Fähigkeiten. Beide Male wurde implizit die Vertrauenswürdigkeit der Angaben in der Pflegedokumentation unterstellt – eine durchaus in Frage zu stellende Annahme, wie das folgende Szenarium beispielhaft zeigt:

Eine Pflegerin, die für einen ambulanten Dienst tätig ist, kommt zu einer Klientin, die neu durch ihre Einrichtung betreut wird. Für die Klientin existiert bereits ein Pflegeplan, der zwischen der Klientin und ihren Angehörigen sowie der Leiterin des Pflegediensts unter anderem auf der Grundlage der administrativen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes ausgearbeitet wurde. Bereits in diesen Gesprächen mit der Pflegemanagerin machten die Klientin und ihre Angehörigen den Bedarf an zusätzlicher Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich deutlich. Jedoch stellte sich heraus, dass hierfür keine Erstattung durch die Pflegeversicherung möglich ist. Eine private Finanzierung kann sich die Betroffene jedoch nicht leisten. Die zuständige Pflegerin wird nun von der Klientin erneut auf dieses Problem angesprochen. Sie bietet ihr an, die Körperpflege entgegen den Vorgaben des Pflegeplans und zugunsten der gewünschten Hilfe im Haushalt zu reduzieren. Die Pflegerin willigt ein. Sie verspricht sich hiervon ein besseres Einvernehmen mit ihrer Klientin und empfindet die hauswirtschaftliche Unterstützung als angenehmer. In der Pflegedokumentation vermerkt sie jedoch mit Einverständnis der Klientin die vom Pflegeplan vorgesehenen Tätigkeiten, um die Kostenerstattung durch die Pflegeversicherung nicht zu gefährden.

Diese Episode kann variiert werden. Beispielsweise könnte die Abweichung vom Pflegeplan mit Zustimmung der Leiterin des Pflegediensts geschehen, etwa weil diese die Klientin nicht verlieren möchte. Außerdem ist denkbar, dass sich administrative Vorgaben zum Pflegeplan als zu unflexibel und daher nicht umsetzbar erweisen, weshalb ein Abweichen hiervon unumgänglich ist. Diesen Szenarien gemeinsam ist jedoch, dass es zu der Nicht-Einhaltung des Pflegeplans nur dann kommen kann, wenn sowohl die Pflegerin als auch die Klientin dem zustimmen und wenn gegenüber dem Auftraggeber der Pflege (insbesondere gegenüber dem Kostenträger, evtl. aber auch gegenüber der Pflegemanagerin) die plangemäße Pflege dokumentiert wird. Die Annahme einer nötigen Zustimmung der Klientin zu der Abweichung vom Pflegeplan ist dabei nicht unbedingt erforderlich. Denkbar ist auch, dass sich die Pflegerin selbstständig hierzu entschließt, insbesondere in Pflegebereichen, in welche die Klientin keinen Einblick hat. Im nachfolgend vorgestellten Modell zur *Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation* wird das nötige Einverständnis der Klientin dennoch vorausgesetzt, da die Abweichungen von vorgegebenen Pflegeinhalten aufgrund eines gemeinsamen Entschlusses von Pflegerin und Klientin in der Praxis eine besondere Bedeutung haben dürften. Da die Klientin, falls die nicht plangemäße Pflege dem Kostenträger bekannt wird, für ihre Zustimmung kaum sanktioniert werden kann, ist diese letztlich für die Modellergebnisse nicht weiter von Bedeutung.

## **(2) Darstellung des Modells *Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation***

Das nachfolgend dargestellte Modell beruht auf der Theorie sich selbst durchsetzender Verträge. Diese Theorie ergänzt die Modelle der vorangehenden Abschnitte um eine dynamische Perspektive. Damit ist die Beantwortung der Frage möglich, welche Merkmale eine Vereinbarung zwischen zwei Interaktionspartnern haben muss, so dass diese auch dann nicht gebrochen wird, wenn einer der Akteure das vertragskonforme Handeln des anderen nur unvollständig überwachen kann und wenn eine (auch nachträgliche) Durchsetzung des Kontrakts nicht möglich ist. Eine der Grundlagen für diese Theorie legte Lester G. Telser. Von ihm stammt die These, wonach der informatorisch überlegene Akteur diese Überlegenheit nur dann zu Lasten seines Handlungspartners ausnutzt, wenn er sich hiervon einen größeren Nutzen als Schaden verspricht. Dieser Schaden entsteht dabei insbesondere durch den Abbruch der Interaktionsbeziehung durch den informatorisch benachteiligten Akteur, wenn dieser zur Überzeugung kommt, dass sein Gegenüber unehrlich handelt (Telser 1980, S. 27f).

Benjamin Klein und Keith B. Leffler bauen auf diesen Überlegungen auf und betonen die zentrale Rolle der Reputation des informatorisch überlegenen Interaktionspartners, wie sie beispielsweise in einer eingeführten Markenbezeichnung zum Ausdruck kommt. Der Hersteller eines solchen Markenprodukts kann über einen Vertrauensvorschuss seiner Abnehmer



nach eigenem Abwägen verfügen. Er kann den Qualitätserwartungen kostenaufwändig gerecht werden oder seine Reputation opportunistisch zu einem einmaligen Gewinn machen und damit langfristig zerstören (Klein/Leffler 1981, S. 615f).<sup>46</sup> Carl Shapiro stellte ein komplexes Modell eines sich selbst durchsetzenden Vertrags vor (Shapiro 1983), auf dessen vereinfachter Variante nach den Darstellungen bei Tirole (1995, S. 268-272) und Richter/Furubotn (2003, S. 276-284) das folgende Modell zur *Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation* entwickelt wird.

Wie in der einleitenden Problemstellung bereits geschildert, soll die Pflege gemäß einer Vereinbarung von Pflegerin und Klientin erfolgen. Sie können vom Pflegeplan abweichen, der ihnen auf der Grundlage der administrativen Regeln (z.B. der Pflegeversicherung) vorgegeben ist. Eine Abweichung der Leistungen und mithin die Falschdokumentation der Pflege ist aber im Einvernehmen von Pflegerin und Klientin möglich. Letztere beteiligt sich somit als Co-Produzentin an der Erbringung der Pflegeleistungen. In diesem Zusammenhang wird erneut auf das Modell von Ma und McGuire (1997) Bezug genommen, die am Beispiel einer Krankenversicherung den Fall untersuchen, in dem Ärztin und Patientin gemeinsam der Versicherung einen unwahren Leistungsumfang berichten (vgl. hierzu auch die Ausführungen von Schneider 2002, S. 85-91 und unter 4.1.2).

Im Einzelnen sieht das Modell folgenden Handlungsablauf vor (vgl. Abbildung 22, S. 146): Zunächst wird von einem Auftraggeber ein Pflegeplan festgelegt. Dieser Handlungsschritt (in der Abbildung mit P<sub>1</sub> bezeichnet) wird dem Prinzipal zugeordnet. Zwar wirken am Pflegeplan auch die Klientin und evtl. auch die in den weiteren Handlungsschritten betrachtete Pflegerin mit. Für die Zwecke dieses Modells sei jedoch unterstellt, dass der Inhalt des Pflegeplans weitgehend vom Kostenträger und dessen Vorschriften bestimmt wird. Ihren Pflegeauftrag erhält die Pflegerin damit zunächst vom Kostenträger bzw. von ihrer Managerin. Letztere kann so entweder dem kostentragenden Prinzipal oder der Pflegerin als Agent zugerechnet werden.

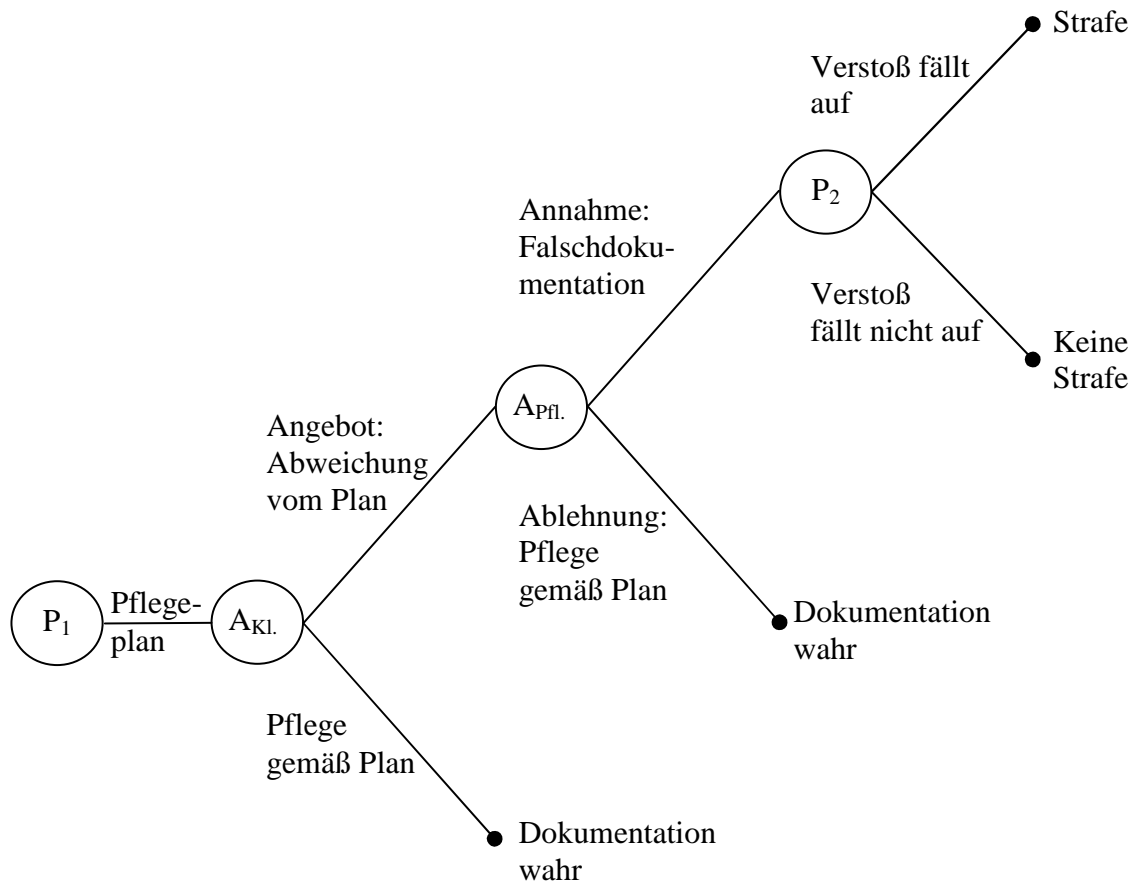
Außerdem sei angenommen, dass der Pflegebedarf der Klientin mit dem gemäß den administrativen Regeln des Kostenträgers formulierten Pflegeplan nur teilweise befriedigt werden kann. Die Klientin und ihre Angehörigen sind daher gezwungen, auf die Befriedigung bestimmter Bedarfe zu verzichten oder diese gesondert zu finanzieren. Entscheiden sie sich für Letzteres, so arbeitet die Pflegerin nach dem Pflegeplan und dokumentiert wahrheitsgemäß, der Handlungsablauf endet. Möglicherweise bietet die Klientin der Pflegerin jedoch eine Abweichung vom Pflegeplan dergestalt an, dass diese auf bestimmte vorgeschriebene Leistungen zugunsten anderer, welche die Klientin vorzieht, verzichtet (Handlungsschritt A<sub>KI.</sub>). Die Pflegerin kann dies ablehnen und plangemäß pflegen und dokumentieren (Handlungsschritt A<sub>Pfl.</sub>). Auch dann endet der Handlungsablauf. Falls die Pflegerin jedoch auch selbst einen Vorteil

---

<sup>46</sup> Derartige Überlegungen sind im Übrigen auch der soziologischen Theorie nicht fremd. So stellt Max Weber fest, dass Tauschpartner, die „an der Fortsetzung der Tauschbeziehungen, sei es mit diesem, sei es mit anderen Tauschpartnern auch für die Zukunft ein Interesse habe[n], daher gegebene Zusagen halten und mindestens eklatante Verletzungen von Treu und Glauben unterlassen werde[n]“ (Weber 1972, S. 383; vgl. hierzu auch Richter/Furubotn 2003, S. 206). Norbert Elias erkennt in der Fähigkeit der Menschen, selbstkontrolliert auf kurzfristig erreichbare Vorteile zugunsten langfristiger Ziele zu verzichten, die Voraussetzung für das Entstehen komplexer arbeitsteiliger Zivilisationen: „Immer drängt die Veränderung zu einer mehr oder weniger automatischen Selbstüberwachung, zur Unterordnung kurzfristiger Regungen unter das Gebot einer gewohnheitsmäßigen Langsicht, zur Ausbildung einer differenzierteren und festeren ‚Über-ich‘-Apparatur. Und gleich ist auch – im Großen gesehen – die Art, wie diese Notwendigkeit, augenblickliche Affekte fernerliegenden Zwecken unterzuordnen, sich ausbreitet: Überall werden zunächst kleinere Spitzenschichten, dann immer breitere Schichten der abendländischen Gesellschaft von ihr erfaßt. [...] In steigendem Maße hängt das höchst differenzierte, höchst arbeitsteilige Getriebe der abendländischen Gesellschaften davon ab, daß auch die unteren, agrarischen und städtischen Schichten ihr Verhalten und ihre Tätigkeit aus der Einsicht in langfristige und fernerliegende Verflechtungen regeln“ (Elias 1995, S. 338 und 340).

aus der Abweichung von den vorgesehenen Pflegeinhalten sieht und falls sie sich auch nicht von dem damit verbundenen Risiko (siehe unten) abschrecken lässt, stimmt sie den alternativen Pflegehandlungen zu. Um die Finanzierung der Pflege durch den Kostenträger nicht zu gefährden, dokumentiert sie ihre Arbeit jedoch weiterhin entsprechend den Vorgaben des Pflegeplans, d.h. unwahr. Damit besteht nun die Gefahr, dass die Abweichung vom Pflegeplan in einer späteren Periode entdeckt wird (beispielsweise durch das externe Controlling des Kostenträgers oder durch die Pflegemanagerin, falls diese nicht in die Änderung der Pflegeinhalte einbezogen ist und sie somit dem Prinzipal zugeordnet wird). Erkennt der Prinzipal den Verstoß gegen den Pflegeplan und mithin die Falschdokumentation nicht (Handlungsschritt  $P_2$ ), so endet der Handlungsablauf ohne Sanktion. Fällt die Abweichung vom Pflegeplan und die unwahre Dokumentation hingegen auf, folgt eine Sanktion.

**Abbildung 22: Einvernehmliche Falschdokumentation durch Pflegerin und Klientin**



Ein zentrales Merkmal dieses Ablaufschemas ist sein dynamischer Charakter. Zu Beginn des Prozesses erwirbt der Agent (die Pflegerin und evtl. ihre Managerin) das Vertrauen des Prinzipals (insbesondere dem Träger der Pflegekosten), die Pflege gemäß den Vorgaben zu leisten. Der Aufbau dieser Reputation wird hier nicht modelliert. Hat die Pflegerin das Vertrauen erworben (und den Pflegeauftrag gemäß dem Pflegeplan erhalten), so kann sie in jeder Periode aufs Neue entscheiden, auftragsgemäß zu handeln oder, mit dem Einverständnis der Klientin, das Vertrauen zu missbrauchen. Entscheidend ist nun, dass ein solcher Verstoß gegen den Pflegeauftrag und die damit verbundene Falschdokumentation vom Prinzipal frühestens in der Folgeperiode erkannt werden kann und dass Sanktionen dann nur noch für zukünftige Perioden, nicht jedoch rückwirkend möglich sind.

Die Aufgabe des Prinzipals ist deshalb darin zu sehen, den Vertrag mit der Pflegerin bzw. ihrer Managerin so zu formulieren, dass es sich für diese eher lohnt, ihm zu folgen, als das Vertrauen zu missbrauchen. Würde dies in einer der Folgeperioden offenbar, so wird angenommen, dass die Beziehung vom Auftraggeber beendet wird. Der Einfachheit halber wird unterstellt, der Auftragnehmer hätte dann in zukünftigen Perioden keine Chance mehr, von einem Prinzipal (auch von einem anderen) einen Pflegeauftrag zu erhalten. Die Sanktion besteht damit in einem Entzug der Zulassung bzw. in einem Berufsverbot etc. Die Klientin kann nicht negativ sanktioniert werden. Im Fall des Offenbarwerdens des von ihr mitgetragenen Verstoßes gegen den Pflegeplan bekommt sie in Zukunft die Pflegeleistungen, die sie entsprechend der Vorschriften des Prinzipals ohnehin erhalten hätte. Sie geht somit kein Risiko ein und wird die Abweichung vom Pflegeplan stets dann anregen, wenn sie sich davon eine bedarfsadäquatere Pflege verspricht. Auch wenn sie in der Realität für die Klientin sicherlich eine enorme Bedeutung hat, wird die Betrachtung der Nutzeneinbuße durch einen erzwungenen Wechsel des Pflegeleistungsträgers aus Gründen der Vereinfachung hier ausgeklammert. Abgesehen vom Abbruch der Vertragsbeziehung und der künftigen Verweigerung des Marktzugangs hat der Prinzipal somit keine Mittel, den pflegerischen Agenten zur Einhaltung der Vereinbarungen zu zwingen. Insbesondere wird unterstellt, dass er, etwa weil der juristische Aufwand dafür prohibitiv hoch wäre, keinen nachträglichen Schadensersatz durchsetzen kann.

Der Prinzipal ist damit gezwungen, nach der Maxime zu handeln, der Pflegerin in der Jetzt-Periode zu vertrauen, wenn diese das Vertrauen in früheren Perioden nicht missbraucht hat, und die Beziehung zum Auftragnehmer abubrechen, wenn eine Vertragsverletzung in einer Vorperiode festgestellt wird. Die Pflegerin (gegebenenfalls zusammen mit ihrer Managerin) wird so lange vertragskonform arbeiten und dokumentieren, so lange der damit erzielbare langfristige Nutzen dem möglichen kurzfristigen Gewinn durch den Missbrauch ihrer eigenen Reputation – unter Inkaufnahme eines dauerhaften Beziehungsabbruchs – übersteigt. Die Klientin schließlich wird der Pflegerin immer dann die Abweichung vom Pflegeplan vorschlagen, wenn sie sich von den alternativen Pflegeleistungen einen höheren Nutzen verspricht. Als Co-Produzentin der Pflege schafft sie damit die Voraussetzung für den Vertragsverstoß. Auf die Entscheidung des pflegerischen Agenten selbst hat sie jedoch keinen Einfluss.

Erbringt die Pflegerin die im Pflegevertrag vorgesehenen Leistungen und dokumentiert diese wahrheitsgemäß, so ist der damit verbundene Leistungsaufwand mit Kosten verbunden, die als  $L_{adm}$  (*adm* für administrativ vorgesehene Pflegeleistungen) verbunden sind. Entscheidet sie sich hingegen für den Verstoß gegen die administrativen Regeln und für die unwahre Dokumentation ihrer Pflege, so beträgt Kostenaufwand  $L_{alt}$  (*alt* für alternative Pflegeleistungen). Es gilt:

$$L_{adm} > L_{alt}$$

Bestünde nicht die Gefahr negativer Sanktionen bei Bekanntwerden der Falschdokumentation, so zöge die Pflegerin die Abweichung vom Pflegeplan auf jeden Fall vor. Die Pflegerin bzw. ihre Managerin wird gemäß den administrativen Regeln mit  $E$  entlohnt. Diese Entlohnung erhält die Pflegerin wegen des Vertrauensvorschlusses aufgrund ihrer Reputation beim Prinzipal bis zur Aufdeckung eines Regelverstoßes, d.h. in jedem Fall auch für die Periode, in der sie bereits vom Pflegeplan abweicht (da die damit verbundene Falschdokumentation durch den Prinzipal frühestens in der Folgeperiode entdeckt wird). Entscheiden sich die Pflegerin und die Klientin in einer Periode  $t = 1$  in Abweichung vom Pflegeplan für die Alternativleistung, so läuft die Pflegerin (und, falls sie in den Betrug mitträgt, auch die Managerin) Gefahr,

bestraft zu werden. Der Einfachheit halber wird zunächst angenommen, dass der Auftraggeber in der Folgeperiode ( $t = 2$ ) perfekt erkennen kann, ob von den im Plan vorgesehenen Leistungen abgewichen wurde.

**Tabelle 9: Falschdokumentation – Leistungsaufwand und Entlohnung bei sicherer Aufdeckung des Regelverstößes in der Folgeperiode**

Periode	Pflegerischer Leistungsaufwand	Entlohnung von Mä-nagerin und Pflegerin	Bemerkung
$t = 0$	$L_{adm}$	$E$	Korrekte Dokumentation: Pflegeleistung gemäß Vereinbarung
$t = 1$	$L_{alt}$	$E$	Falschdokumentation: Abweichung vom Pflegeplan
$t = 2$ (und weitere)	$L_{alt}$	0	Prinzipal erkennt Falschdokumentation

Die Pflegerin steht somit in jeder Periode vor der Entscheidung, ihren Pflegeauftrag vereinbarungsgemäß zu erledigen und zu dokumentieren und sich für jede der Folgeperioden die Entlohnung  $E$  bei einem Leistungsaufwand von  $L_{adm}$  zu sichern. Entscheidet sie sich hingegen (das Einverständnis der Klientin vorausgesetzt) in einer Periode für den Bruch des Pflegevertrags, so erhält sie in dieser Perioden weiterhin die Entlohnung  $E$  trotz des geringeren Leistungsaufwands  $L_{alt}$ . Da zunächst unterstellt werden soll, dass der Regelverstoß sofort, d.h. in der Folgeperiode auffällt, ist dieser Sondernutzen einmaliger Natur.

Um zu ermitteln, für welche der beiden Alternativen sich die Pflegerin entscheidet, muss somit der Gegenwartswert aller zukünftigen Einnahmen bei vertragskonformer Pflege mit dem möglichen einmaligen Vorteil bei Ausweichen auf die alternative Pflegeleistung verglichen werden. Der Nutzen aus dem vertragsgemäßen Verhalten beträgt in jeder Periode  $E - L_{adm}$ . Da sich die Pflegerin jedoch jeweils in der *laufenden Periode* für die Einhaltung des Pflegeplans entscheiden soll, muss der Gegenwartswert berechnet werden, den die Pflegerin bereits heute aus sicheren zukünftigen Einnahmen hat. Hierzu wird unterstellt, dass die Pflegerin unter Aufwendung des Zinses  $i$  bereits jetzt die zukünftigen Einkünfte nutzen kann. Dieser Zins drückt aus, welchen Wert die sicheren Einnahmen der künftigen Perioden bereits jetzt haben. Die Höhe des Zinssatzes wird zum einen durch den Marktzins bestimmt. Dieser Zins gilt, wenn die Pflegerin über ihre zu erwartenden Einkünfte bereits jetzt mittels eines Bankkredits verfügen wollte. Je höher der Marktzins, umso teurer würde das für sie und je geringer würde mithin der Gegenwartswert der zukünftigen Einnahmen.

In die Bewertung des sichereren künftigen Entgelts gehen aber auch nichtmonetäre Aspekte mit ein. Je risikoaverser die Pflegerin, desto mehr wird die Aussicht auf eine sichere monetäre Zukunft aufgrund dauerhafter Vertragseinhaltung bereits jetzt ihr psychisches Wohlbefinden steigern. Diesen psychischen Nutzen durch die Zukunftssicherheit kann die Pflegerin zum Jetzt-Zeitpunkt mit einem ‚Zinssatz‘ von  $i = 0$  zu genießen. Anstelle die Risikoprämie wie in 4.2.2 gesondert zu modellieren, kann die Risikoaversion der Pflegerin hier durch einen reduzierten individuellen Zinssatz mitberücksichtigt werden. Den monetären und den nichtmonetären Aspekt bei der Bewertung des künftigen Einkommens zusammengefasst, wird im Folgenden für diesen Zinssatz unterstellt:

$$i > 0$$

Dieser Zinssatz wird der Einfachheit halber als konstant unterstellt. Ein Einkommen  $x_t$  der Periode  $t$  wird damit in der Periode  $t+1$  mit  $x_{t+1} = (1+i)x_t$  bewertet. Umgekehrt ist damit das Einkommen der zukünftigen Periode zum Jetzt-Zeitpunkt  $x_t = \frac{1}{1+i}x_{t+1}$  wert. Als Diskontfaktor  $\delta$  für alle Perioden ergibt sich damit:

$$\delta = \frac{1}{1+i} < 1$$

Erbringt die Pflegerin die Leistung gemäß den administrativen Regeln, so beträgt ihre Entlohnung in jeder Periode  $E - L_{adm}$ .<sup>47</sup> Bei dauerhafter Leistungserbringung entsprechend den Vorgaben ergibt sich der auf die Gegenwart diskontierte Nutzen (einschließlich des Nutzens der Gegenwartsperiode) mit:

$$(E - L_{adm})(1 + \delta + \delta^2 + \dots)$$

Unterstellt man die Zahl der von der Pflegerin betrachteten Perioden als unendlich, so ist dies identisch mit:<sup>48</sup>

$$(E - L_{adm}) \frac{1}{1 - \delta}$$

Hieraus erhält man durch Einsetzen von  $\delta = \frac{1}{1+i}$

$$\frac{1+i}{i} (E - L_{adm}).$$

Dieser Term besteht aus zwei Komponenten: der Entlohnung für die gemäß den administrativen Vorgaben erbrachten und wahrheitsgemäß dokumentierten Leistungen der Gegenwartsperiode im einmaligen Umfang von  $E - L_{adm}$  und aus dem für alle Folgeperioden zu erwartenden Nutzen der Reputation. Letzterer entsteht, weil der Pflege-Auftraggeber darauf vertraut, dass die Pflegeleistungen auch in allen zukünftigen Perioden planmäßig erbracht werden. Der

<sup>47</sup> In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegerin hierfür erst die Grundlage schaffen musste. Sie musste sich nämlich (gegebenenfalls zusammen mit ihrer Managerin) das Vertrauen, d.h. die Reputation beim zuständigen Kostenträger erwerben, für das Entgelt auch die administrativ vorgesehenen Pflegeleistungen zu erbringen. Die dafür notwendigen Investitionskosten zu Beginn der dynamischen Beziehung können als *Informationskosten* interpretiert werden: Der Prinzipal wird in dieser Phase über die Fähigkeit und Bereitschaft des Agenten informiert, Leistungen besonderer Qualität zu erbringen. Der Agent begründet damit seine Reputation (Shapiro 1983, S. 668f). Im gegenwärtigen Fall kommen als Beispiele für solche Informationskosten die Kosten für Aus- und Fortbildungen, für Qualitätszertifizierungen, aber auch die Investitionskosten für die Pflegedokumentation in Betracht, etwa für die dafür nötigen EDV-Programme.

<sup>48</sup> Nachweisskizze: Sei  $z = 1 + \delta + \delta^2 + \dots + \delta^n = \delta^0 + \delta^1 + \delta^2 + \dots + \delta^n$ , so ist  $\delta z = \delta^1 + \delta^2 + \dots + \delta^{n+1}$ . Dann ist  $z - \delta z = (1 - \delta)z = \delta^0 - \delta^{n+1}$ , woraus  $z = \frac{\delta^0 - \delta^{n+1}}{1 - \delta}$  berechnet werden kann. Da unendlich viele Perioden betrachtet werden ( $n \rightarrow \infty$ ) und  $\delta < 1$  ist, gilt  $z = \frac{1}{1 - \delta}$ .

künftige Nutzen auf die Gegenwartsperiode diskontiert, kann als *Reputationsrente* bezeichnet werden (Richter/Furubotn 2003, S. 280f). Er ergibt sich nach Abzug der Entlohnung für die Gegenwartsperiode:

$$\text{Reputationsrente} = \frac{1+i}{i}(E - L_{adm}) - (E - L_{adm}) = \frac{E - L_{adm}}{i}$$

Nun wird zunächst angenommen, dass, falls die Pflegerin (bzw. die Pflegeorganisation) falsche Angaben in der Pflegedokumentation macht, diese mit einer 100%igen Wahrscheinlichkeit in der Folgeperiode erkannt werden. Verstößt die Pflegerin im Einvernehmen mit der Klientin gegen den Pflegeplan, so erzielt sie somit den Nutzen:

$$E - L_{alt}$$

Vergleicht man diesen Nutzen mit dem regulär erzielbaren  $E - L_{adm}$  (d.h. bei der Pflege gemäß dem Pflegeplan und wahrheitsgemäßer Dokumentation), so zieht die Pflegerin den Betrug in einer statischen Ein-Perioden-Betrachtung zunächst vor, da:

$$E - L_{adm} < E - L_{alt} \quad (\text{wegen } L_{adm} > L_{alt})$$

Da der Verstoß gegen den Pflegeplan und die unwahre Dokumentation dem Prinzipal in der Folgeperiode auffällt, wird die Pflegerin danach jedoch entlassen (bzw. die Pflegeorganisation verliert ihre Zulassung). Weitere Erträge kann sie nicht machen. Die Pflegerin (bzw. die Managerin) entscheidet sich (in jeder Periode aufs Neue) gegen den einmaligen Gewinn aus dem Betrug, so lange dieser den Gegenwartswert der möglichen zukünftigen Gewinne ohne Betrug nicht übersteigt:

$$\frac{1+i}{i}(E - L_{adm}) \geq E - L_{alt}$$

Diese Bedingung lässt sich umformulieren zu:

$$E - L_{adm} \geq i(L_{adm} - L_{alt})$$

Dieser Zusammenhang wird auch als Bedingung der *Nicht-Ausschlachtung* („no-milking condition“, Shapiro 1983, S. 666, kursiv im Original) bezeichnet, da sie angibt, unter welchen Bedingungen ein Auftragnehmer darauf verzichtet, die erworbene Reputation (in diesem Fall die Einhaltung des Pflegeplans und die wahrheitsgemäße Führung der Dokumentation) *nicht* zu missbrauchen bzw. *auszuschlachten*.

Festgehalten werden kann damit, dass die Pflegerin darauf verzichten wird, das ihr vom Prinzipal entgegengebrachte Vertrauen auszuschlachten, je höher die Entlohnung für die Leistungserbringung gemäß den administrativen Regeln ist, je niedriger der Zins ist, mit dem sie den Gegenwartswert des sicheren zukünftigen Entgelts bewertet, und je geringer die mögliche Aufwandsersparnis durch den Verstoß gegen den Pflegevertrag und die damit verbundene Falschdokumentation.

Jedoch ist nicht sehr realistisch, dass jede Nichteinhaltung des Pflegeplans bzw. jede Falschdokumentation in der Folgeperiode umgehend entdeckt wird (diese Annahme kann eher für den Kauf von Gütern angenommen werden). Vielmehr ist anzunehmen, dass vom jeweiligen dokumentierten Pflegebereich abhängt, wie wahrscheinlich es ist, dass eine falsche Pflegedokumentation in einer der Folgeperioden auffällt. Sei  $\pi$  die Wahrscheinlichkeit, dass eine Pflegemanagerin bzw. ein Kostenträger die Falschdokumentation in der Folgeperiode erkennt, so galt bislang  $\pi = 1$ . Nun soll das Modell für alle  $0 \leq \pi \leq 1$  erweitert werden.

**Tabelle 10: Falschdokumentation – Leistungsaufwand und Entlohnung bei unsicherer Aufdeckung des Regelverstoßes in der Folgeperiode**

Periode	Pflegerischer Leistungsaufwand	Wahrscheinlichkeit der Nicht-Aufdeckung der Falschdokumentation	Zu erwartende Entlohnung von Managerin und Pflegerin	Bemerkung
$t = 0$	$L_{adm}$	---	$E$	Korrekte Dokumentation: Pflegeleistung gemäß Vereinbarung
$t = 1$	$L_{alt}$	1	$E$	Falschdokumentation: Abweichung vom Pflegeplan fällt frühestens in der Folgeperiode auf
$t = 2$	$L_{alt}$	$1 - \pi$	$(1 - \pi)E$	Prinzipal erkennt Falschdokumentation mit der Wahrscheinlichkeit $\pi$
$t = 3$ (und weitere)	$L_{alt}$	$(1 - \pi)^2$	$(1 - \pi)^2 E$	

Verstößt die Pflegerin ab einer bestimmten Periode gegen den Pflegeplan, so kann sie im Unterschied zu oben damit rechnen, dass sie den Sondernutzen  $E - L_{alt}$  nicht nur in dieser, sondern mit der Wahrscheinlichkeit  $1 - \pi$  auch noch in der Folgeperiode realisieren kann. In der übernächsten Periode verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass die falsche Dokumentation noch nicht auffällt, auf  $(1 - \pi)^2$ . Wiederum muss sich die Pflegerin in jeder Periode erneut für oder gegen den Pflegeplans entscheiden. Unterstellt man, sie mache dabei eine einmal vorgenommene Entscheidung für eine Abweichung nicht mehr rückgängig, so kann der zu erwartende Gegenwartswert aller Gewinne aus dem Verstoß gegen den Pflegeplan wie folgt ermittelt werden (die Pflegerin weicht ab Periode 1 vom Pflegeplan ab):

$$(E - L_{alt})[1 + (1 - \pi)\delta + (1 - \pi)^2 \delta^2 + (1 - \pi)^3 \delta^3 + \dots]$$

Dieser Ausdruck lässt sich wieder vereinfachen zu:<sup>49</sup>

$$\frac{E - L_{alt}}{1 - (1 - \pi)\delta}$$

Der zu erwartende Gewinn aus dem Verstoß gegen den Pflegeplan kann damit erneut dem Nutzen gegenübergestellt werden, den die Pflegerin erzielt, wenn sie dauerhaft wahrheitsge-

<sup>49</sup> Nachweisskizze: vgl. Fußnote 48 (S. 149).

mäß dokumentiert. Die Vereinbarungen des Pflegeplans werden somit von ihr eingehalten, wenn gilt:

$$\frac{E - L_{adm}}{1 - \delta} \geq \frac{E - L_{alt}}{1 - (1 - \pi)\delta}$$

Durch Einsetzen von  $\delta = \frac{1}{1+i}$  und nach weiteren Vereinfachungen erhält man die neue *Bedingung der Nicht-Ausschlachtung*:

$$\pi(E - L_{adm}) \geq i(L_{adm} - L_{alt})$$

Im Unterschied zur vorigen Lösung, bei der die Falschdokumentation mit vollkommener Sicherheit in der Folgeperiode auffiel ( $\pi = 1$ ), weicht die Pflegerin nun häufiger vom Pflegeplan ab, wenn sie damit rechnen kann, dass der Verstoß gegen die Vereinbarung nicht sofort aufgedeckt wird. Zu erwarten ist, dass sich die Pflegerin bei ihrer Entscheidung für oder gegen die Einhaltung des Plans daran orientiert, wie gut der Prinzipal eine evtl. Nicht-Einhaltung erkennen kann. Ist er überhaupt nicht in der Lage, die unwahre Dokumentation zu erkennen ( $\pi = 0$ , d.h.  $0 \geq i(E - L_{alt})$ ), so ist das *Ausschlachten* der Reputation immer lohnenswert.

### (3) Zusammenfassung der Ergebnisse

Das in diesem Abschnitt dargestellte Modell zur Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation untersucht, wann ein Pflegeauftraggeber (insbesondere der jeweilige Kostenträger) davon ausgehen kann, dass die Dokumentation (nicht) absichtlich falsch geführt wird. Gesucht werden Bedingungen wahrheitsgemäßer Dokumentation. Ausgegangen wird davon, dass der Wahrheitsgehalt der Aufzeichnungen der Pflegerin nur im Nachhinein überprüft werden kann und dass Sanktionen bei einer aufgedeckten Falschdokumentation nicht rückwirkend möglich sind. Von einer wahrheitsgemäßen Dokumentation kann demnach umso eher ausgegangen werden, je höher die Pflegerin und ihre Managerin für die auftragsgemäße Erledigung ihres Pflegeauftrags und deren korrekte Dokumentation entlohnt werden. Bietet sich der Pflegerin hingegen die Möglichkeit, statt der vereinbarten Leistungen vertragswidrig Alternativleistungen zu erbringen (das notwendige Einverständnis der Klientin wird vorausgesetzt) und diese unwahr zu dokumentieren, so wird sie dies um so eher tun, je größer die damit verbundene Aufwandsersparnis ist. Die Entscheidung der Pflegerin ist außerdem davon abhängig, wie viel ihr die Sicherheit zukünftiger Einkünfte wert ist. Kann sie aus dem zu erwartenden sicheren Entgelt bei auftragsgemäß erbrachter und wahrheitsgemäß dokumentierter Leistungen bereits jetzt einen Nutzen ziehen (monetär durch Kredite oder nicht-monetär durch psychisches Wohlbefinden), so wird sie seltener das Risiko eingehen, das mit einem Vertragsverstoß verbunden ist.

Ein in der Praxis des Pflegewesens besonders relevantes Motiv für die vertragsgemäße Erbringung von Pflegeleistungen dürfte jedoch die Wahrscheinlichkeit sein, mit der eine Pflegerin damit rechnen muss, dass die mit der Nichteinhaltung des Vertrags verbundene unwahre Dokumentation aufgedeckt wird. Sinkt diese Wahrscheinlichkeit, so wird sich die Pflegerin dem Modell zufolge eher für den Vertragsbruch entscheiden. Bedeutsam dürfte dies nicht nur im Verhältnis der Pflegerin zum Controlling durch den Pflegekostenträger sein, das bei der Modellentwicklung als Prinzipal betrachtet wurde. Lässt man nämlich die Annahme beiseite,



die Pflegerin benötige für eine evtl. Abweichung vom Pflegeplan die Zustimmung der Klientin, so kann diese ebenfalls als Prinzipal (mit-)bezeichnet werden. Man kann die Klientin dann zusammen mit allen denkbaren Prinzipalen der Pflegerin betrachten, die durch ihren Einblick die Falschdokumentation aufdecken können (vgl. Abbildung 13, S. 100). Ein Risiko, dass ihr Verstoß gegen den Pflegevertrag bekannt wird, geht damit vom (Controlling des) Kostenträger(s), von der Pflegemanagerin, von den anderen Mitgliedern des Pflegeteams und von der Klientin und deren Angehörigen aus. Da alle diese Akteure einen informatorischen Zugang zu unterschiedlichen Aspekten der Arbeit der Pflegerin haben, dürfte die Wahrscheinlichkeit, dass Falschdokumentationen aufgedeckt werden, in der Pflegepraxis höher sein, als dies zunächst scheint. Die Pflegerin könnte daher versucht sein, die Klientin und die Managerin mit in die Abweichung vom Pflegeplan einzubeziehen, um sie so zu (Mit-)Agenten gegenüber dem Kostenträger zu machen. Voraussetzung für die Abweichung vom Pflegeplan ist dann jedoch, dass diese im (überschneidenden) Interesse aller drei Akteure ist, was seltener der Fall sein dürfte, als wenn die Pflegerin alleine über den Vertragsverstoß und die Falschdokumentation entscheidet. Und schließlich ist ein Schweigekartell umso schwieriger zu organisieren, je mehr Personen es umfasst.

#### **(4) Modellkritik**

Berücksichtigt das in diesem Abschnitt vorgestellte Modell die wesentlichen Beweggründe für eine wahrheitsgemäße Führung der Pflegedokumentation? Zweifelsohne spielen die berücksichtigten Aspekte eine wichtige Rolle: die Höhe der sicheren Entlohnung bei wahrheitsgemäßer Dokumentation, die Aufwandsersparnis bei Abweichung vom Pflegeplan, die gegenwärtige Bewertung sicherer zukünftiger Einkünfte durch die Pflegerin und die Wahrscheinlichkeit des Offenbarwerdens einer falschen Dokumentation. Zusätzlich zu diesen Motiven dürfte relevant sein, inwieweit die Klientin und die Pflegemanagerin ein Interesse an der Befolgung der Vorgaben des Kostenträgers haben bzw. ob sich ihr Wunsch, davon abzuweichen, mit dem der Pflegerin deckt. Auch der daraus resultierende Einfluss von Pflegemanagerin und Klientin auf die Vertrauenswürdigkeit der Dokumentation wurde bei der Modelldarstellung berücksichtigt.

Nicht berücksichtigt sind hingegen *berufsethische* Gründe, welche die Pflegerin auch dann zu wahrheitsgemäßer Dokumentation veranlassen, wenn sie einen ökonomischen Nutzen aus der Falschdokumentation ziehen kann (vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 3). Sieht sich die Pflegerin aus berufsethischen (statt aus eigennützigen) Gründen dazu veranlasst, vom Pflegeplan abzuweichen, so kann das entwickelte Modell entsprechend uminterpretiert werden. Auch dann, wenn der Pflegeplan etwa aus administrativen Gründen wichtige Pflegebedarfe der Klientin vernachlässigt, wird sich die Pflegerin entscheiden müssen, welches Risiko sie für das berufsethisch motivierte Abweichen von den Vorschriften des Kostenträgers auf sich nimmt. Andererseits kann bei einer verzerrt geführten Dokumentation deren Potential zur Gestaltung des Pflegeprozesses (vgl. unter 3.1.2) nicht genutzt werden. Die von Hardey et al. (2000) als verbreitet beschriebene Praxis, zusätzlich zur gleichsam offiziellen Pflegedokumentation informelle Dokumentationsmedien wie z.B. Notizbücher oder nur einzelne Notizzettel („Scraps“) zu verwenden, könnte unter anderem darin motiviert sein.

Zusätzlich zum Modell dieses Abschnitts muss jedoch auch der Fall bedacht werden, in dem die Pflegerin die Pflegedokumentation nicht mit der erforderlichen Sorgfalt führt. Denkbar ist auch hier eine berufsethische Motivation, etwa dergestalt, dass die Pflegerin die Dokumentation ungenau führt, um mehr Zeit für die Klientin zu haben. Vor allem bei überbordenden bürokratischen Anforderungen an die Pflegedokumentation kann die Pflegerin sich dazu ver-

pflichtet fühlen. Das in Abschnitt 7.4.2 auf empirischer Grundlage beschriebene Muster des Dokumentationshandelns (*Dokumentation als bürokratische Aufgabe*) kann so interpretiert werden. Genauso ist aber auch denkbar, dass die Dokumentation oberflächlicher geführt wird, weil die Pflegerin so zu ihrem eigenen Vorteil Anstrengungen vermeiden kann. In jedem Fall bedeutet eine ungenaue Dokumentation jedoch eine unsystematische Verzerrung der Daten. Während im Modell dieses Abschnitts davon ausgegangen wurde, dass die Falschdokumentation eine systematische Abweichung vom Pflegeplan unkenntlich machen sollte, bedeutet eine oberflächliche Dokumentation eine eher zufällige Diskrepanz zwischen der pflegerischen Realität und deren Abbild in den Aufzeichnungen der Pflegerin: Der vom Kostenträger bzw. vom Pflegeplan geforderte Leistungsaufwand kann dabei nicht nur unter-, sondern auch überschritten werden.

Mit dem hier eingeführten Modell ließe sich auch die Wahl zwischen einer sorgfältigen und aufwändigeren sowie einer oberflächlicheren, dafür aber mit weniger Aufwand verbundenen Pflegedokumentation darstellen: Betrachtet man der Einfachheit halber wieder nur zwei Outputqualitäten (in diesem Fall der Dokumentation) und bezeichnet man mit  $DK_{\text{sorgfältig}}$  die Dokumentationskosten für die aufwändigere Dokumentation sowie mit  $DK_{\text{oberflächlich}}$  die der ungenauen Dokumentation, so gilt:

$$DK_{\text{sorgfältig}} > DK_{\text{oberflächlich}}$$

Unter Beibehaltung der anderen bei der Modellierung der systematisch verzerrten Dokumentation gemachten Annahmen<sup>50</sup> gilt damit für die Entscheidung der Pflegerin zwischen der aufwändigeren, dafür aber genaueren und der günstigeren, jedoch unsystematisch verzerrten Dokumentation:

$$\pi(E - DK_{\text{sorgfältig}}) \geq i(DK_{\text{sorgfältig}} - DK_{\text{oberflächlich}})$$

Neu an diesem Modell ist die Bedeutung der Differenz zwischen dem Entgelt der Pflegerin und den Kosten für die sorgfältige Dokumentation. Je höher diese Differenz ausfällt, umso seltener wird sich die Pflegerin für die ungenaue Dokumentation entscheiden. Einen Anreiz, sich für die sorgfältige oder für die oberflächliche Dokumentation zu entscheiden, liefert außerdem die Differenz zwischen den damit verbundenen Kosten. Je geringer die darin zum Ausdruck gebrachte mögliche Aufwandsersparnis durch die ungenaue Dokumentation ist, desto seltener wird sich die Pflegerin für sie entscheiden.

Abschließend ist das in diesem Abschnitt vorgestellte Modell zur Vertrauenswürdigkeit der Pflegedokumentation noch wegen seines einseitigen Fokus auf die *Leistungsseite* der Dokumentation zu kritisieren. Die Pflegedokumentation umfasst jedoch nicht nur Leistungsdaten, sondern auch Informationen über die Klientinnenanamnese, über den darauf basierenden Pflegeplan und über die Evaluationen des Pflegeerfolgs (vgl. hierzu in Kapitel 3). Kritisch an der Darstellung dieses Abschnitts ist insbesondere die Ignorierung möglicher Verzerrungen der Anamnese- und Bedarfsdokumentation. Das hier entwickelte Modell geht stattdessen von

---

<sup>50</sup> Diese Annahmen erscheinen jedoch bei der Betrachtung der unsystematisch verzerrten Dokumentation teilweise recht unrealistisch: Insbesondere die vereinfachende Unterstellung, wonach die Pflegerin, nachdem sie sich in einer Periode für die weniger aufwändige Dokumentation entschieden hat, diese Entscheidung in Zukunft nicht mehr rückgängig macht, ist nun kaum mehr zu halten. Auch die Annahme, wonach der Prinzipal der Pflegerin nach einer aufgedeckten unwahren, in diesem Fall hieße das, nach jeder erkannten ungenauen Dokumentation für alle Zukunft die pflegerische Aktivität verweigern kann („Berufsverbot“ oder „Entzug der Zulassung“), wird nun recht unrealistisch.

einem extern – etwa durch den Kostenträger – vorgegebenen Pflegeplan aus, wodurch die Betrachtung einer diesbezüglich verzerrten Dokumentation obsolet wird.

In der Praxis ist jedoch davon auszugehen, dass die Kostenträger lediglich den Rahmen für die individuellen Pflegepläne vorgeben, innerhalb dessen die Pflegerinnen und ihre Managerinnen (zusammen mit den Klientinnen) einen gewissen Spielraum bei der Formulierung des Pflegeplans haben. Betrachtet man diesen vom Kostenträger vorgegebenen Rahmen als Vertrag mit der Pflegeeinrichtung, so hat dessen Formulierung Auswirkungen auf mögliche Verzerrungen der im Einzelfall festgestellten und dokumentierten Pflegebedarfe. Ausgehend von den beiden Grundformen des Prinzipal-Agent-Problems kann die Informationsasymmetrie zwischen dem Pflegekostenträger und den Pflegeeinrichtungen dabei verzerrte Dokumentationen in Zusammenhang mit Problemen des *moralischen Risikos* und der *adversen Selektion* nach sich ziehen. Forder und Netten kommen in einer Analyse von Versorgungsverträgen mit britischen stationären Altenpflegeeinrichtungen zum Ergebnis, dass Verträge, die eine Vergütung pro Klientin gemäß deren Pflegebedarf vorsehen, tendenziell eine Übertreibung der individuellen Bedarfe durch die Pflegeeinrichtungen nach sich ziehen. Demgegenüber fördert eine pauschale Finanzierung stationärer Einrichtungen eher einen Klientinnen-Mix aus weniger aufwändigen Fällen, die in der Information an den Kostenträger jedoch als durchschnittlich ausgegeben werden. Der empirische Nachweis gelingt dabei vor allem für die verzerrte (übertriebene) Darstellung der Pflegebedarfe, falls diese die Grundlage für die klientenspezifischen Vergütung der stationären Einrichtungen bildet (Forder/Netten 2000, S. 647f. sowie S. 654ff).

Grundsätzlich können die Voraussetzungen für solchermaßen verzerrte Dokumentationen des Pflegebedarfs auch mit dem in diesem Abschnitt vorgestellten Modell zur Vertrauenswürdigkeit der Dokumentation untersucht werden. Je nachdem, wie sehr der jeweilige Kostenträger die Bedarfsinformation durch die Pflegeeinrichtungen durch ein eigenes, einrichtungsexternes Assessment überprüft, muss die Variable für die Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung möglicher Falschdokumentationen dabei höher oder niedriger angesetzt werden. Norton (1992, S. 123f.) geht auf empirischer Grundlage nach der testweisen Einführung eines alternativen Entlohnungssystems davon aus, dass den Aussagen von Pflegeeinrichtungen zum Pflegebedarf ihrer Klientinnen stets zu misstrauen ist, wenn die Höhe der klientenspezifischen Kostenersatzung davon abhängt. Er empfiehlt daher die Feststellung des Pflegebedarfs durch einrichtungsexterne Pflegerinnen. Im deutschen Pflegewesen mit seiner Pflegebedarfseinschätzung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) dürften übertrieben falsche Bedarfsdokumentationen relativ leicht auffallen, so dass die Pflegedokumentationen in diesem Bereich entsprechend verlässlicher sind. Denkbar ist eher eine Untertreibung bei der Abbildung jener Pflegebedarfe, deren potentielle Befriedigung gemäß den administrativen Vorgaben der Pflegeversicherung nicht refinanzierbar ist.

### **4.3 Überblick der ökonomischen Motive zur Führung der Pflegedokumentation**

Das Modell in Abschnitt 4.2.2 untersucht die Pflegedokumentation als ein Instrument, mit dem die Pflegerin und ihre Managerin das Risiko reduzieren können, für negative Pflegeergebnisse verantwortlich gemacht zu werden, die nicht sie selbst, sondern die *Natur* der pflegebedürftigen Klientin (oder auch andere Kooperationspartner) zu verantworten haben. Eine umfangreichere Dokumentation wird demnach umso eher vorgenommen, je mehr die daran Beteiligten unter den unsicheren Pflegeergebnissen leiden (Risikoaversion), entweder weil dann die monetäre Entlohnung für die Pflegeleistungen unsicher wird oder weil nichtmonetäre Belohnungen für gute Pflegeergebnisse (z.B. Reputation, Aufstiegsmöglichkeiten, weitere

Pflegeaufträge) nicht mehr nur vom eigenen Engagement abhängen. Die Dokumentation fällt somit dann ausführlicher aus, wenn die Unsicherheit der Pflegeergebnisse aufgrund externer Einflüsse steigt und wenn diese Unsicherheit für die Pflegerin und ihre Managerin folgenreicher wird, weil deren monetäre und nichtmonetäre Entlohnung besonders stark von den Pflegeergebnissen abhängt. Dabei spielt unter anderem der Preis pro erbrachte Pflegeeinheit eine Rolle, der bei schlechten Pflegeergebnissen (die mit der Gefahr von Schadensersatzforderungen verbunden sind) auch negativ werden kann.

Das in Abschnitt 4.2.3 dargestellte Modell geht vor allem von der Annahme aus, dass es einem pflegerischen Akteur, der in der Lage ist, gute Pflege zu leisten, auch leichter fällt, diese ausführlich zu dokumentieren. Der Umfang der Pflegedokumentation kann daher als Signal für besondere Pflegequalität dienen, die der Auftraggeber der Pflege sonst nicht erkennen kann. Die Ausführlichkeit der Dokumentation sinkt demnach mit den damit verbundenen Kosten und sie steigt, je eher die zuständige Pflegerin und ihre Managerin davon ausgehen können, für die so signalisierte besondere Pflegequalität zusätzlich entlohnt zu werden, wobei wiederum monetäre und nichtmonetäre Formen der Entlohnung betrachtet werden können. Die beiden Dokumentationsmotive der Risikoreduzierung und der Qualitätssignalisierung können sich dabei durchaus ergänzen: Beispielsweise kann eine Pflegemanagerin mittels der Dokumentation signalisieren, dass sie mit ihrer Einrichtung in der Lage ist, eine besonders gute Pflege bereitzustellen. Gegebenenfalls kann sie von ihren Auftraggebern dann ein höheres Entgelt erwarten. Doch auch dieses höhere Entgelt unterliegt dem Risiko durch Zufallsschwankungen aufgrund natürlicher Einflüsse auf das Pflegeergebnis, so dass die Managerin auch hieraus ein Dokumentationsmotiv hat.

Sowohl das Dokumentationsmotiv Risikoreduzierung als auch das Motiv Qualitätssignalisierung zielt auf die Ausführlichkeit der Pflegedokumentation. Offen bleibt damit jedoch, ob die so geführten Aufzeichnungen die Pflege auch realitätsgetreu wiedergeben, d.h. inwieweit die Pflegedokumentation vertrauenswürdig ist. Denkbar ist sowohl eine systematische Verzerrung der Dokumentationsinhalte, etwa um Abweichungen von einem administrativ vorgegebenen Pflegeplan zu verschleiern, als auch unsystematische Ungenauigkeiten aufgrund einer oberflächlichen Dokumentationsführung. Den Modellergebnissen aus Abschnitt 4.2.4 zufolge kommt es zu solchen Verzerrungen umso seltener, je höher das Risiko ist, dass unwahre Dokumentationsinhalte aufgedeckt werden (insbesondere durch das Controlling des Kostenträgers). Voraussetzung ist aber, dass bei erkannten Falschdokumentationen die ansonsten sichere zukünftige Entlohnung der an der Dokumentation beteiligten Akteure auf dem Spiel steht. Positiv auf den Wahrheitsgehalt der Dokumentationsinhalte wirkt sich auch aus, wie die für die Dokumentation Verantwortlichen die Sicherheit der zukünftigen Einkünfte aufgrund der korrekten Dokumentation zum gegenwärtigen Zeitpunkt bewerten. Und schließlich sinkt die Vertrauenswürdigkeit der Dokumentation, je mehr sich durch die Falschdokumentation Anstrengungen vermeiden lassen. Sie steigt wiederum, je höher die Akteure entlohnt werden, welche die Pflege dokumentieren.

Alle Modellergebnisse zum rationalen Pflegedokumentationsverhalten dieses Kapitels zusammenfassend, können damit folgende drei Thesen formuliert werden:

1. Eine Pflegerin oder eine Managerin ist umso eher an der Führung einer ausführlichen Pflegedokumentation als Nachweis für ihr fachgerechtes Engagement interessiert, um so das Risiko zu verringern, für Pflegeergebnisse verantwortlich gemacht zu werden, die außerhalb ihres Einflussbereichs liegen.
2. Eine Pflegerin oder eine Managerin ist umso eher an der Führung einer ausführlichen Pflegedokumentation interessiert, wenn sie damit auf ihre Fähigkeit hinweisen kann, Pflegeergebnisse in besonderer Qualität bereitzustellen.

3. Eine Pflegerin oder eine Managerin ist umso eher an der realitätsgetreuen Führung der Pflegedokumentation interessiert, je leichter unwahre Angaben in der Dokumentation aufgedeckt werden können und je mehr sie unter den möglichen Sanktionen leiden. In diesem Zusammenhang spielt insbesondere die langfristige Sicherung der Beziehungen zu ihren pflegerischen Interaktionspartnern und die Sicherheit der daraus möglichen monetären und nichtmonetären Einkünfte eine Rolle.

Wie lassen sich die Thesen dieses Kapitels zum rationalen Dokumentationsverhalten mit den pflegetheoretischen Aspekten der Pflegedokumentation aus Kapitel 3 verknüpfen? Auch die Ausführungen dort zielten auf die Motivation zur Führung der Dokumentation. Aufschluss über die Vereinbarkeit der professionell-fachlichen Motive der Dokumentationsführung, mit den Motiven dieses Kapitels gibt die Spezifizierung der ökonomischen Analysen als *institutionenökonomisch*. Soll die professionelle Bedeutung der Dokumentation in der Pflegepraxis gelebt werden, so müssen die institutionellen Grundlagen hierfür geschaffen sein. Auch wenn die Institutionen eine die Professionalität unterstützende Dokumentation aus nicht-ökonomischen Motiven (z.B. Berufsethik, Klientinnenbeziehung, Einbindung der Angehörigen etc.) vorschreibt, können diese Bemühungen durch ökonomische Fehlanreize teilweise oder ganz zum Scheitern gebracht werden. Dies zeigen auch die in den Abschnitten 7.4.2 bis 7.4.4 auf empirischer Grundlage beschriebenen Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen. Beispielsweise heißt das, dass eine Pflegerin, die mittels der Pflegedokumentation eine besonders gute, d.h. professionelle Pflege signalisieren soll, auch eine entsprechende materielle oder immaterielle Anerkennung hierfür erwartet. Demgegenüber bleibt die Dokumentation eher auf eine risikoreduzierende Minimaldokumentation beschränkt, wenn die Pflegerinnen und deren Managerinnen über eine Qualitäts-unabhängige, einheitliche Kosten-erstattung hinaus (für die sie lediglich ein Mindestmaß an dokumentarischem Nachweis erbringen müssen) keine weiteren Anreize haben.

In Abschnitt 3.1.1 wurden verschiedene pflegetheoretische Quellen mit dem Vorwurf zitiert, die Pflegepraxis betrachte die Dokumentation viel zu sehr oder gar ausschließlich unter dem Aspekt der durch sie ermöglichten Rechtssicherheit. Die Bedeutung der Dokumentation für eine erfolgreiche Gestaltung des Pflegeprozesses bliebe hingegen ungenutzt. Auf der Grundlage der in diesem Kapitel erarbeiteten ökonomischen Modelle kann dieser Vorwurf umformuliert werden. Wenn es nicht gelingt, die Pflegepraxis darin anzuleiten, die Dokumentation *gleichzeitig* als Nachweisinstrument für die Freiheit von Pflegefehlern *wie auch* zur positiven Unterstützung der prozessualen Gestaltung der Pflege zu nutzen, wird die praktisch tätige Pflegerin (mit Unterstützung ihrer Pflegemanagerin) stets die Schaffung von Rechtssicherheit durch die Dokumentation in den Vordergrund stellen. In der ökonomischen Sprache der Modelle dieses Kapitels ausgedrückt: Solange eine Pflegerin und ihre Managerin Gefahr laufen, für negative Pflegeergebnisse, die nicht in ihren Einflussbereich fallen (sondern von der *Natur* verursacht werden), privat-, arbeits- oder sogar strafrechtlich haftbar gemacht zu werden, so lange ordnen sie alle pflegetheoretisch begründeten Aufgaben der Dokumentation zur Unterstützung bei der Pflegeprozessgestaltung dieser Haftungsvermeidung unter. Da die juristischen Konsequenzen dann in der Regel ökonomisch folgenreicher sein werden als die durch die Sendung besonderer Qualitätssignale zusätzlich zu erwartenden ökonomischen Vorteile, wird eine Pflegerin in allen Situationen, in denen sie zwischen diesen beiden ökonomischen Funktionen abwägen muss, der Funktion der Dokumentation als Nachweisinstrument der pflegefehlerfreien Leistungserbringung ihre primäre Aufmerksamkeit widmen. Nicht zuletzt die Omnipräsenz des Satzes, wonach als nicht erbracht gilt, was nicht dokumentiert ist, in nahezu allen Praxisleitfäden zur Pflegedokumentation untermauert diese These.

## 5. Zusammenfassung der theoretischen Analysen

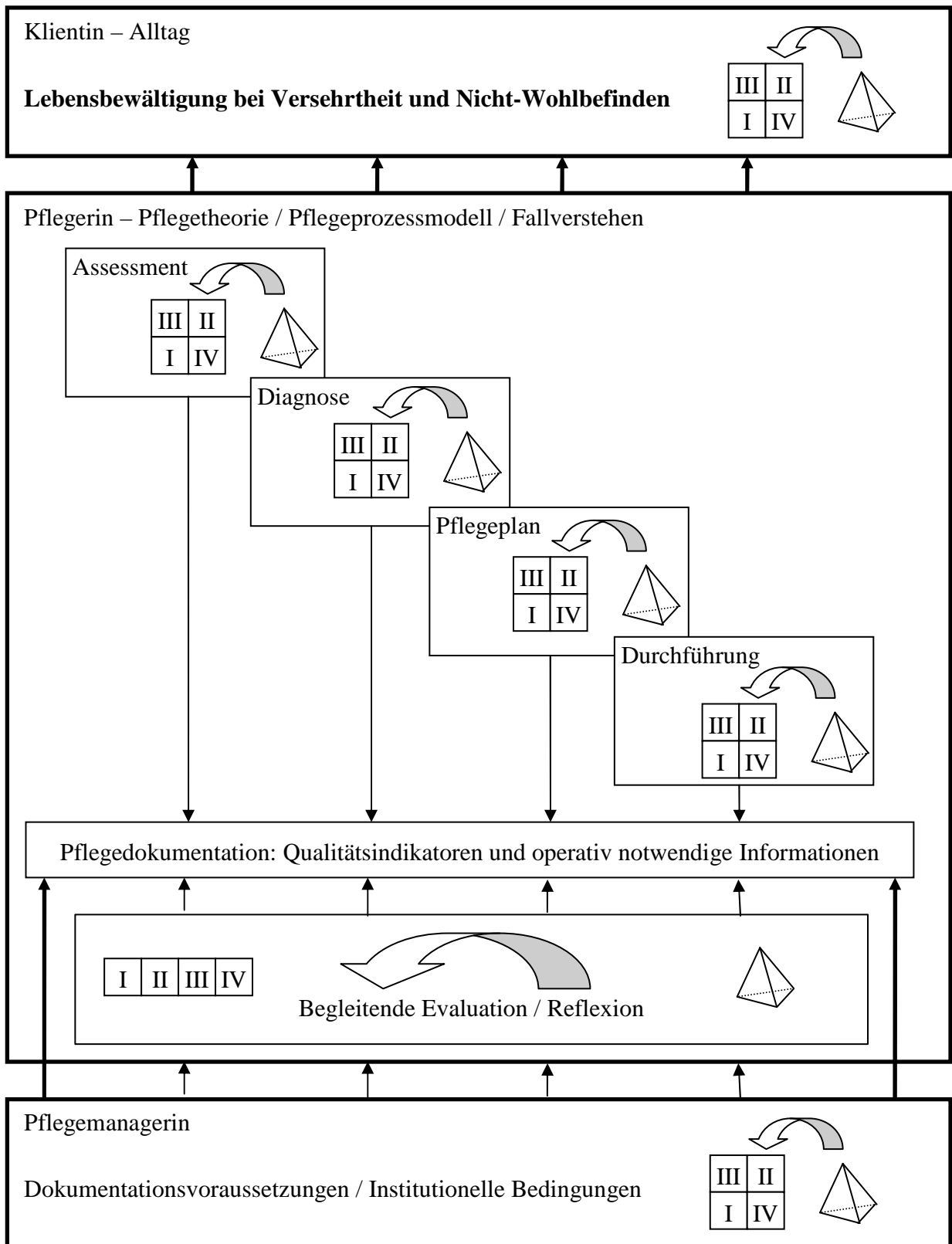
In den letzten beiden Kapiteln wurde eine Vielzahl theoretischer Aussagen zur Pflegedokumentation thematisiert. Auf der Grundlage einer Literaturrecherche wurde in Abschnitt 3.1.1 zunächst die operative Bedeutung der Dokumentation beschrieben. Die dort zusammengefassten Thesen sind insgesamt kaum umstritten. Kontroverser fiel hingegen die Diskussion der Rolle der Pflegedokumentation bei der Gestaltung von Pflegeprozessen aus (Abschnitt 3.1.2). Anhand von Pflegemodellen und Pflegeprozessmodellen wurden hier die widerstreitenden Positionen beschrieben. Die Bedeutung der Dokumentation für die Professionalität des pflegerischen Handelns (Abschnitt 3.2) ist wiederum weniger strittig. Und schließlich wurden im vorangegangenen Kapitel 4 zentrale institutionenökonomische Bedingungen des Pflegedokumentationshandelns untersucht. Die Voraussetzungen thematisieren relevante ökonomische Aspekte, erheben aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Ziel dieses Kapitels, das die theoretischen Analysen abschließt, ist die Zusammenfassung aller diesbezüglichen Erkenntnisse zu einem umfassenden Modell der Pflegeprozessdokumentation. Das Modell soll unterschiedliche Entwürfe und Thesen zum prozessualen Dokumentationshandeln sowie zu deren Bedingungen und Wirkungen integrieren können. Es wird daher als *Metamodell* konstruiert. Nicht alle Thesen, die dieses Metamodell kennzeichnen, können in den anschließenden empirischen Analysen untersucht werden. Die aus dem Modell abgeleiteten zentralen Fragestellungen, die im empirischen Teil dieser Untersuchung analysiert werden, werden in Abschnitt 5.2 vorgestellt. In Abschnitt 5.3 schließlich wird auf theoretischer Grundlage die Struktur der empirischen Analysen hergeleitet.

### 5.1 Metamodell der Pflegeprozessdokumentation

Der Vorteil aus der Konstruktion des Modells der Pflegeprozessdokumentation als Metamodell liegt in der Möglichkeit, dieses nicht nur gegenüber unumstrittenen, sondern – soweit möglich – auch hinsichtlich kontrovers diskutierten theoretischen Festlegungen offen zu halten. Neben der Möglichkeit zum Rekurs auf verschiedene Pflegeprozessmodelle bezieht sich diese Flexibilität vor allem auf die Möglichkeit zur Wahl verschiedener Pflegemodelle, je nach pflegetheoretischer Position der Anwenderin des Metamodells. Die damit gewonnene Offenheit des Modells gegenüber den jeweiligen pflegetheoretischen Präferenzen kommt in der Bezeichnung *Metamodell* zum Ausdruck. Um Missverständnissen vorzubeugen: Das Ziel besteht nicht darin, ein theoriefreies Pflegeprozessmodell zu konstruieren. Das Metamodell verlangt vielmehr von der Anwenderin eine eigene pflegetheoretische Festlegung, ohne die das Modell in bestimmten Details inhaltlich unbestimmt bleibt. Auch hinsichtlich der ökonomischen Grundlagen des Pflegeprozesshandelns, die gleichfalls mitberücksichtigt werden sollen, muss das Metamodell offen für weitere Ergänzungen sein. Damit lassen sich die hier beschriebenen institutionenökonomischen Aussagen weiter differenzieren und um zusätzlich relevante Aspekte ergänzen. Zentrale Bestandteile des auf dieser Basis entwickelten Metamodells können wie folgt grafisch dargestellt werden:

Abbildung 23: Zentrale Bestandteile des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation



Quelle: Eigene Darstellung unter Verwendung von Alfaro-LeFevre 1998, S. 10.

Im Zentrum des Modells steht mit der *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* der Gegenstand der Pflege. Auf ihn beziehen sich die Klientin, die Pflegerin und die Managerin aus ihrer je eigenen Perspektive. Der Zugang der Pflegerin erfolgt durch

professionelles Fallverstehen. Sowohl die Pflegebedürftigkeit (die Versehrtheit und das Nicht-Wohlbefinden) der Klientin als auch das pflegerische Handeln sind prozesshafter Natur. Letztere wird mit Hilfe eines Pflegeprozessmodells beschrieben. Die Darstellung des Pflegeprozessmodells erfolgt hier in Anlehnung an das Modell von Alfaro-LeFevre (1998, vgl. unter 3.1.2). Dieses Modell verwirklicht unter anderem beispielhaft die erforderliche Integration der Pflegeprozessschritte und es vermeidet durch die parallel-laufende Evaluation bzw. Reflexion zugleich die technizistische Rigidität eines streng kybernetischen Prozessmodells. Gleichwohl könnte das Modell von Alfaro-LeFevre auch durch andere Pflegeprozessmodelle ersetzt werden, die zentrale Anforderungen ebenso erfüllen. Das oben dargestellte Modell wird inhaltlich bestimmt durch ein Pflegemodell, das alle wesentlichen Pflegedimensionen umfasst, hier ausgedrückt durch die vier in Abschnitt 2.2 eingeführten Metaqualitätsdimensionen der Pflege.

Die Pflegerin ist zwar Eignerin des gesamten Pflegeprozesses, sie ist aber nur relativ autonom. Sie bezieht die anderen beteiligten Akteure (insbesondere die Klientin und die Angehörigen) partnerschaftlich in Form von Diskursen und Aushandlungsprozessen in die Gestaltung des Pflegeprozesses mit ein. Der bei der Klientin, bei der Pflegerin (zu allen Pflegeprozessschritten) und bei der Managerin ergänzte Diskurstetraeder (vgl. hierzu unter 2.4) symbolisiert die fortwährende Bedeutung dieser Einbeziehung der Kooperationspartnerinnen in das pflegerische Handeln. Die durch die Pflegedokumentation erleichterte Reflexion als Bedingung für die pflegerische Professionalität wird durch den rückwärtsgerichteten Pfeil im entsprechenden Rechteck dargestellt. Auch diese Reflexion ist diskursiv anzugehen. Um diese Reflexion zu ermöglichen, muss die Dokumentation die Ermittlung wesentlicher Indikatoren zur Pflegequalität ermöglichen. Weitere Bestandteile der Pflegedokumentation werden durch die operativen Notwendigkeiten zur Bewältigung des Pflegealltags bestimmt. Zuunterst in der Grafik findet sich die Pflegemanagerin. Diese ist zum einen je nach Diskursebene an der Reflexion des pflegerischen Handelns beteiligt. Zum anderen ist die Managerin aber auch direkt für die Dokumentationsvoraussetzungen und die institutionellen Bedingungen des Dokumentationshandelns verantwortlich. Eingeordnet nach den vier Dimensionen des Metaqualitätsmodells können die folgenden Thesen zum Metamodell formuliert werden:



**Tabelle 11: Thesen für eine erfolgreiche Pflegeprozessdokumentation**

**I. Orientierung und Ziele der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation**

These Ia: *Anlass allen pflegeprozessualen Handelns ist der sich in einer Krise befindliche Alltag der Klientin.*

These Ib: *Gegenstand des pflegeprozessualen Handelns ist die Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden der Klientin.*

These Ic: *Die Pflegerin muss ihrer professionellen Begründungspflicht durch die Bezugnahme auf Pflege-theorien nachkommen.*

These Id: *Das Handeln und Reflektieren der Pflegerin ist inhaltlich durch ein Pflegemodell zu bestimmen, das mindestens die sozialen, physisch/funktionalen, umweltbezogenen und psychischen Dimensionen der Pflege umfasst.*

These Ie: *Die prozessual orientierte Pflegedokumentation liefert einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität der Klientinnen, zur Pflege- und zur Managementqualität.*

**II. Verfahren der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation**

These IIa: *Der Zugang der Pflegerin zum Alltag der Klientin kann als professionelles Fallverstehen gelingen.*

These IIb: *Die Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden ist prozesshaft zu verstehen (Prozess der Pflegebedürftigkeit).*

These IIc: *Die Pflegerin strukturiert ihr Handeln und Reflektieren mithilfe eines Pflegeprozessmodells, das zur Integration aller parallel laufenden Pflegeprozesse einer Klientin beiträgt.*

These IId: *Zur Sicherung der Pflegequalität kann die Pflegeprozessdokumentation auf wenige Informationen zu den Prozessstufen und zu allen Pflegedimensionen beschränkt werden. Der notwendige Umfang der Dokumentation bemisst sich darüber hinaus nach den operativen Erfordernissen der Pflegepraxis.*

**III. Bedingungen der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation**

These IIIa: *Der Pflegerin müssen die notwendigen Ressourcen für die Führung der Dokumentation zur Verfügung stehen.*

These IIIb: *Die Dokumentation kann als Nachweisinstrument einer pflegefehlerfreien Leistungserbringung genutzt werden.*

These IIIc: *Die Dokumentation kann zur Signalisierung qualitativ hochwertiger Pflege genutzt werden.*

These IIIId: *Die Notwendigkeit, die Dokumentation als Nachweisinstrument einer pflegefehlerfreien Leistungserbringung zu nutzen, darf deren Bedeutung für die prozessuale Gestaltung der Pflege nicht in den Hintergrund drängen.*

**IV. Handelnde der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation**

These IVa: *Die Pflegerin muss die Klientin und andere Kooperationspartner partnerschaftlich in die Gestaltung des Pflegeprozesses einbeziehen.*

These IVb: *Die Pflegerin trägt die zentrale Verantwortung für die Gestaltung des Pflegeprozesses.*

Diese Thesen werden nun noch einmal kurz ausformuliert und die dahinter liegenden Argumentationsstränge nachvollzogen.

## I. Orientierung und Ziele der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation

These Ia: *Anlass allen pflegeprozessualen Handelns ist der, sich in einer Krise befindliche Alltag der Klientin.*

In einer Abhandlung über die Qualitätssicherung in der Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Intensivpflege findet sich die folgende Behauptung: „[...] streng genommen muß der Pflegeprozeß nicht einmal individuell ausgerichtet sein“ (Sperl 1996, S. 52). Die Abwegigkeit dieser Vorstellung wird durch den Versuch erkennbar, ein Szenario hierfür zu konstruieren. Man stelle sich vor, eine intensivmedizinische Klientin werde nach einer Operation zur Pflege auf die entsprechende Station eines Krankenhauses gebracht. Die Pflegerinnen dort entnehmen aus der Krankenakte die Art der Operation (Pflegeassessment) und legen anhand eines Schemas (Pflegediagnose) die in diesem Fall vorgesehenen Pflegemaßnahmen fest (Pflegeplan). Diese Maßnahmen werden nun solange umgesetzt, wie zuvor geplant (Pflegedurchführung), woraufhin abschließend ihre Wirksamkeit evaluiert wird. Ein persönliches Eingehen der Pflegerinnen auf die Klientin wird damit nicht ausgeschlossen. Die Pflegerinnen könnten sich hierzu beispielsweise aus berufsethischen Gründen verpflichtet sehen. Allein – auf die Gestaltung des Pflegeprozesses hätte dieses persönliche Eingehen auf die Klientin keinen Einfluss.

Zunächst entspricht dieses Szenario gleich in mehrerlei Hinsicht einem Anti-Ideal der Pflege. Zum einen reduziert sich das pflegerische Handeln hier in perfekter Weise auf die in Abschnitt 3.2 als unprofessionell beschriebene Umsetzung technologischen Wissens. Die Pflegerin wird zu einer Art Gesundheitsingenieurin, ihre empathischen Fähigkeiten sind für den Pflegeprozess unbedeutend. Für die Klientin bedeutet eine solche Extremform der Funktionspflege, dass sie mit ihren *Notwendigkeiten*, mit denen sie sich an die professionelle Fachkraft wendet, letztlich alleine bleibt. Ihre Wünsche hinsichtlich der Gestaltung des Pflegeprozesses werden nicht berücksichtigt, ihr Potential zur Ko-Produktion von Pflege wird systematisch unterschätzt. Aus der Sicht der Klientin kommt das geschilderte Szenario somit einer Entmündigung nahe. Aus pflegerischer Sicht muss darüber hinaus auch noch die folgende Überlegung nachdenklich stimmen: Bei genauerer Betrachtung des Szenarios erkennt man nämlich, dass der geschilderte Pflegeprozess gar nicht vollkommen *nicht-individuell* ist. Die Pflegerinnen in diesem Beispiel verwenden nämlich durchaus *individuelle* Information über die Klientin – aus deren Krankenakte. Mit anderen Worten, die vorgeblich pflegerische Diagnose und der Pflegeplan beruhen auf individuellen Daten, die vor Beginn der Pflege von anderen (in diesem Fall den operierenden Ärztinnen) ermittelt wurden.<sup>51</sup> Im gegebenen Szenario liegt jedoch keine Nicht-Individualität vor, die Pflegerinnen verzichten lediglich auf ein *pflegerisches* Assessment. Deutlich wird dies auch am Ende des Szenarios, bei der Evaluation des Pflegeerfolgs. Spätestens dort stellt sich die Frage, durch wen diese zwangsläufig individuelle Einschätzung vorgenommen werden soll, wenn die Gestaltung des Pflegeprozesses weiterhin ausschließlich schematisch erfolgen soll.

---

<sup>51</sup> Der Versuch, ein Szenario für eine noch weitergehende Ent-Individualisierung des Pflegeprozesses zu entwerfen, führt zu schematischer ‚Pflege‘, als die beispielsweise Pflegeratgeber interpretiert werden können. Auch hier kann eine erfolgskontrollierte Handlungssteuerung nach dem Schema Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation herangezogen werden sein.

Dieses Szenario einer (scheinbar) nicht-individuellen Pflegeprozessgestaltung ist für den Altenpflegebereich sicherlich wirklichkeitsfremd. Die überspitzte Darstellung macht aber Probleme erkennbar, denen eine prozessual orientierte Pflege ausgesetzt ist, die nicht die Klientin bzw. deren *Notwendigkeiten* zum Anlass ihres Handelns macht. In der Konsequenz muss dies zu einer Fremdbestimmung oder, wie in Abschnitt 3.1 formuliert, zu einer Fremddefinition der Situation führen. Problematisch jedoch ist nicht nur die Fremdbestimmung der Klientin, sondern auch die Wahrscheinlichkeit, dass pflegerisch relevante Tatsachen gar nicht erst Gegenstand des Pflegeprozesses werden können (beispielsweise dann, wenn in obigem Szenario die Pflege auf einem eng fokussierten fachmedizinischen Bericht beruht). Zum Problem im Sinne dieser These wird jede, nicht durch die Klientin selbst an den Anfang des Pflegeprozesses gestellte Definition der Situation der Klientin. Außer von den zuständigen Ärztinnen kann eine solche Fremddefinition beispielsweise auch von den Angehörigen oder dem Kostenträger kommen. Und nicht zuletzt kann auch die Pflegerin selbst mit ihrer Expertise und ihren beruflichen Restriktionen versucht sein, ihre vermeintlich professionelle Sicht an die Stelle der *Notwendigkeiten* der Klientin zu stellen.

Die Umsetzung dieser These muss sich in der Dokumentation niederschlagen. Dies ist insbesondere daran erkennbar, dass dort die Selbstdefinition der Situation durch die Klientin, die nicht durch die Sicht anderer am Pflegeprozess beteiligter Personen verzerrt ist, angemessen Berücksichtigung findet. Einige in Abschnitt 3.1 wiedergegebene Veröffentlichungen warnen in diesem Zusammenhang vor einem zu schematischen Gebrauch von vorformulierten Dokumentationsformularen oder Textbausteinen bei einer EDV-basierten Dokumentation.

These Ib: *Gegenstand des pflegeprozessualen Handelns ist die Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden der Klientin.*

Die *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* als Gegenstand der Pflege in Theorie und Praxis in den Mittelpunkt des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation zu stellen, wurde bereits in der Einleitung begründet (Abschnitt 2.1). Der Pflegegegenstand wurde so weit definiert, dass er die Pflege in ihrer Vieldimensionalität zu umfassen vermag (vgl. hierzu auch These Id). Zugleich wurde jedoch Wert darauf gelegt, bei aller unumgänglichen Überschneidung des Gegenstands, die spezifisch pflegerische Perspektive erkennbar zu machen. Die Überschneidungen mit den Gegenständen benachbarter Disziplinen unterstützt die interprofessionelle Kooperation. Die individuelle Ausformulierung des Pflegegegenstandes (mithin des jeweiligen Arbeitsauftrags an die Pflegerin) kommt als Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zustande. Die Basis ist die Situationsdefinition durch die Klientin, zu der die Pflegerin mittels ihres professionellen Fallverstehens (vgl. hierzu auch These IIa) einen Zugang findet. Die Pflegerin bietet der Klientin nun ergänzend zu deren Selbstdefinition alternative, fachlich begründete Deutungen an, die ebenfalls mit in den Aushandlungsprozess eingehen. Die anderen am Pflegeprozess beteiligten Akteure, insbesondere die Angehörigen und die Ärztin, werden diskursiv mit einbezogen und übernehmen eine beratende Rolle.

Die endgültige Entscheidung darüber, wie der Pflegeauftrag im Rahmen der *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* individuell formuliert wird, liegt bei der Klientin und ihrer Pflegerin. Den anderen Akteuren fehlt entweder der spezifisch pflegerische Fokus (z.B. der Ärztin) oder die Individualität des Zugangs (z.B. der Pflegemanagerin). Eine Sonderrolle spielen die Angehörigen, insofern sie an der Pflege Anteil nehmen. Die Möglichkeit ihrer Einbeziehung als *Dritte* in die Gestaltung des Pflegeprozesses wird durch das Pflegediskursmodell in Abschnitt 2.4 beschrieben.

Eine Voraussetzung dafür, dass es der Pflegerin überhaupt erst gelingen kann, die individuelle *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* in den Mittelpunkt ihres prozessual orientierten Handelns und Dokumentierens zu stellen, ist die sprachliche Verbalisierbarkeit der pflegerischen Sachverhalte.

These Ic: *Die Pflegerin muss ihrer professionellen Begründungspflicht durch die Bezugnahme auf Pflege-theorien nachkommen.*

Die Pflege verfügt über einen reichhaltigen Schatz theoretischer Grundlegungen (vgl. z.B. Meleis 1999; Fawcett 1996; Kühne-Ponesch 2004). Darunter finden sich auch Theorieansätze, deren Wissenschaftlichkeit umstritten ist. In Anlehnung an Engelke (2003, S. 376; 1998, S. 15) können folgende als Mindestanforderungen für eine wissenschaftliche Pflege-theorie benannt werden:

- Die Theorie bezieht sich auf den Gegenstand der Pflege (z.B. formuliert als *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden*) in umfassender Weise. Spezialtheorien, beispielsweise für die Intensivpflege können somit nicht den Anspruch erheben, als Pflege-theorie anerkannt zu werden.
- Die metatheoretischen Voraussetzungen der Theorie (Erkenntnismethoden) werden beschrieben und hinsichtlich ihrer Angemessenheit sowie Begrenztheit reflektiert.
- Die theoretischen Aussagen sind nachvollziehbar und nachprüfbar.
- Die Aussagen sind untereinander verbunden (integriert).
- Die Theorieentwicklung ist zu einem gewissen Grad abgeschlossen.

Die Vielzahl theoretischer Konzepte, Modelle, Theoriefragmente sowie Spezialtheorien, die in der pflege-theoretischen Literatur zu finden sind und die mehr oder weniger explizit den Anspruch erheben, eine theoretische Grundlage pflegerischen Handelns zu sein, lässt die Rückbesinnung auf diese Kriterien an dieser Stelle angezeigt erscheinen.

Bezogen auf das Metamodell der Pflegeprozessdokumentation werden von einer Pflege-theorie insbesondere ein wissenschaftlich begründetes Pflegemodell sowie ein Pflegeprozessmodell gefordert. Das Metamodell ist sowohl hinsichtlich des Pflegemodells als auch des Pflegeprozessmodells offen formuliert. Bezüglich des Pflegemodells wird lediglich verlangt, dass die wesentlichen Dimensionen der Pflege(-bedürftigkeit) integriert werden (vgl. These Id). Bezüglich des Pflegeprozessmodells wird verlangt, dass die wesentlichen, handlungstheoretisch begründeten Prozessstufen differenziert betrachtet bzw. reflektiert sowie ebenfalls in einer integrierten Form für die Anwendung aufbereitet werden (vgl. These IIc). Die Wahl der konkret einzusetzenden Modelle bleibt der pflege-theoretischen Präferenz der Nutzerin des Metamodells überlassen.

Bei der Reflexion, wie gelungen die Pflegerin ihr Handeln von wissenschaftlichen Pflege-theorien leiten lässt, spielt die Pflegedokumentation eine zentrale Rolle. Auch hier ist das Ziel nicht darin zu sehen, mittels der Dokumentation eine perfekte Übertragung der Theorie in den Handlungsalltag der Pflegerin zu ermöglichen und nachzuweisen. Vielmehr kann das mit der Dokumentation vorliegende Abbild der Pflegepraxis dazu dienen, die Probleme „einer ins Stocken geratenen beruflichen Handlungs-routine“ (Dewe/Otto 1996, S. 116) zu reflektieren und mögliche Handlungsalternativen zu finden. Die Pflegedokumentation unterstützt somit die professionelle Anwendung handlungstheoretischen Pflegewissens.

*These Id: Das Handeln und Reflektieren der Pflegerin ist inhaltlich durch ein Pflegemodell zu bestimmen, das mindestens die sozialen, physisch/funktionalen, umweltbezogenen und psychischen Dimensionen der Pflege umfasst.*

Dass zur erfolgreichen Gestaltung des Pflegeprozesses neben einem geeigneten Pflegeprozessmodell auch ein Pflegemodell erforderlich ist, welches das Prozessmodell auf allen Prozessstufen inhaltlich ausfüllt, wurde bereits in Abschnitt 3.1.2 ausführlich begründet. Dabei sollte bereits die pflegetheoretische Grundlegung des pflegerischen Handelns auch Aussagen über das zu wählende Pflegemodell enthalten (ebenso übrigens über das Pflegeprozessmodell, vgl. hierzu die Diskussion zu These Ic).

Die in Abschnitt 3.1.2 vorgeschlagenen Modelle und Theorien zur inhaltlichen Bestimmung des Pflegeprozesses orientieren sich beispielsweise an Krohwinkel (1993; 2007), Juchli (1994), sowie Roper et al. (2002). Die von diesen Autorinnen entworfenen Pflegemodelle umfassen eine unterschiedliche Zahl von Pflegedimensionen. In dieser Variabilität wird zuweilen ein Beleg für eine unwissenschaftliche Willkür hinter den Pflegemodellen gesehen (z.B. Sperl 1996, S. 30). Abgesehen davon, dass das Nebeneinander verschiedener theoretischer Aussagen Kennzeichen jeder wissenschaftlichen Theorieentwicklung ist, ist es möglich, die in den Pflegetheorien bzw. -modellen differenzierten Pflegedimensionen auf die vier Dimensionen des (Meta-)Qualitätsmodells (Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch) zurückzuführen und so theoretisch begründet einzuordnen. Der Vorwurf der unwissenschaftlichen Willkür lässt sich so widerlegen. In Abschnitt 2.2 wird gezeigt, wie diese Zurückführung für eine Anzahl von elf Kerndimensionen möglich ist, die auf Grundlage eines Crosswalks über anerkannte Pflegetheorien zusammengefasst wurden (Heislbetz et al. 2007, S. 240-243) (Tabelle 1, S. 17).

Die Verwendung eines Pflegemodells, das mindestens die vier Qualitätsdimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch umfasst, garantiert nicht nur Ganzheitlichkeit, sondern ermöglicht damit auch die Herstellung von Bezügen zwischen Informationen, die aus der Pflegedokumentation gewonnen werden können und der pflegebezogenen Lebensqualität, die ebenfalls in diesen vier Dimensionen betrachtet werden können (vgl. WHOQOL Group 1998; Pieper/Vaarama 2007). Weitere Bezüge können zur Pflege- und Managementqualität, aber auch zu Bedingungen und Risiken sowie Lebensereignissen der Klientinnen hergestellt werden (vgl. das in Abschnitt 2.2 eingeführte Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen).

*These Ie: Die prozessual orientierte Pflegedokumentation liefert einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität der Klientinnen, zur Pflege- und zur Managementqualität.*

Mit dieser These, welche die inhaltliche Beschreibung des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation abschließt, wird die prozessual orientierte Pflegedokumentation aus Sicht eines allgemeinen Konzepts des pflegerischen Qualitätsmanagements betrachtet. Damit werden die Bezüge von der Pflegedokumentation zu allen relevanten pflegerischen Qualitätsdimensionen expliziert. Während die Ausführungen zur Pflegeprozessdokumentation auf der Grundlage der vorhandenen Literatur (Abschnitt 3.1.2) sich weitgehend auf Zusammenhänge zwischen der Dokumentation und Pflegequalität beschränkten, wurde die Rolle, welche die Dokumentation für pflegebezogene Lebensqualität und für das Gelingen des Pflegemanagements (Managementqualität) spielt, dort kaum betrachtet.

Allgemein gilt, dass das Interesse, das eine Pflegemanagerin an der Pflegedokumentation bzw. an der darin zum Ausdruck kommenden Transparenz hat, durch die von ihr verfolgte Managementstrategie beeinflusst wird. Exemplarisch kann dies an der Managementstrategie des Total Quality Managements (TQM) aufgezeigt werden, die in Dienstleistungsorganisationen und im öffentlichen Sektor mittlerweile eine herausragende Bedeutung hat. Aus der Erkenntnis, wonach traditionelle, kontrollorientierte Top-Down-Managementstrategien das Wissen der Mitarbeiterinnen um Qualitätspotentiale häufig ungenutzt lassen und daher wenig innovationsförderlich sind, betont das TQM die Einbeziehung aller Mitarbeiterinnen und Ebenen in den Qualitätsverbesserungsprozess (und zielt dabei auf eine Nutzenmehrung auch für die Mitglieder der Organisation). Um diese Mitwirkung zu erreichen, fordert das TQM, eine Unternehmenskultur zu schaffen, die durch flache Hierarchien und kooperations- und kommunikationsorientierte Arbeitsstrukturen gekennzeichnet ist (Görres 1999, S. 436-443). Übertragen auf die Pflege bedeutet die Betonung der organisationsinternen Kommunikation bzw. Transparenz ein besonderes Interesse der Managerin an der Dokumentation als schriftlichen Ausdruck dieser innerbetrieblichen Kommunikation und Transparenz. Eine Gegenüberstellung der Perspektiven, unter denen die Pflegerin sowie die Managerin auf die Pflegedokumentation blicken, stellt Abbildung 12 (S. 88) dar.

Eine gleichfalls eher selten eingenommene Perspektive auf die Pflegedokumentation ist der Blick auf die klientinnenbezogenen Ergebnisse des pflegeprozessualen Handelns. Wie sehr diese Perspektive in der vorliegenden Diskussion vernachlässigt wird, zeigt sich nicht nur an den theoretischen Studien zur Pflegeprozessdokumentation (Abschnitt 3.1.2), sondern auch an den Schwerpunkten der in Abschnitt 3.1.3 eingeführten empirischen Untersuchungen zu diesem Thema. Offenbar ist die Entwicklung pflegeprozessualen Handelns und Dokumentierens noch so neu, dass die wissenschaftliche Beschäftigung damit noch weitgehend auf die professionell Handelnden der Pflege begrenzt ist.

## **II. Verfahren der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation**

*These IIa: Der Zugang der Pflegerin zum Alltag der Klientin kann als professionelles Fallverstehen gelingen.*

Wie bedeutsam das professionelle Fallverstehen ist, wurde in Abschnitt 3.2 ausführlich diskutiert. Als Voraussetzung wurde dabei genannt, dass sich die Pflegerin zwar die Krise bzw. Notlage der Klientin zu eigen macht, wobei aber weder die Rolle der Klientin mitzuübernehmen ist, noch die Pflegerin die Klientin durch eine technizistische Übertragung ihres Expertenwissens entmündigen darf. Um sich in die Lage zu versetzen, der Klientin eine alternative professionelle Deutung der Notlage anzubieten, über deren Umsetzung die Klientin selbst entscheiden soll, muss die Pflegerin deren Situation verstehen. Mit der objektiven Hermeneutik wurde oben ein Verfahren eingeführt, das exemplarisch an Einzelfällen im Rahmen des Qualitätsmanagements (beispielsweise unter Anleitung einer Supervisorin oder einer Qualitätsbeauftragten) helfen kann, diese Aufgabe zu bewältigen.

These IIb: *Die Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden ist prozesshaft zu verstehen (Prozess der Pflegebedürftigkeit).*

Noch bevor die Pflegerin mit der Gestaltung des Pflegeprozesses beginnen kann, muss sie sich bewusst machen, dass dieser von ihr beeinflusste Prozess von weiteren Prozessen beeinflusst wird. Diese bestehen zunächst unabhängig von der professionellen Pflege, teilweise nimmt die Pflege jedoch auf sie Einfluss. Der für die Gestaltung des Pflegeprozesses durch die Pflegerin bedeutendste weitere Prozess ist der Prozess der Pflegebedürftigkeit der Klientin. Auch ohne Zutun durch die Pflegerin sind die *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* von einem beständigen Wandel gekennzeichnet. Dabei verändern sich (z.B. durch veränderte gesundheitliche Bedingungen) nicht nur die *Versehrtheit* und das *Nicht-Wohlbefinden*, sondern auch die *Lebensbewältigung* der Klientin, etwa dann wenn sie sich an einen chronischen Pflegebedarf gewöhnt und diesbezüglich zusätzliche Selbstpflegefähigkeiten erlernt. Bereits an dieser Stelle wird somit deutlich, dass der Pflegeprozess nicht als statischer Regelkreis gedacht werden kann – eine Vorstellung von der einige in Abschnitt 3.1 eingeführte Veröffentlichungen implizit ausgehen. Andere Veröffentlichungen stellen die Kombination aus dem prozessualen Verlauf der Pflegebedürftigkeit der Klientin und dem durch die Pflegerin gestalteten Pflegeprozess spiralförmig dar (z.B. Krohwinkel 2007, S. 86; Fiechter/Meier 1998, S. 20; Schöniger/Abt-Zegelin 1998, S. 307).

Neben dem Prozessgeschehen der *Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden* ist die Pflegerin zusätzlich noch mit einer Reihe weiterer Prozesse konfrontiert, auf die sie mit der Gestaltung ihres Pflegeprozesses mehr oder weniger großen Einfluss hat. Zu betrachten sind dabei zunächst die Aushandlungsprozesse mit den Kostenträgern und dem Pflegemanagement über Art und Umfang der zu leistenden Pflege. Während die Pflegerin auf diese Aushandlungsprozesse mit ihrer Expertise noch einen gewissen Einfluss nehmen kann, kann sie Änderungen der politischen Vorgaben (etwa durch Reformen im Sozialversicherungsrecht), welche sich auf die Pflege auswirken, nur sehr begrenzt beeinflussen (z.B. durch ihr Engagement in Berufsverbänden). Wie sehr diese die Pflege und vor allem ihren Erfolg beeinträchtigen können, kann anhand der Situation estnischer Altenpflegeklientinnen verdeutlicht werden (Saks/Tiit 2007): Während hier die jüngeren Generationen eher in der Lage sind, sich dynamisch den großen politisch-gesellschaftlichen Umwälzungen anzupassen, von denen dieses Land derzeit geprägt ist, ist dies den Seniorinnen kaum mehr möglich. Saks und Tiit kommen somit aufgrund ihrer empirischen Ergebnisse zum Schluss, dass Ältere am stärksten negativ von den bekannten politisch-gesellschaftlichen Veränderungen in Estland betroffen sind.

Für den von der Pflegerin gestalteten Pflegeprozess bedeutende prozesshafte Veränderungen der Situation der Klientin können auch von den Angehörigen der Klientin ausgehen. Hier sind die unterschiedlichsten Einflüsse vorstellbar. So kann eine Angehörige lernen, sich an der Pflege zu beteiligen und Teile der professionellen Pflege zu übernehmen. Genauso denkbar ist jedoch, dass eine zunehmende Pflegebedürftigkeit die Angehörigen hilfloser, erschöpfter und tendenziell selbst pflegebedürftig macht (v.a. bei älteren Angehörigen, z.B. Ehepartnerinnen). Die wohl stärkste diesbezügliche Wirkung auf die Pflegesituation der Klientin dürfte der Tod von Angehörigen (wiederum v.a. von Ehepartnerinnen) haben.

Der nicht zuletzt in seiner Kombiniertheit immer individuelle Einfluss all dieser Prozesse auf den Pflegeprozess zeigt nebenbei noch einmal, wie abwegig die zu These Ia diskutierte Vorstellung eines nicht-individuellen Pflegeprozesses ist. Zu fragen ist nun, inwiefern all diese genannten Prozesse für die Pflegedokumentation relevant sind. Aus der dargelegten Bedeutung dieser weiteren Prozesse für den von der Pflegerin gestalteten Pflegeprozess ergibt sich

die Aufgabe der Dokumentation bzw. deren Struktur, sicherzustellen, dass diese Bedeutung erkannt und die entsprechenden Informationen laufend aktualisiert werden, so dass mittels der Pflegedokumentation diese Informationen angemessen im Pflegeprozess berücksichtigt werden können.

*These IIc: Die Pflegerin strukturiert ihr Handeln und Reflektieren mithilfe eines Pflegeprozessmodells, das zur Integration aller parallel laufenden Pflegeprozesse einer Klientin beiträgt.*

Die Frage, von welchem Pflegeprozessmodell sich die Pflegerin bei der Gestaltung des Pflegeprozesses leiten lassen soll, wird in der einschlägigen Literatur sehr kontrovers diskutiert. Anstelle einer Präferenz für ein bestimmtes Prozessmodell sollen an dieser Stelle lediglich Grundsätze diskutiert werden, die bei der Entscheidung für ein Prozessmodell Bedeutung haben können. Diese Grundsätze, die als Synthese aus den beschriebenen Kontroversen verstanden werden können, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Beachtung von Prozessschritten wie Assessment, Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation ist ein generelles Kennzeichen erfolgskontrollierten Handelns.
- Das zu bestimmende Pflegeprozessmodell sollte die analytische Trennung der wesentlichen Prozessschritte erlauben.
- Das pflegerische Handeln kann nicht durch nur einen Pflegeprozess gestaltet und reflektiert werden. Vielmehr muss eine Vielzahl lang- und kurzfristiger, zentraler und eher nebensächlicher Prozesse beachtet und integriert werden.
- Das zu bestimmende Pflegeprozessmodell sollte zu einer parallelen Evaluation und fortwährenden Anpassung aller Prozessschritte anleiten (kein Abarbeiten eines starren Ablaufschemas).
- Das zu bestimmende Pflegeprozessmodell sollte zur Integration entlang der Pflegeprozessschritte anleiten.
- Das zu bestimmende Pflegeprozessmodell sollte zu einer partnerschaftlichen Beteiligung aller Akteure an der Gestaltung des Pflegeprozesses anleiten.
- Eine pflegeprozessuale Orientierung bietet mehr als eine technizistische Methode zur Steuerung von Pflege.

Die Beachtung der im Metamodell verwendeten Prozessschritte wie z.B. Assessment, Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation sind nicht nur Kennzeichen eines pflegerischen Prozessmodells, sondern allgemein, in jedem Modell erfolgskontrollierten Handelns relevant (vgl. hierzu Abschnitt 3.1.2 sowie Kärkkäinen/Eriksson 2005, S. 203f.): Jede systematische Problembewältigung setzt zunächst eine Phase der informatorischen Vergewisserung (hier Assessment genannt) voraus. Dass diese Informationsbeschaffung in einem professionellen Handlungskontext fallverstehend zu erfolgen hat, wurde ebenfalls bereits diskutiert. In einer zweiten Phase muss es dann darum gehen, die so gewonnenen Informationen zu erklären. Die professionell Handelnde gelangt aufgrund ihrer Expertise grundsätzlich zu einer alternativen Interpretation der Situation der Klientin. Diese Phase der Erklärung bzw. Diagnose ist zugleich der Anknüpfungspunkt für die Bezugswissenschaften der Pflege, die zusätzliche oder ergänzende Erklärungsansätze bieten. Die so gewonnene professionelle Deutung der Situation durch die Pflegerin ist dem entsprechenden Verständnis durch die Klientin sowie durch die anderen Handlungspartner nicht prinzipiell überlegen. Die Aufgabe besteht vielmehr darin, die existierenden Erklärungsalternativen diskursiv gegenüberzustellen, um so zu einem möglichst gemeinsamen Verständnis als Grundlage für das weitere Vorgehen gelangen zu können.



Diese partnerschaftliche Einbeziehung der Klientin und der weiteren beteiligten Akteure ist im übrigen Kennzeichen aller Pflegeprozessschritte (vgl. hierzu These IVa).

Als Zwischenschritt nach der Pflegediagnose und vor der Erstellung des Pflegeplans kann je nach Prozessmodell die Festlegung der Pflegeziele als eine weitere Phase differenziert werden. Im vorliegenden Metamodell wird diese Phase der Pflegeplanung zugerechnet, ist dort aber explizit zu berücksichtigen. Es versteht sich, dass in der Phase der Zielformulierung die Einbeziehung der Klientin und ihrer Angehörigen ganz besondere Bedeutung hat. Als ebenso unumstritten ist anzusehen, dass nach der Pflegeplanung und der anschließenden Phase der Umsetzung dieses Plans jedes professionelle Handeln eine reflexive Beurteilung des Handlungserfolgs benötigt.

Die Bedeutung dieser – je nach Grad der Differenzierung – meist vier bis sechs Prozessschritte wird von keiner der in Abschnitt 3.1.2 berücksichtigten Veröffentlichungen bestritten. Auch wenn dort von der „Einführung des Pflegeprozesses“ etc. die Rede ist, zielt dies nicht auf die Frage, ob das Handeln der Pflegerin und ihre Beziehung zur Klientin tatsächlich prozesshaften Charakter hat. Vielmehr stellt sich die Frage, ob bzw. wie der Pflegeprozess *bewusst gestaltet* werden soll. Umstritten ist zunächst die Notwendigkeit, diese Prozessschritte überhaupt analytisch getrennt zu betrachten. Als Einwand dagegen wird beispielsweise angeführt, die Schritte würden von der erfahrenen Pflegerin ohnehin intuitiv berücksichtigt (s.o., z.B. Fischbach 2001, S. 174; Johns 2004, S. 266).

So ist zu fragen, welche Vorteile eine analytisch getrennte Betrachtung der Pflegeprozessschritte hat. Zunächst hat eine solche Betrachtung und Dokumentation der Pflegeprozessschritte den Vorteil, dass die jeweiligen Entscheidungen reflektierbar werden. In der Möglichkeit zur Sichtbarmachung eines ungenügenden Informationsstandes liegt eine besondere Bedeutung der Dokumentation und vermutlich ein großes Potential EDV-basierter Dokumentationssysteme. Wenn, wie beispielsweise von Fischbach und Johns behauptet, erfahrene Pflegerinnen alle wichtigen Pflegeprozessschritte ohnehin intuitiv berücksichtigen – was spricht dann dagegen, die gewonnenen Informationen mit einem geeigneten Dokumentationssystem ohne unnötigen bürokratischen Aufwand festzuhalten? Praktisch ist eine rein intuitive Pflegeprozessgestaltung ohnehin kaum vorstellbar. Ohne entsprechende Aufzeichnungen könnte beispielsweise nicht sichergestellt werden, dass nicht jedes Mitglied eines Pflegeteams, ihrer je eigenen Intuition folgend, einen anderen Pflegeprozess gestaltet. Ebenso wenig könnte die Angemessenheit, Vollständigkeit und Aktualität der Informationen zu den einzelnen Prozessschritten durch Dritte, etwa im Pflegeteam, einer Reflexion unterzogen werden. Des Weiteren ist insbesondere die analytisch getrennte Betrachtung der Prozessschritte der Pflegediagnose und des Pflegeplans auf der einen Seite und der Pflegedurchführung auf der anderen Seite dann unerlässlich, wenn nachvollzogen werden soll, inwieweit die benötigte und die geleistete Pflege tatsächlich deckungsgleich sind. Hier besteht eine große Gefahr, mittels der Pflegedokumentation eine 1:1-Entsprechung von Bedarf und Leistung künstlich herbeizuführen, welche die Messung der Adäquatheit der geleisteten Pflege unmöglich macht (Heislbetz et al. 2007, S. 240).

Damit wird deutlich: Die analytisch getrennte Betrachtung der einzelnen Pflegeprozessschritte ermöglicht der Pflegerin, den Pflegeprozess mit ihrer eigenen (pflegerischen) Perspektive zu erfassen und damit auch zu gestalten. Verzichtet sie auf diese Möglichkeit, so existiert der Pflegeprozess trotzdem. Er wird schließlich auch noch durch die anderen zu These IIb diskutierten Prozesse vorangetrieben. Da diese Prozesse jedoch andere zentrale Akteure haben (z.B. die Klientin, die Angehörigen und die Ärztin), läuft die Pflegerin Gefahr, dass bei dem sich so ergebenden Pflegeprozess die zentrale pflegerische Perspektive marginalisiert wird.

Ebenfalls deutlich wird an dieser Stelle, dass als Hauptverantwortliche des Pflegeprozesses nur die Pflegerin selbst in Frage kommt. Nur sie hat ein Interesse daran und nur sie ist professionell auch in der Lage, die pflegerischen Belange in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses zu rücken. Das impliziert selbstverständlich auch eine partnerschaftlich-kooperative Gestaltung des Pflegeprozesses durch die Pflegerin.

Wie in Abschnitt 3.1.2 unter Bezugnahme auf Monika Krohwinkel festgestellt, ist es im Grunde genommen falsch, von *dem Pflegeprozess* zu sprechen. Statt eines Pflegeprozesses erfordert die – insbesondere für die Langzeitpflege charakteristische – Vielzahl von Pflegeproblemen die Beachtung vieler, länger- und kürzerfristiger, zentraler und eher nebensächlicher Pflegeprozesse. Diese Pflegeprozesse verlaufen jedoch nicht isoliert voneinander; sondern sind vielmehr in ihren komplexen Wechselwirkungen anzuerkennen und bei der Prozessgestaltung zu berücksichtigen.

Im Mittelpunkt der Kritik an der prozessual orientierten Pflege steht die Vorstellung, die Pflegeprozessschritte müssten linear entlang eines starren Ablaufschemas abgearbeitet werden. Tatsächlich suggerieren bzw. beinhalten insbesondere die kybernetischen Pflegeprozessmodelle ein solches Vorgehen. Jedoch ist ein derartig technizistisch angelegtes Modell keineswegs zwangsläufig. Wie das oben vorgestellte Prozessmodell von Alfaro-LeFevre zeigt, an dem sich das Metamodell in Abbildung 23 (S. 159) teilweise orientiert, ist es durchaus möglich, die Pflegeprozessschritte parallel anzulegen und insbesondere durch die Vorgabe einer fortlaufenden Evaluation zu verhindern, dass Prozessschritte dann als gleichsam abgehakt ausgeblendet werden, wenn die Pflegerin zum nächsten Schritt übergegangen ist. Bei der Wahl des Pflegeprozessmodells ist stattdessen darauf zu achten, dass dieses zu einer parallelen Evaluation und einer fortwährenden Anpassung aller Prozessschritte anleitet. Ebenfalls in Anlehnung an das Prozessmodell von Alfaro-LeFevre sind auch im hier entworfenen Metamodell die einzelnen Prozessschritte überlappt dargestellt. Das symbolisiert die Notwendigkeit der Integration der einzelnen Prozessphasen. Das zu wählende Prozessmodell soll zu dieser Integration anleiten, deren Notwendigkeit sich sofort erschließt, wenn man sich vor Augen führt, wie wenig die besten Informationen zu jeder Prozessstufe zu nützen vermögen, wenn sie in den anderen Prozessstufen nicht verwendet werden.

Abgeschlossen werden soll die Diskussion dieser These mit einigen Gedanken zur Stellung des Pflegeprozesses im ‚Gesamtbild Pflege‘. Die sich dabei ergebenden Überlegungen müssen bei der Wahl des Pflegeprozessmodells berücksichtigt werden. Lay und Brandenburg bezeichnen die Pflegeplanung (diesen Terminus ziehen sie dem Begriff des Pflegeprozesses vor, um zu betonen, dass sich der Fokus auf die *Gestaltung* des Pflegeprozesses richtet) als eine „Methode zur Steuerung von Pflegeprozessen“ (2001, S. 938). Auch wenn dies von den Autoren offenbar nicht beabsichtigt ist, suggeriert der Ausdruck *Steuerung* letztlich genau die technizistisch verkürzte Sicht der Gestaltung des Pflegeprozesses, deren Ablehnung mittlerweile Konsens zu sein scheint. Bei der Entscheidung für ein konkretes Prozessmodell ist vielmehr zu beachten, dass die Gestaltung des Pflegeprozesses Teil eines ganzheitlichen professionell pflegerischen Handelns ist, das neben der Beachtung der Pflegeprozessschritte auch dessen inhaltliche Reflexion durch ein Pflegemodell erforderlich macht. Eine von den übrigen Pflegeinhalten losgelöste, isoliert gedachte *Steuerung* des Pflegeprozesses führt in der Tat zu einer technizistisch verkürzten Sicht des Pflegeprozesses, die sich zwar in der Dokumentation niederschlagen kann (und dort tatsächlich den Anschein einer Steuerung erweckt), welche die Pflege aber nicht unterstützt, sondern vielmehr von der Pflegepraxis als hindernd abgelehnt werden wird. Anders ausgedrückt: Die Pflegerin und ihre Klientin befinden sich immer (zwangsläufig) in einem Beziehungs- oder eben Pflegeprozess. Diesen professionell im Rahmen eines Handlungsmodells (auf Grundlage einer Handlungstheorie) zu gestalten, ist Zweck

der Reflexion der Pflegeprozessschritte. Das Pflegeprozessmodell muss zu dieser Sichtweise anleiten (vgl. hierzu auch Thiel 2001).

*These II: Zur Sicherung der Pflegequalität kann die Pflegeprozessdokumentation auf wenige Informationen zu den Prozessstufen und zu allen Pflegedimensionen beschränkt werden. Der notwendige Umfang der Dokumentation bemisst sich darüber hinaus nach den operativen Erfordernissen der Pflegepraxis.*

Wie im empirischen Teil dieser Untersuchung gezeigt wird, ist der Zusammenhang zwischen der Pflegedokumentation und der Pflegequalität in der Praxis sowie der damit verbundenen pflegebezogenen Lebensqualität der Klientinnen nicht immer positiv. Neben positiven Effekten finden sich auch negative Wirkungen, die interpretativ auf eine – etwa aus bürokratischen Gründen – unzureichende Dokumentation zurückgeführt werden (vgl. hierzu vor allem Abschnitt 7.4.2).

Unter welchen theoretischen Voraussetzungen kann erwartet werden, dass die Dokumentationsanforderungen die Pflegepraxis zum einen so wenig wie möglich behindern und dabei dennoch maximalen Nutzen stiften? Prinzipiell sind die in der Dokumentation festzuhaltenden Sachverhalte auf den zur Bewältigung des Pflegealltags einerseits und auf den zur Reflexion dieses Alltags andererseits erforderlichen Umfang zu begrenzen. Die für die operativen Belange der Pflegepraxis notwendigen Informationen werden in einer Vielzahl praxisorientierter Handreichungen beschrieben (vgl. hierzu Abschnitt 3.1.1). Dabei geht es unter anderem um die Funktionen der Dokumentation zur Sicherung der Pflegekontinuität, zur einrichtungsinernen und -externen Kooperation und zur Rechtssicherheit.

Schwieriger ist offenbar die Eingrenzung des in der Dokumentation bereitzustellenden Informationsumfangs zur Förderung der Pflege- und mithin Lebensqualität der Klientinnen. Um einerseits bürokratisch ausufernde Pflegedokumentationsanforderungen zu vermeiden, andererseits aber die Dokumentation aller relevanten Pflegeinhalte in vergleichbarer Weise sicherzustellen, stellen Werley und Lang (1988) ein „Nursing Minimum Data Set“ vor, das seither vielfach weiterentwickelt wurde. So zählt beispielsweise Björvell (2002, S. 22) zehn weitere minimale Pflegeinhalts-schemata bzw. Itemlisten auf, die entweder an bestimmte nationale Gegebenheiten angepasst sind oder sich speziell auf einzelne Pflegeprozessschritte beziehen. Problematisch ist der Einsatz solcher Itemlisten stets dann, wenn angestrebt wird, dass alle pflegerischen Eventualitäten mit einer Variable vertreten sein sollen, welche die Pflegerinnen festzuhalten haben. Die Variablen eines minimalen Pflegeinhalts-schemas sollten daher gleichsam vom Ende her, also zweckorientiert in Hinblick auf ein Instrument zum strategischen Monitoring der Pflegequalität definiert werden.

Ein solches Instrument wurde während des Forschungsprojekts Care Keys entworfen (Pieper et al. 2007c): Unter der Bezeichnung „Mini-Evaluation-Tool for Care“ kombiniert dieses Instrument Informationen unter anderem zur Effektivität und Effizienz der Pflege, zu den verfügbaren Ressourcen, zur Pflegequalität aus professioneller und aus Klientinnensicht sowie zur pflegebezogenen Lebensqualität. Gezeigt werden konnte, dass für die Berechnung dieser Indikatoren jeweils nur eine sehr übersichtliche Zahl empirisch fundierter Variablen erforderlich ist. Um dies zu erreichen, ist einerseits eine pflegetheoretisch begründete Struktur eines solchen Instruments erforderlich (die mit dem Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen vorliegt, vgl. unter 2.2) und andererseits eine gewisse Flexibilität der aus den Dokumentationsdaten zu verwendenden Informationen: Ähnlich wie in Abschnitt 3.1.2 für das VIPS-Modell beschrieben, verzichtet das Instrument auf die Vorgabe einer erschöpfenden

Liste von Pflegesachverhalten, sondern es überlässt die Entscheidung, welche Informationen im Einzelfall wichtig sind, den (Bezugs-)Pflegerinnen. Es unterstützt diese bei dieser Entscheidung aber durch Schlüsselvariablen, die zu beachten sind (zur Abbildung von Pflegebedarfen und -leistungen und der Berechnung von Indikatoren zur Bedarfsadäquanz nach diesem Prinzip vgl. Heislbetz et al. 2007, S. 240-245 sowie die Abschnitte 6.1 und 6.5.2).

### **III. Bedingungen der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation**

*These IIIa: Der Pflegerin müssen die notwendigen Ressourcen für die Führung der Dokumentation zur Verfügung stehen.*

Wie die ökonomischen Bedingungen zur Führung der Dokumentation im Allgemeinen werden auch die dafür notwendigen Ressourcen im Speziellen in der in Abschnitt 3.1 vorgestellten Literatur erstaunlich wenig thematisiert. Am häufigsten taucht das Thema in eher praxisnahen Veröffentlichungen auf, wenn kritisiert wird, dass die Dokumentationsanforderungen zu viel Zeit in Anspruch nähmen und die Pflegerinnen so in ihrer Arbeit behinderten. Die knappen Zeit- bzw. Personalressourcen nötigen die Pflegerin demnach in diesem Fall, zwischen den Dokumentationsaufgaben und der Arbeit mit der Klientin abzuwägen. (Dieser Vorwurf macht deutlich, wie das Dokumentationshandeln dabei nicht als integraler Bestandteil der direkten Pflege, sondern als zusätzliche, vor allem administrativ erforderliche Aufgabe betrachtet wird.) Als weitere notwendige Ressourcen können beispielsweise die Leistungsfähigkeit der für die Dokumentation einzusetzenden EDV-Hardware oder die Gelegenheit zu bzw. die Finanzierung von einschlägigen Fortbildungen ergänzt werden. Die ressourcenmäßigen Grundlagen, die eine Einrichtungsmanagerin ihren Pflegerinnen zur Dokumentation zur Verfügung stellt, dürfte für diese ein wichtiges Signal dafür darstellen, welche Bedeutung die Einrichtungsleitung dem Dokumentationshandeln beimisst. Neben der bloßen Bereitstellung ökonomischer Ressourcen stellen jedoch die zu erwartenden ökonomischen Wirkungen des Dokumentationshandeln wichtige Bedingungen für deren Motivation dar, ihr Handeln auf diese Weise transparent zu machen. Mit ökonomischen Zielen und Konflikten sowie der Frage, wie diese das individuelle Dokumentationshandeln beeinflussen können, befassen sich die folgenden drei Thesen.

*These IIIb: Die Dokumentation kann als Nachweisinstrument einer pflegefehlerfreien Leistungserbringung genutzt werden.*

Einen ersten Indikator für die Bedeutung der Dokumentation als Nachweisinstrument einer pflegefehlerfreien Leistungserbringung stellt die Omnipräsenz des Satzes in praxisorientierten Handreichungen zur Dokumentation dar, wonach (rechtlich) als nicht erbracht gelte, was nicht dokumentiert ist. Das in Abschnitt 4.2.2 vorgestellte institutionenökonomische Modell untersucht Bedingungen, unter denen die Pflegedokumentation eingesetzt wird, um das Risiko zu reduzieren, für Pflegeergebnisse verantwortlich gemacht zu werden, die nicht in den Verantwortungsbereich der Pflege fallen. Die diesbezügliche Bedeutung der Dokumentation ist umso höher einzuschätzen, je mehr die Pflegeergebnisse durch unkontrollierbare, externe Einflüsse beeinträchtigt werden, je folgenreicher diese externen Einflüsse für Pflegerin und Pflegemanagerin sind und je mehr diese individuell unter dem damit verbundenen Risiko leiden. Als mögliche Risiken kommen dabei in Betracht: die privat-, arbeits-, sozial- und strafrechtliche Haftung für negative Pflegeergebnisse, obwohl diese gar nicht auf einen Pflegefehler zurückzuführen sind, der mögliche Verlust des Arbeitsplatzes, wenn der vermeintliche Pflege-

fehler, in Wahrheit aber die Dokumentationslücke einer bestimmten Pflegerin zugeschrieben wird oder schlicht der Reputationsverlust.

Die Nutzung der Dokumentation als Nachweisgrundlage für eine pflegefehlerfreie Leistungserbringung kann sich dann als problematisch erweisen, wenn strittig ist, wie in einem bestimmten Fall die Pflege fehlerfrei zu erbringen ist. So kann eine Pflegerin durch aus ihrer Sicht nicht angemessene Refinanzierungsregeln oder ähnliche Vorgaben zu Pflegeleistungen gezwungen werden, die sie (und evtl. auch die Klientin) für weniger vordringlich hält, während andere notwendige Leistungen unterbleiben müssen. In diesem Fall steht die Pflegerin vor der Entscheidung, entweder entgegen ihrer eigenen fachlichen Einschätzung (und evtl. der Präferenz der Klientin) zu pflegen und dies entsprechend dokumentarisch nachzuweisen oder die Pflegerin weicht (gegebenenfalls mit Wissen und Einverständnis der Klientin) von den administrativen Vorgaben ab, erweckt in der Dokumentation aber den Anschein einer vorgabegemäßen Leistungserbringung, um die Finanzierung ihrer Arbeit nicht zu gefährden (vgl. hierzu das Modell der Vertrauenswürdigkeit des Dokumentationshandelns in Abschnitt 4.2.4). Entschließt sich die Pflegerin hingegen zu vorgabekonformer Pflege und Dokumentation, so wird die Dokumentation möglicherweise zu einem Abbild der unsachgemäßen oder schlicht lückenhaften Finanzierung. Das in Abschnitt 7.4.4 auf empirischer Grundlage beschriebene Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen (*Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos*) zeigt, wie eine gute Dokumentationsführung gleichzeitig sowohl Finanzierungslücken offenbaren, als auch die Pflegeergebnisse positiv beeinflussen kann. Die dokumentarische Sichtbarmachung der Finanzierungslücken als fehlende (aber notwendige) Pflegeleistungen ist die zwangsläufige Folge der umfassenden Dokumentation von unvollständig finanzierter Pflege.

*These IIIc: Die Dokumentation kann zur Signalisierung qualitativ hochwertiger Pflege genutzt werden.*

Über die Nutzung als Nachweisinstrument einer pflegefehlerfreien Leistungserbringung hinaus kann die Dokumentation auch zur Signalisierung qualitativ besonders hochwertiger Pflege dienen. Das in Abschnitt 4.2.3 entwickelte institutionenökonomische Modell untersucht die Voraussetzungen, unter denen es dazu kommt. Die Bereitschaft, mittels der Dokumentation Pflegequalität zu signalisieren, hängt demnach von dem empfundenen Aufwand für die erforderliche Dokumentationsanstrengung ab, von der Fähigkeit zur Bereitstellung besonderer Pflegequalität und von den zu erwartenden Vorteilen durch die signalisierte Qualität.

Einen empirischen Nachweis für die Relevanz von Qualitätssignalen stellt das in Abschnitt 7.4.3 beschriebene, empirisch ermittelte Muster des Dokumentationshandelns (*Dokumentation zur Signalisierung professioneller Qualität*) dar. Kennzeichen dieses Musters sind positive Zusammenhänge zwischen dem Umfang und der Ausgewogenheit der Dokumentation sowie den Indikatoren der Pflegequalität aus professioneller Sicht bei einer gleichzeitig negativen Wirkung der Dokumentationsqualität auf die klientinnenbezogenen Pflegeoutcomes (subjektive Pflegezufriedenheit und Lebensqualität). Das Muster wird dahingehend interpretiert, dass für die Handelnden hier die Sichtbarmachung professioneller Pflegequalität im Vordergrund steht. Sie vernachlässigen darüber die Klientinnenbeziehung und weisen damit auch auf die begrenzte Aussagekraft des Qualitätssignals hin.

These IIIId: *Die Notwendigkeit, die Dokumentation als Nachweisinstrument einer pflegefehlerfreien Leistungserbringung zu nutzen, darf deren Bedeutung für die prozessuale Gestaltung der Pflege nicht in den Hintergrund drängen.*

In Kapitel 3 wurde auf pflegetheoretischer Grundlage hergeleitet, wie die Pflegeprozessdokumentation zur Pflegequalität und zur Professionalität des Pflegehandelns beitragen kann. Diesem Potential können jedoch, wie die ökonomischen Betrachtungen des Kapitels 4 deutlich machen, institutionelle Hindernisse im Weg stehen. Die institutionellen Bedingungen, unter denen Dokumentationen geführt werden, bzw. die von diesen Bedingungen ausgehenden Anreize beeinflussen das in der Dokumentation zum Ausdruck kommende Transparenzhandeln ebenso wie die pflegefachlichen und professionsethischen Interessen der Pflegerinnen. Idealerweise sollen die Dokumentationsbedingungen daher so gestaltet sein, dass sie den professionellen Interessen der Pflegerinnen an der Dokumentation zumindest nicht entgegenstehen, sondern diese – in der positivsten Variante – sogar unterstützen. So muss es beispielsweise möglich sein, in der Dokumentation auch Probleme bei der Pflegeleistungserbringung wiederzugeben, wenn diese im Zuge der begleitenden Evaluation (die ja nicht zuletzt durch die Dokumentation entscheidend unterstützt wird) korrigiert werden, ohne dass daraus den dokumentierenden Pflegerinnen bzw. ihrer Einrichtungsleitung Nachteile entstehen.

Finden sich die für die Pflegedokumentation Verantwortlichen in einer Situation wieder, in der für sie aufgrund ungünstiger institutioneller Bedingungen die Nutzung der Dokumentation als Instrument der professionellen Pflegeprozessgestaltung mit dem Risiko verbunden ist, sich zu unrecht mit Vorwürfen unfachlichen Handelns auszusetzen, so beschränken sie sich tendenziell auf eine risikoreduzierende Minimaldokumentation oder in die Dokumentation werden einseitig vor allem positiv erscheinende Sachverhalte aufgenommen. In der ökonomischen Abwägung zwischen den möglichen negativen Folgen, ungerechtfertigter Vorwürfe aufgrund angeblicher Pflegefehler und den Vorteilen aus einer professionellen Nutzung der Dokumentation wird die Risikovermeidung stets Vorrang erhalten. Betont werden soll dabei jedoch noch einmal, dass es zu einem solchen Trade-Off zwischen Risikovermeidung und professioneller Nutzung der Dokumentation nur durch ungünstige institutionelle Dokumentationsbedingungen kommt.

#### **IV. Handelnde der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation**

These IVa: *Die Pflegerin muss die Klientin und andere Kooperationspartner partnerschaftlich in die Gestaltung des Pflegeprozesses einbeziehen.*

Die Notwendigkeit, die Klientin partnerschaftlich in die Gestaltung des Pflegeprozesses mit einzubeziehen, wurde in Abschnitt 3.2 unter Bezugnahme auf das Professionalitätsverständnis Oevermanns betrachtet. Dabei wurde einerseits festgestellt, dass sich die professionelle Pflegerin mit der Krise identifizieren muss, in der sich die Klientin befindet. Andererseits ist es das Privileg der Klientin, letztlich selbst über die alternativen Deutungs- und Handlungsvorschläge der Pflegerin zu entscheiden. Je nach Fragestellung und Situation der Klientin sind in diese Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse jedoch noch weitere Akteure einzubeziehen. Das zu Beginn dieser Untersuchung (in Abschnitt 2.4) eingeführte Pflegediskursmodell betrachtet die Rollen der Angehörigen und der Pflegemanagerin. Eine besondere Relevanz wird dabei Aushandlungsprozessen mit drei Akteuren zugeschrieben. Bei vier Akteuren können vier solche triadische Diskurse differenziert werden (darstellbar als Tetraeder).

Die Bedeutsamkeit der Unterscheidung dieser vier triadischen Diskurse hat eine inhaltliche und eine methodische Komponente. Die inhaltliche Komponente liegt in der analytischen Differenzierbarkeit verschiedener, in der Pflegepraxis wichtiger Diskursebenen, beispielsweise zwischen der Klientin, der Angehörigen und der Pflegerin (Pflegediskurs), zwischen der Klientin, der Angehörigen und der Managerin (Zuständigkeitsdiskurs) oder zwischen der Angehörigen, der Pflegerin und der Managerin (Interessensvertretungsdiskurs). Diese Diskursebenen zumindest reflexiv auseinander halten zu können, kann die Aushandlungsprozesse strukturieren und vermeiden helfen, dass Aushandlungsgegenstände vermengt werden, die inhaltlich besser differenziert reflektiert werden sollten. Einen methodischen Vorteil bedeutet die triadische Diskursbeziehung vor allem durch die erweiterte Problemsicht und die mögliche Vermittlerrolle, welche die dritte Person einnehmen kann (Pieper/Vaarama 2007, S. 86f). Auch wenn triadische Diskursbeziehungen somit vor allem gegenüber bilateralen Diskursbeziehungen Vorteile haben, ist deren praktische Realisierbarkeit nicht immer gegeben (etwa dann, wenn Angehörige oder andere informelle Helfer fehlen). In diesem Fall kann es nutzbringend sein, die dritte Perspektive gedanklich mit einzuführen und zu reflektieren, welche Position der fehlende Akteur einnehmen würde.

Grafisch sind diese Diskursbeziehungen zur partnerschaftlichen Einbeziehung aller relevanten Kooperationspartner in der Abbildung 23 (S. 159) durch Tetraeder symbolisiert. Auch wenn die vier Ecken des Tetraeders in Abbildung 3 (S. 22) für die vier bedeutsamsten Kooperationspartner Klientin, Pflegerin, Angehörige und Managerin stehen, soll die Darstellung des Tetraeders in diesem Zusammenhang alle relevanten Akteure und die sich so ergebenden zusätzlichen Diskursbeziehungen mit einschließen.

Das Metamodell sieht diese Einbeziehung aller relevanten Kooperationspartner in die Gestaltung des Pflegeprozesses für alle Prozessschritte vor. Das heißt, ein Pflegeprozessmodell, das die Klientin beispielsweise nur in der Anamnesephase oder bei der Festlegung der Pflegeziele, nicht jedoch bei der Bestimmung der Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele mit einbezieht, ist mit dem Metamodell nicht vereinbar. So wurde bereits zu These IIa angemerkt, dass die fachlich begründete Problemsicht der Pflegerin lediglich eine alternative Interpretation der Situation der Klientin darstellt, die den entsprechenden Interpretationen der Klientin oder ihrer Angehörigen nicht grundsätzlich überlegen ist. Und schließlich spielen die Klientin und ihre Angehörigen sowie eventuelle weitere informelle Helferinnen eine große Rolle als Ko-Produzentinnen bei der Bereitstellung der Pflegeleistung. Diese Rolle muss darin eine Entsprechung finden, dass sie in die Maßnahmenplanung und -auswertung einbezogen wird.

Die Bedeutung der Dokumentation für die Einbeziehung der Klientin und aller weiteren Kooperationspartner in die Gestaltung des Pflegeprozesses wurde bereits in Abschnitt 3.1.2 ausführlich diskutiert. Dabei ging es zunächst um den Vorwurf, die an einem kybernetischen Pflegeprozessmodell orientierte Pflegeprozessdokumentation leite die Pflegerin dazu an, diese Dokumentation als Definitionsinstrument gegenüber der Klientin zu verwenden. Demgegenüber wurde von Autorinnen, die ein interaktionistisch begründetes Pflegeprozessmodell einführen, vorgeschlagen, die Pflegedokumentation als Abbild der Aushandlungsprozesse mit der Klientin zu verwenden, um diese nachvollziehbar und damit reflektierbar zu machen. Offensichtlich ist, dass hierfür keine vollständige Wiedergabe der Aushandlungsprozesse in der Dokumentation notwendig ist. Die Detailliertheit der festzuhaltenden Informationen ergibt sich hier wie auch sonst aus dem Informationsbedarf der Pflegerin und ihrer Kooperationspartner für die Gestaltung des Pflegeprozesses.

These IVb: *Die Pflegerin trägt die zentrale Verantwortung für die Gestaltung des Pflegeprozesses.*

Die bedeutende Rolle, die das Metamodell den Kooperationspartnern der Pflegerin bei der Gestaltung des Pflegeprozesses zuweist, verlangt jedoch die Klärung der zentralen Verantwortung für diesen Prozess. Zunächst ist offensichtlich, dass diese Prozesseignerschaft nicht bei fachlich oder organisatorisch entfernteren Akteuren liegen kann (vgl. hierzu auch White 2003, S. 11). Diesen fehlt entweder der spezifisch pflegerische Fokus (z.B. der Ärztin) oder die Individualität des Zugangs (z.B. der Pflegemanagerin). Schwieriger ist es hingegen die Frage der zentralen Verantwortung zwischen der Pflegerin und der Klientin (und gegebenenfalls der für sie stellvertretend handelnden Angehörigen) abzuwägen. Der Klientin die letzte Entscheidungskompetenz zuzuschreiben, entspricht dabei sicherlich einem humanistischen Pflegeverständnis und sollte daher zum Grundsatz gemacht werden. Jedoch sind durchaus Situationen denkbar, in denen von diesem Grundsatz abgewichen werden muss. Dies ist etwa dann der Fall, wenn Klientinnen z.B. aufgrund psychischer Beeinträchtigungen selbstgefährdend sind oder wenn sie von Angehörigen vertreten werden, die offensichtlich nicht im Sinne der Klientin handeln. Auch wird die Pflegerin Leistungen ablehnen, deren Erbringung nicht in ihre fachliche Kompetenz fällt (z.B. die medizinische oder seelsorgerische Betreuung). Die zentrale Verantwortung für die Gestaltung des Pflegeprozesses liegt somit bei der Pflegerin, die diese jedoch nur in besonderen Ausnahmefällen nicht im Konsens mit der Klientin und gegebenenfalls deren Angehörigen wahrnimmt. Die Verantwortung für die Gestaltung des Pflegeprozesses bedeutet jedoch nicht die alleinige Verantwortung für die Pflegeergebnisse. Die Verantwortung endet dort, wo die Pflegerin trotz aktiver Zusammenarbeit mit der Klientin und allen relevanten Kooperationspartnern (Angehörige, Betreuerin, Richterin, Ärztin etc.) sowie trotz einer Pflegeleistungserbringung entsprechend dem aktuellen Stand pflegerischen Wissens bestimmte Pflegeziele nicht erreicht, obwohl sie alles in ihrem Einflussbereich getan hat.

## **5.2 Fragen an die empirische Analyse**

Den empirischen Analysen dieser Untersuchung liegt der Datensatz aus dem Forschungsprojekt Care Keys zu Grunde. Dieser Datensatz stellt eine gute Grundlage für die empirische Prüfung des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation dar. Zentrale, theoretisch postulierte Einflussfaktoren auf das Dokumentationshandeln und dessen Wirkungen, lassen sich damit analysieren. Andererseits lassen sich nicht alle Thesen verifizieren, die das Metamodell konstituieren. Den Thesen des Metamodells zugeordnet werden insbesondere folgende acht Fragen im Mittelpunkt der empirischen Analysen stehen:

(1) Welche Bedeutung haben die vom Pflegemanagement geschaffenen Dokumentationsvoraussetzungen für die Qualität der Dokumentation?

Diese Frage bezieht sich auf das Managementkonzept, auf die in der Einrichtung zum Einsatz kommenden Verfahren, auf die Einrichtungsressourcen und auf das Kooperationskonzept. Die Indikatoren (vgl. unter 6.5.1), deren Einfluss auf die Dokumentationsqualität hier untersucht wird, berücksichtigen insbesondere Aspekte der Thesen Ia, IIIa und IVb. Die empirische Untersuchung dieser Frage findet sich insbesondere in Abschnitt 7.1.



(2) Wovon hängt die Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation hinsichtlich der vier Pflegequalitätsdimensionen sozial, physisch/funktional, umweltbezogen und psychisch ab?

Um diese Frage beantworten zu können, werden Indikatoren zur Dokumentationsqualität ermittelt, die nach den vier Dimensionen des pflegerischen Metaqualitätsmodells hinsichtlich Vollständigkeit und Ausgewogenheit differenziert sind (These Id). Untersucht werden sowohl die Abhängigkeit der Dokumentationsqualität von den vom Pflegemanagement geschaffenen Dokumentationsvoraussetzungen (Frage 1) als auch von den institutionenökonomischen Voraussetzungen in den verschiedenen Untersuchungsländern (zu den Ergebnissen vgl. insbesondere unter 7.4.2 bis 7.4.4). Dabei ergeben sich Hinweise auf die Relevanz der Thesen IIIb, IIIc und IIId. Die Bedeutung des pflegetheoretisch fundierten Dokumentationshandelns (These Ic) wird insofern mit betrachtet, als die Operationalisierung der vier Dimensionen des Metaqualitätsmodells (im Erhebungsinstrument zur Auswertung der Dokumentationen) aus einem Crosswalk über anerkannte Pflgetheorien erfolgte (vgl. unter 2.2). Bedeutende empirische Unterschiede der Dokumentationsqualität hinsichtlich der vier betrachteten Dimensionen werden in Abschnitt 7.4.1 nachgewiesen.

(3) Wovon hängt die Vollständigkeit der Dokumentation hinsichtlich der zentralen Pflegeprozessschritte ab?

Diese Frage untersucht Aspekte von These IIc. Die These kann mit dem vorliegenden Datensatz jedoch nur teilweise analysiert werden, als lediglich die Pflegebedarfsfeststellung und die Pflegedurchführung ausführlich (und differenziert nach den vier Dimensionen des Metaqualitätsmodells) erhoben wurden (vgl. hierzu ebenfalls unter 7.4.1). Die Pflegebedarfserhebung erfolgte dabei aus den dokumentierten Informationen zur Informationssammlung, Pflegeanamnese, Pflegediagnostik und zum Pflegeplan.

(4) Wovon hängt ab, wie gut sich die Inhalte der Dokumentation mit der Sichtweise der jeweiligen Klientin auf ihre Pflege in Einklang bringen lassen?

Gemäß These IVa erfordert eine erfolgreiche Pflegeprozessgestaltung die partnerschaftliche Einbeziehung der Klientinnen. Inwiefern dies gelingt, müsste sich grundsätzlich auch in einer Kongruenz der Dokumentationsinhalte mit der jeweiligen Sichtweise der Klientinnen auf ihre Pflege zeigen. Da im vorliegenden Datensatz Informationen aus den Pflegedokumentationen mit den Aussagen der betreffenden Klientinnen kombiniert sind, können zu dieser Kongruenz Indikatoren gebildet und deren Abhängigkeiten untersucht werden (vgl. hierzu die Abschnitte 7.1 und 7.4).

(5) Wie beeinflusst die Dokumentationsqualität den objektiven Dokumentationsoutput aus professioneller Sicht (Effektivität und Effizienz der Pflege, klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit, dokumentierte Pflegequalität sowie externe Kooperationsqualität)?

Mittels des verwendeten Datensatzes können Indikatoren zu einer Vielzahl von Aspekten des objektiven Dokumentationsoutput aus professioneller Sicht ermittelt werden. Gemäß den Thesen Ie, IIIb und IIIc müssten diese Indikatoren zur Effektivität und Effizienz der Pflege, zur klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit, zur dokumentierten Pflegequalität sowie zur externen Kooperationsqualität positiv von der Dokumentationsqualität abhängen. Inwiefern dies empirisch der Fall ist, kann in Abschnitt 7.2 nachvollzogen werden.

(6) Wie beeinflusst die Dokumentationsqualität den subjektiven Dokumentationsoutcome aus Klientinnensicht (subjektiv wahrgenommene Pflegequalität, pflegebezogene Lebensqualität)?

Der vorliegende Datensatz erlaubt nicht nur die Berechnung von Indikatoren zum Dokumentationsoutput, sondern auch zum Dokumentationsergebnis aus der Sicht der Klientinnen. Die gemäß These Ie erwartete Beziehung der Dokumentationsqualität (einschließlich der Kongruenz der Dokumentation mit der Sichtweise der Klientinnen) zu diesen Indikatoren der subjektiv wahrgenommenen Pflegequalität und der pflegebezogenen Lebensqualität kann damit untersucht werden (vgl. unter 7.3).

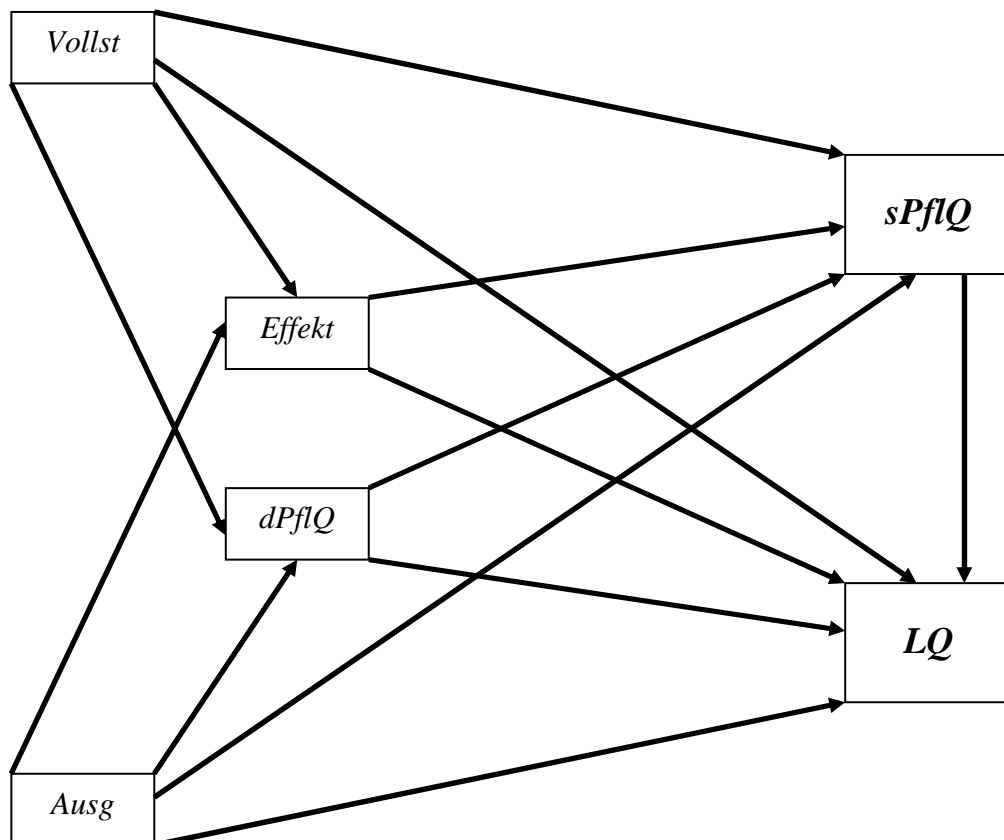
(7) Wie wirken sich die unterschiedlichen institutionenökonomischen Bedingungen zwischen ambulanter und stationärer Pflege auf das Dokumentationshandeln aus?

Unter IIIb, IIIc und IIIe enthält das Metamodell der Pflegeprozessdokumentation Thesen zu zwei ökonomischen Motiven des Dokumentationshandelns sowie zu deren Bedeutung. Der Datensatz ermöglicht die Analyse, inwiefern unterschiedliche institutionenökonomische Bedingungen in den Untersuchungsländern diese Motive mehr oder weniger praktisch relevant machen (zu dieser und der folgenden Frage, vgl. die empirischen Ergebnisse in Abschnitt 7.4).

(8) Welche Bedeutung haben unterschiedliche institutionenökonomische Bedingungen für die Wirkung der Pflegedokumentation auf den Dokumentationsoutput aus professioneller Sicht und auf das Pflegeergebnis aus Sicht der Klientinnen?

Der vorliegende Datensatz bringt die Dokumentationsqualität zugleich mit dem Dokumentationsoutput aus professioneller Sicht und dem Pflegeergebnis aus der Sicht der Klientinnen in Beziehung: Aus pflegetheoretischer Sicht müssten sich diese Beziehungen als positiv erweisen (These Ic). Institutionenökonomische Motive können dieser positiven Wirkung jedoch entgegenstehen (vgl. z.B. These IIIc sowie die die Übersicht in Abschnitt 4.3). Zur Veranschaulichung, wie unterschiedliche institutionenökonomische Bedingungen die Wirkung der Dokumentationsqualität auf den Dokumentationsoutput aus professioneller Sicht einerseits und auf den Dokumentationsoutcome aus Klientinnensicht andererseits beeinflussen, werden in den Abschnitten 7.4.2 bis 7.4.4 sechs zentrale Indikatorengruppen herausgegriffen. Bei diesen sechs Indikatorengruppen handelt es sich um die Merkmale zur Dokumentationsqualität (Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation: *Vollst* und *Ausg*, zu deren Berechnung vgl. Abschnitt 6.4), zur Effektivität der Pflege aus professioneller Sicht (*Effekt*, zu deren Berechnung vgl. Abschnitt 6.5.2), zur dokumentierten Pflegequalität aus professioneller Sicht (*dPflQ*, zu dessen Berechnung vgl. Abschnitt 7.2.4) sowie um die beiden Indikatorengruppen zu den subjektiven Dokumentationsergebnissen aus Klientinnensicht (subjektive Pflegequalität und pflegebezogene Lebensqualität: *sPflQ* und *LQ*, zu deren Berechnung vgl. die Abschnitte 6.5.5 und 6.5.6). Den pflegetheoretischen Erwartungen folgend, müssten diese sechs zentralen Indikatorengruppen, wie in der folgenden Abbildung dargestellt, positiv miteinander verknüpft sein. Wie in den Abschnitten 7.4.2 bis 7.4.4 an drei Mustern der Dokumentationswirkungen gezeigt wird, wird dieses Geflecht erwarteter positiver Einflussbeziehungen jedoch durch unterschiedliche institutionenökonomische Bedingungen in verschiedener Weise beeinträchtigt.

**Abbildung 24: Dokumentationsmotive und -wirkungen – theoretisch erwartete Zusammenhänge**



### 5.3 Theoretisch begründete Struktur der empirischen Untersuchungen

Über diese sechs zentralen Indikatorengruppen hinaus, welche die institutionenökonomische Abhängigkeit der Wirkung der Dokumentationsqualität auf die Dokumentationsergebnisse darstellt, werden aus dem Datensatz eine Reihe weiterer Merkmale bzw. Merkmalsgruppen zu Dokumentationsvoraussetzungen, Dokumentationsqualität und Dokumentationswirkungen generiert. Welcher theoretisch begründeten Struktur folgend die Zusammenhänge zwischen diesen Indikatorengruppen untersucht werden, wird nachfolgend dargestellt:

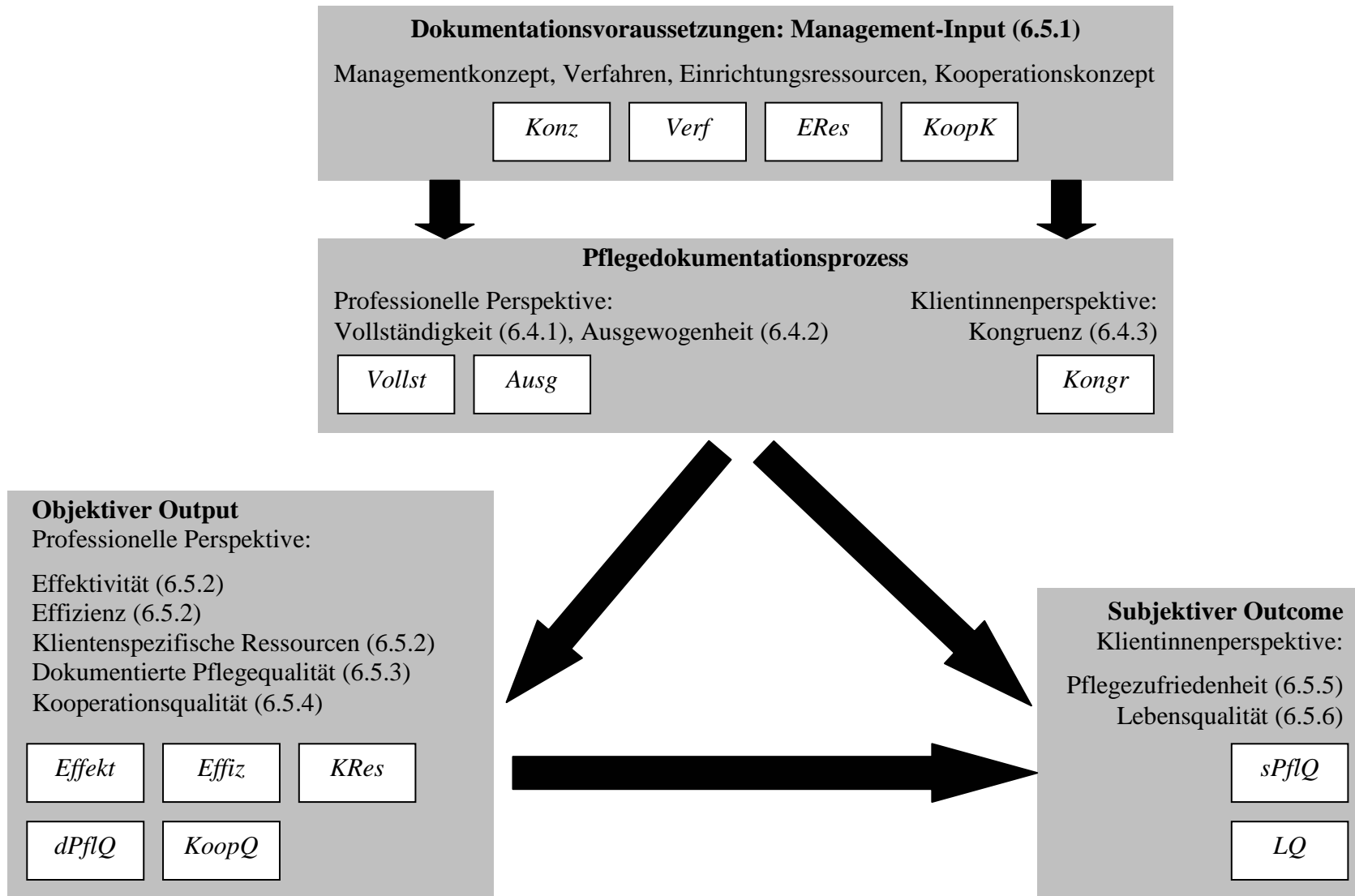
Entsprechend der Systematik des pflegerischen Metaqualitätsmodells (vgl. Abbildung 2, S. 15) finden sich in der folgenden Darstellung des theoretischen Konstrukts zunächst vier Indikatorgruppen zu den Dokumentationsvoraussetzungen durch die Managerin: Management-Konzept, Verfahren, Einrichtungsressourcen und Kooperationskonzept, abgekürzt als *Konz*, *Verf*, *ERes* und *KoopK* (zu deren Berechnung vgl. Abschnitt 6.5.1). Wie alle Indikatorgruppen werden diese in verschiedene Dimensionen differenziert.

Es folgen die im vorangegangenen Abschnitt zum Teil bereits erwähnten Indikatoren zur Pflegedokumentationsqualität. Betrachtet wird die Vollständigkeit der Dokumentationen, deren Ausgewogenheit hinsichtlich der vier Dimensionen pflegerischen Handelns und die Kongruenz der dokumentierten Inhalte mit den Aussagen der betroffenen Klientinnen. Die drei Indikatorgruppen zur Dokumentationsqualität werden abgekürzt als *Vollst*, *Ausg* und *Kongr* (zu deren Berechnung vgl. Abschnitt 6.4).

Aus den Pflegedokumentationsdaten lassen sich jedoch auch Indikatoren zum Pflegeoutput aus professioneller Sicht berechnen, nämlich zur Effektivität der Pflege, zur Effizienz der Pflege, zu den klientinnenspezifischen Ressourcen, zur dokumentierten Pflegequalität und zur Kooperationsqualität, abgekürzt als *Effekt*, *Effiz*, *KRes*, *dPflQ* und *KoopQ* (zu deren Berechnung vgl. die Abschnitte 6.5.2 bis 6.5.4).

Aus der Perspektive der Klientinnen schließlich werden diese Indikatoren ergänzt um die zwei bereits erwähnten Indikatorengruppen zur subjektiven Pflegezufriedenheit und zur pflegebezogenen Lebensqualität, die der Einfachheit halber zum Teil auch als subjektive Pflegequalität und Lebensqualität bezeichnet werden und die mit *sPflQ* sowie *LQ* abgekürzt werden (zu deren Berechnung vgl. die Abschnitte 6.5.5 und 6.5.6):

Abbildung 25: Theoretisch begründete Struktur der Untersuchung von Voraussetzung und Wirkungen der Pflegedokumentation



Die Anordnung der Indikatorgruppen in dieser Abbildung weicht insofern von der eingangs eingeführten Pflegequalitätsmatrix (Abschnitt 2.3) ab, als die subjektive Pflegequalität dort als Indikator für die pflegerische Prozessqualität aus der Perspektive der Klientin betrachtet wurde. Zur Untersuchung der Wirkung der Pflegedokumentation wird im Folgenden jedoch zwischen dem Dokumentationsoutput aus pflegerisch-professioneller Sicht und dem Dokumentationsergebnis bzw. Dokumentationsoutcome bei den Klientinnen differenziert. Dahinter verbirgt sich die Betrachtung der Dokumentation als Zwischenprodukt des pflegerischen Produktionsprozess: Das Dokumentationshandeln wird ermöglicht durch die vom Pflegemanagement geschaffenen Dokumentationsvoraussetzungen. Mittels der Dokumentation wiederum erzeugen die Pflegerinnen den objektiven Dokumentationsoutput aus professioneller Sicht. Zu dessen Feststellung wird die dokumentationsbezogene Pflegequalität hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit pflegerisch-professionellen Standards guter Pflege betrachtet. Das Endprodukt des pflegerischen Produktionsprozesses ist aber nicht die professionelle Pflegequalität, sondern die Wirkung, welche die Pflege (hier im Speziellen: mittels der Dokumentation) bei der Klientin erzeugt. Aus ihrer Sicht umfasst diese Wirkung zum einen die subjektive Zufriedenheit mit der Pflege und zum anderen die pflegebezogene Lebensqualität. Diese beiden Indikatorgruppen, die im Übrigen stark positiv korrelieren (vgl. die Ergebnisdarstellungen in den Abschnitten 7.4.2 bis 7.4.4), werden hier als Dokumentationsoutcome zusammengefasst.

In einem Satz formuliert, geht die Produktionsperspektive, mittels der die folgenden empirischen Analysen strukturiert sind, davon aus, dass die Dokumentation positiv zunächst auf die Pflegequalität aus professioneller Sicht wirkt, darüber hinaus aber auch für die Klientinnen einen Mehrwert ermöglicht. Die Betrachtung sowohl des Dokumentationsoutputs aus professioneller Sicht als auch des Dokumentationsoutcomes aus der Perspektive der Klientinnen unterscheidet die folgende Untersuchung von den meisten in Abschnitt 3.1.3 vorgestellten empirischen Analysen. Diese beschränken sich fast ausschließlich auf die Untersuchung des Dokumentationsoutputs aus professioneller Sicht.

Auch die Richtungen der Pfeile der in Abbildung 25 zusammengefassten Struktur der empirischen Untersuchung folgen der Logik des Produktionsprozesses. So geht der Pfeil von der Dokumentationsqualität zum objektiven Dokumentationsoutput lediglich in diese Richtung und nicht auch zurück, obwohl die Dokumentationsqualität auch als Ergebnis bzw. Merkmal professioneller Pflege betrachtet werden könnte. In dieser empirischen Untersuchung steht aber die Wirkung der Dokumentationsqualität auf Pflegeoutput und Pflegeoutcome im Vordergrund.

# III. EMPIRISCHE ANALYSEN

## 6. Datengrundlage und Entwicklung der Indikatoren

Für die empirischen Analysen der folgenden Untersuchungen wird auf den internationalen Datensatz zurückgegriffen, der im Rahmen des EU-Forschungsprojekts Care Keys für Deutschland, Estland, Finnland, Schweden und Vereinigtes Königreich erzeugt wurde. Das Ziel dieses Projekts lag darin, die multidimensionalen Wirkungszusammenhänge bei der Produktion von pflegebezogener Lebensqualität zu erhellen. Als Beteiligte an diesem Produktionsprozess werden neben den ambulant bzw. stationär versorgten Altenpflegeklientinnen und deren Angehörigen die Pflegerinnen und deren Pflegemanagerinnen mit in die Untersuchung einbezogen. Relevante Einflussgrößen werden zu allen Bestandteilen des Prozesses der Bereitstellung pflegebezogener Lebensqualität ermittelt. Die Datengrundlage für die Validierung des so zusammengestellten Instrumentariums zur Beurteilung und Steuerung der Pflege-, Management- und Lebensqualität wird aus einer Befragung bzw. Beobachtung der Klientinnen, deren Angehörigen, der Managerinnen und aus der Auswertung der Pflegedokumentationen gewonnen. Erhoben werden in diesem Rahmen Informationen zum Pflegebedarf der Klientinnen, zu den erbrachten Pflegeleistungen und deren Pflegequalität aus professioneller Sicht sowie zu der von den Klientinnen erlebten Pflegezufriedenheit und der damit zusammenhängenden Lebensqualität. Ergänzt werden diese Daten um Informationen zur Managementqualität (Vaarama et al. 2007a).

Der aus diesen Teilerhebungen zusammengesetzte Datensatz wird auch im Folgenden zur Untersuchung der Wirkung der Pflegedokumentation verwendet. Seine diesbezügliche Eignung wird im folgenden Abschnitt 6.1 diskutiert. Bevor in Abschnitt 6.3 die Datenbereinigung und die (Neu-)Zusammenstellung des Datensatzes für die weiteren Analysen durchgeführt wird, beschreibt Abschnitt 6.2 kurz das Vorgehen, mittels dessen die Daten erhoben wurden. Die Abschnitte 6.4 und 6.5 legen die Indikatoren dar, mit denen anschließend die Voraussetzungen und Wirkungen der Pflegedokumentation analysiert werden. In Abschnitt 6.4 werden drei zentrale Indikatorgruppen zur Dokumentationsqualität ermittelt und in Abschnitt 6.5 werden jene Indikatoren bestimmt, die für Voraussetzungen und Wirkungen der Dokumentation stehen.

### 6.1 Sekundäranalytische Eignung des Datensatzes für die Zwecke der Untersuchung

Den folgenden empirischen Analysen liegt ein bereits existierender, sekundäranalytisch auszuwertender Datensatz zugrunde. Dieser Datensatz wurde zur Beantwortung anderer als der gegenwärtigen Forschungsfrage erhoben. Daher ist nicht verwunderlich, wenn die vorhandenen Variablen nicht zulassen, alle Thesen zu untersuchen, die auf der Basis der theoretischen Untersuchungen in Abschnitt 5.1 formuliert wurden. Beginnend mit dem Teildatensatz, der aus den Pflegedokumentationen erhoben wurde, werden nun die zentralen Schwierigkeiten bzw. Einschränkungen und Vorteile gegenübergestellt, welche die Verwendung des vorliegenden Datensatzes bedeuten.

Eine der zentralen Forschungsfragen bei der Konstruktion des Erhebungsinstrumentariums für die Dokumentationsauswertungen war die Entwicklung und Validierung eines Instruments zur Messung der pflegerischen Effektivität, Effizienz und der klientinnenbezogenen Ressourcenverfügbarkeit. Ein solches Instrument beruht auf einem Vergleich der in den Pflegeplänen festgehaltenen Pflegebedarfe und der in der Pflegedurchführungsdokumentation beschriebenen geleisteten Pflege (Heislbetz et al. 2007, S. 240-247; eine Beschreibung der auch in dieser Untersuchung verwendeten Indikatoren findet sich in Abschnitt 6.5.2). Dies macht Variablen nötig, welche die Pflegebedarfs- und -leistungsdokumentation derart kompatibel erfassen, dass sie rechnerisch gegenübergestellt werden können. Die Variablen zur Messung der Bedarfe und Leistungen müssen sich dazu inhaltlich und hinsichtlich der verwendeten Skalen entsprechen.

Vor allem bei der Erhebung der dokumentierten Pflegebedarfe stellten sich während des Forschungsprojekts Care Keys Probleme heraus. So lag die Schwierigkeit nicht nur darin, international einheitlich verwendbare Bedarfskategorien zu finden (um dieses Problem zu lösen, wurden meist aggregierte anstelle von Einzelbedarfen erhoben, s.u.), sondern es stellte sich auch heraus, dass sich die Beschreibung der Pflegebedarfe meist auf die Dokumentation der Pflegeprozessschritte Informationssammlung, Pflegeanamnese, Pflegediagnostik und Pflegeplan verteilte. Um dennoch die Pflegebedarfe so vollständig wie möglich erfassen zu können, wurden die Datenerheberinnen angewiesen, zur Feststellung der Pflegebedarfe auf alle in den Dokumentationen auffindbare Unterlagen zurückzugreifen. Es ist daher nicht möglich, die in dem Datensatz enthaltenen Pflegebedarfsvariablen eindeutig einem, der in Abschnitt 3.1.2 diskutierten Pflegeprozessmodelle zuzuweisen. Demgegenüber lassen sich die in dem Datensatz enthaltenen Pflegedurchführungsvariablen eindeutig dem in allen Pflegeprozessmodellen vorgesehenen Pflegeprozessschritt der Pflegedurchführung zuordnen.

Um trotz der häufig mangelhaften und von Pflegeeinrichtung zu Pflegeeinrichtung sowie von Untersuchungsland zu Untersuchungsland stark variierenden Dokumentationspraxis, die dokumentierten Pflegebedarfe und -leistungen standardisiert erfassen zu können wurde bei der Konstruktion des Dokumentationserhebungsinstrumentariums darauf verzichtet, die Bedarfs- und Durchführungsdokumentation auf der Ebene einzelner Elementarleistungen zu erheben. Da sich herausstellte, dass es nicht möglich ist, solche Elementarleistungen international vergleichbar aus den Dokumentationen zu extrahieren, wurden bei der Formulierung der Variablen meist mehrere Elementarleistungen zusammengefasst. Dies schuf die Voraussetzung, dass geschulte und pflegeerfahrene Datenerheberinnen in einer eher qualitativen Herangehensweise auch bei unterschiedlicher Formulierung in den einzelnen Dokumentationen den Bedarf und die erbrachten Leistung hinsichtlich eines Leistungskomplexes beurteilen konnten. Im Forschungsprojekt Care Keys konnte gezeigt werden, dass mittels derart aggregiert erhobener Bedarfs- und Leistungskomplexe, gewonnen aus allzu oft recht lückenhaften Dokumentationen, relevante Indikatoren für das pflegerische Qualitätsmanagement berechnet werden können. Damit liegt zugleich ein Beispiel vor, wonach die reflexive Funktion der Pflegepraxis nicht notwendigerweise eines zusätzlichen bürokratischen Aufwands bedarf. Die folgende Tabelle enthält einige Beispielvariablen, die verdeutlichen, wie anstelle von Elementarleistungen aggregierte Komplexe von Pflegebedarfen bzw. -leistungen betrachtet werden, die sodann der pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Reflexion zugänglich gemacht werden können:



**Tabelle 12: Erhebung Pflegebedarfen und -leistungen aus den Pflegedokumentationen – Auswahl von Variablen und deren Operationalisierung durch Elementarleistungen**

<b>Pflegebedarfs- und Pflegeleistungsvariable</b>	<b>Operationalisierung durch Auswahl von Elementarleistungen (Erläuterung auf dem Dokumentationsauswertungsinstrument)</b>	<b>Pflegedimension</b>
Atmung	Vitalwertekontrolle, Atemübung, maschinelle Beatmung, atemunterstützende Einreibung, Risikoeermittlung: Ermüdung, Herz-Kreislauf-Dekompensation, Pneumonieprophylaxe	Physisch/ Funktional
Hören	Lautstärke und Sprechtempo anpassen, Hörhilfen bereitstellen und handhaben, Nebengeräusche vermeiden, Zeitbemessung, Kommunikation anpassen	Physisch/ Funktional
Kommunikation	Handhabung von verbalen und nonverbalen Kommunikationsformen, Zeichen verabreden, Hilfe beim Telefonieren, Sprachübungen, fremdsprachliche Verständigung, Zeitbemessung	Physisch/ Funktional
Sturzprophylaxe	Wohnraumanpassung, Stolperfallen, Sinne überprüfen, Herz-Kreislauf-Stimulation, Muskeltraining, Einsatz von Hilfsmitteln (Gehhilfen, Hüftprotektoren)	Physisch/ Funktional
Depression	Risikoanalyse, biographische Hintergründe, tagesstrukturierende Maßnahmen, Motivation, auf Wünsche / Bedürfnisse eingehen	Psychisch
Fortbewegen außerhalb der Wohnung	Draußen gehen, gärtnern, auf einem Balkon sitzen etc.	Umwelt

Zusätzlich zu diesen Pflegebedarfs- und Pflegedurchführungsvariablen enthält der Datensatz noch eine eher kleine Zahl von Variablen, die der Dokumentation des Pflegeassessments sowie der Pflegeevaluation zugeordnet werden können. Eine gesonderte Erfassung der dokumentierten Pflegediagnostik, der Pflegeziele und der Pflegepläne war bei der Datenerhebung nicht vorgesehen bzw. führte zu unbrauchbaren Informationen.

Der größte Nachteil des vorliegenden Datensatzes für die sekundäranalytische Untersuchung der Wirkung der Pflegedokumentation liegt somit darin, dass es nur teilweise möglich ist, anhand der vorliegenden Dokumentationsvariablen eine mehr oder weniger vorhandene pflegeprozessuale Orientierung nachzuvollziehen. Die zur Konstruktion des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation in Abschnitt 5.1 formulierten Thesen zu den Dokumentationsverfahren lassen sich damit empirisch nur teilweise nachvollziehen. Dem stehen jedoch auch Vorteile bzw. Chancen gegenüber: So sind die Variablen sowohl für die Pflegebedarfe als auch für die Pflegedurchführung nach denen vier Pflegedimensionen (Sozial, Physisch-funktional, Umwelt und Psychisch) differenziert, die auch im Metamodell Verwendung finden. Für die Analyse der entsprechenden Thesen des Metamodells zur inhaltlichen Ausgestaltung der Pflegedokumentationen steht damit eine hervorragende Grundlage zur Verfügung. Lediglich die Variablen zum Pflegeassessment und zur Pflegeevaluation lassen eine solche Differenzierung nicht zu.

Wie bereits erwähnt, wurden während des Forschungsprojekts Care Keys nicht nur Daten aus den Pflegedokumentationen ermittelt, sondern auch die betreffenden Klientinnen interviewt (oder beobachtet, falls eine Befragung aufgrund kognitiver Einschränkungen der Klientinnen nicht mehr möglich war). Außerdem wurden die Managerinnen der beteiligten Pflegeeinrich-

tungen befragt. Befragungsdaten von den Klientinnen liegen insbesondere vor zur subjektiv erlebten Pflegequalität (Pflegezufriedenheit) und zur pflegebezogenen Lebensqualität, aber auch inwiefern die Klientinnen die von den Pflegerinnen in den Dokumentationen festgehaltenen Pflegebedarfe sowie -leistungen selbst sehen. Damit lässt sich zumindest für einen Teil der Pflegedimensionen untersuchen, wie gut die dokumentierten Pflegeinhalte mit der Sicht der jeweiligen Klientinnen in Einklang gebracht werden können (Kongruenz der Pflegedokumentation).

Doch auch die Tatsache, dass der Datensatz zusätzlich zu den Informationen über die Pflegedokumentationsqualität noch weitere Informationen unterschiedlicher Informationsträger enthält, erweist sich für die gegenwärtige Untersuchung als besonders vorteilhaft. So lassen sich die Daten zur Pflegedokumentation durch Variablen aus der Managementbefragung zu den Voraussetzungen für eine gute Dokumentation ergänzen. Damit kann untersucht werden, ob bzw. welche Managementaktivitäten die Pflegedokumentationspraxis fördern. Weiterhin kann im Sinne eines umfassenden pflegerischen Qualitätsmanagements nachvollzogen werden, wie die Pflegedokumentationsqualität mit den Pflegeergebnissen aus professioneller und aus Klientinnenperspektive verbunden sind. Wie dies im Folgenden, strukturiert durch die Ergebnisse des theoretischen Untersuchungsteils, analysiert werden soll, wurde bereits in den Abschnitten 5.2 und 5.3 dargestellt.

In der möglichen Kombination der Dokumentationsauswertungsergebnisse mit Pflegemanagementdaten, mit Informationen zur Pflegequalität aus professioneller Sicht und mit der Klientinnensicht auf die Pflegequalität und die pflegebezogene Lebensqualität verbirgt sich der entscheidende Mehrwert des vorliegenden Datensatz gegenüber allen in Abschnitt 3.1.3 vorgestellten, bereits vorliegenden Forschungsergebnissen. Im Sinne des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation sind damit die ressourcenmäßigen und institutionsökonomischen Bedingungen der Dokumentation ebenso analysierbar wie die Integration der Handelnden, der Kooperationspartner und der Klientinnen bei der Gestaltung des Pflegeprozesses (vgl. die entsprechenden Thesen des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation). Ein besonderer Vorteil des vorliegenden Datensatzes schließlich liegt in dessen Internationalität. Dadurch lässt sich die Qualität der Pflegedokumentationen international vergleichend darstellen und ein solcher Vergleich auch für die Wirkungszusammenhänge von den Voraussetzungen der Pflegedokumentation bis hin zu den klientinnenbezogenen Outcomes unternehmen. Mit anderen Worten: Ganz im Sinne eines institutionenökonomischen Vorgehens bietet sich die Möglichkeit, die Bedingtheit und Wirkungsweise der Pflegedokumentation in Abhängigkeit von den jeweiligen nationalen Bedingungen der Pflegepraxis zu analysieren.

## **6.2 Stichprobe und Datenerhebung**

Die Zusammenstellung des Care-Keys-Datensatzes ist in Tiit et al. (2007) beschrieben. Als Grundgesamtheit, aus der die Stichprobe gezogen wurde, werden zunächst alle Klientinnen professioneller, ambulanter sowie stationärer (Langzeit-)Altenpflege in den Untersuchungs-ländern betrachtet. Das Mindestalter wird dabei auf 65 Jahre festgelegt. Da die Datenerhebung von der Bereitschaft der Altenpflegeeinrichtungen abhängt, sind Zufallsstichproben aus allen entsprechenden nationalen Einrichtungen nicht möglich. Stattdessen werden Zufallsstichproben innerhalb kooperationsbereiter Einrichtungen angestrebt. Das Ziel besteht darin, in jedem Untersuchungsland eine Stichprobe mit jeweils dreihundert Fällen zu realisieren. Diese soll sich je zur Hälfte aus ambulant bzw. stationär versorgten Klientinnen zusammensetzen. Für den britischen Teildatensatz werden anstelle von ambulant versorgten Klientinnen Bewohnerinnen aus so genanntem „Sheltered Housing“ (im deutschen Sprachgebrauch am

ehesten mit „Betreuten Alterswohnen“ zu vergleichen) herangezogen. Die geplante Stichprobe soll somit insgesamt 1500 Klientinnen umfassen. Um diese nationalen Teilstichproben trotz der zu erwartenden hohen Ausfallquoten zu realisieren, werden Ausgangsstichproben im Umfang von 150% der Zielstichproben gezogen. Teilweise ist dies nicht möglich, so dass in einigen Einrichtungen auch Vollerhebungen angestrebt werden. In einem geringem Umfang werden die Stichprobeneinheiten auch nichtzufällig ausgewählt (Tiit et al. 2007, S. 48).

Die Erhebungsinstrumente, mittels denen die nationalen Teildatensätze gewonnen werden, sind in Vaarama et al. (2007b) ausführlich beschrieben. Zum Einsatz kommen vor allem drei Erhebungsbögen: Zu nennen ist zunächst ein Klientinnenfragebogen (CLINT) zur Ermittlung der Klientinnenperspektive auf die Pflege. Mit diesem Instrument werden in direkten Befragungen unter anderem die Pflegebedürftigkeit aus Sicht der Klientinnen, deren subjektive Pflegezufriedenheit und schließlich die pflegebezogene Lebensqualität ermittelt. Zur Messung der Lebensqualität wurde der 24 Items umfassende, von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte WHOQOL-Bref-Fragebogen (WHOQOL Group 1998) in den Klientinnenfragebogen integriert. Um auch Klientinnen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen (Altersdemenz) nicht befragt werden konnten, in die Untersuchung einbeziehen zu können, werden anstelle des CLINT-Instruments zwei standardisierte Skalen verwendet, mit denen von Bezugspersonen durch Beobachtung die Lebensqualität und die Neigung zur Depressivität gemessen werden können. Die Daten dieser Beobachtungsskalen gehen nicht in die empirischen Analysen der vorliegenden Untersuchung ein. Als Kriterium für die Anwendung der Beobachtungsskalen anstelle des Befragungsinstruments werden validierte Instrumente zur Bestimmung der kognitiven Fähigkeiten der Klientinnen eingesetzt, vor allem das *Mini-Mental-State-Examination*-Instrument (MMSE, Folstein et al. 1975). Des Weiteren wird zur standardisierten Auswertung der Pflegedokumentationen das Erhebungsinstrument InDEX entwickelt. Neben Variablen zum Klientinnenhintergrund finden sich darin vor allem Items, die den Pflegebedarf und die erbrachten Pflegeleistungen multidimensional erfassen. Variablen zur Pflegeevaluation und zur Einschätzung der professionellen Pflegequalität durch die Erheberinnen nehmen demgegenüber einen kleineren Raum ein. Während der Klientinnenfragebogen CLINT und das Dokumentationsauswertungsinstrument InDEX auf die einzelne Klientin als Erhebungseinheit abzielt, wird schließlich ein weiterer Fragebogen zur Beurteilung der Managementqualität (MaDEX) nur einmal pro Pflegeeinrichtung angewandt. Mit diesem Instrument werden die Managerinnen gebeten, ihre Arbeit und ihre Einrichtung selbst hinsichtlich einer Vielzahl von Indikatoren zu beurteilen. Eine ausführlichere Beschreibung der mittels dieser Instrumente erhobenen Variablen, die in der vorliegenden Untersuchung Verwendung finden, befindet sich in Abschnitt 6.4 und 6.5.

Alle Erhebungsbögen werden in gesonderten Varianten für ambulant und für stationär versorgte Klientinnen eingesetzt. Die jeweiligen Versionen unterschieden sich dabei vor allem bei der Klientinnenbefragung (CLINT-Instrument). Die Instrumente zur Datenerhebung aus den Pflegedokumentationen und zur Befragung der Managerinnen unterschieden sich in einzelnen Variablen. Vor der Befragung der Klientinnen und der Auswertungen der Dokumentationen werden die Datenerheberinnen in der Regel in mehreren Terminen ausführlich geschult. Alle Interviewerinnen bzw. Dokumentationsauswerterinnen verfügen über Vorerfahrungen in der Altenpflege; in den meisten Fällen sind sie ausgebildete, einrichtungsexterne Pflegerinnen. Lediglich zur Auswertung der Pflegedokumentationen muss teilweise auf einrichtungsinterne Pflegerinnen zurückgegriffen werden.

## 6.3 Aufbereitung des Datensatzes

### (1) Zusammenstellung der Teildatensätze

Die mittels der im vorangehenden Abschnitt beschriebenen Instrumente, erhobenen Variablen werden zunächst länderspezifisch in SPSS-Datendateien zusammengefasst. Aus diesen nationalen Datensätzen werden anschließend zwei internationale Datensätze gebildet, je einen für die ambulant und einen für die stationär versorgten Klientinnen. Beide Datensätze umfassen sowohl klientinnenspezifische Dokumentations- und Befragungsdaten als auch einrichtungsbezogene Managementvariablen. Für die Untersuchungen des Forschungsprojekts Care Keys wird aus diesem Rohdatensatz eine „Pooled Database“ gebildet (vgl. Tiit et al. 2007). Dieser Datensatz kann bei den Analysen dieser Untersuchung jedoch nicht verwendet werden, da er unter anderem durch die Imputation fehlender Informationen aus der Pflegedokumentationen bereinigt wurde. Da das (Nicht-)Vorhandensein von Informationen in der Pflegedokumentation jedoch eine wichtige Variable für diese Untersuchung ist, wird stattdessen aus dem Rohdatensatz wie folgt eine eigene Datenbasis geschaffen:

Die nach der Erfassung aller Erhebungsbögen zur Verfügung stehenden SPSS-Rohdatensätze umfassen 735 Fälle in ambulanter und 785 Fälle in stationärer Versorgung. Die britischen Klientinnen, die in „Sheltered Housing“-Einrichtungen versorgt werden, werden dabei dem ambulanten Teildatensatz zugeordnet. Dies ist bei den empirischen Untersuchungen zu berücksichtigen, die ambulant versorgte britische Fälle mit einbeziehen. Alle Klientinnen können anhand einer einheitlich vergebenen ID differenziert werden. Diese ID besteht aus einer Kennziffer für das Herkunftsland, der Nummer der Pflegeeinrichtung (Einrichtungs-ID) und der individuellen Fallnummer innerhalb der jeweiligen Einrichtung.

Da die Analyseeinheit der Datensätze die einzelnen Klientinnen sind, werden die mittels des Instruments ManDEX erhobenen einrichtungsbezogenen Daten allen Klientinnen in der jeweiligen Pflegeeinrichtung identisch zugeordnet. Dabei taucht hinsichtlich des schwedischen Teildatensatzes folgendes Problem auf: Betrachtet man die in den Klientinnen-IDs enthaltenen Einrichtungs-IDs, so erkennt man, dass scheinbar verschiedenen stationären schwedischen Einrichtungen vom schwedischen Forscherteam durchweg identische ManDEX-Daten zugewiesen wurden. Die ManDEX-Variablen enthalten zu Beginn die Einrichtungs- und Abteilungsnamen. Ihnen gemäß gelten die Daten für zwei Mal fünf und ein Mal zwei Abteilungen, die auch bezeichnet werden. Diese Abteilungen wiederum sind identisch mit den Abteilungsnamen, die für jede Klientin im InDEX-Erhebungsbogen ausgewiesen wird. Somit stellt sich heraus (eine Nachfrage beim schwedischen Forscherteam bestätigt dies), dass die Einrichtungs-IDs, die als Teil der Klientinnen-IDs vergeben wurden, in Wahrheit (im sonstigen Datensatz nicht erfasste) Abteilungs-IDs sind. Um nun die stationären schwedischen Pflegeeinrichtungen mit den anderen vergleichbar zu machen, werden die Abteilungs-IDs so zusammengefasst, dass im Datensatz nicht mehr Abteilungen sondern Einrichtungen voneinander unterschieden werden. Eine estnische Pflegeeinrichtung hat sowohl Klientinnen in ambulanter als auch in stationärer Versorgung. Die ManDEX-Daten wurden jedoch mit dem Fragebogen für ambulante Einrichtungen erhoben, weshalb davon ausgegangen wird, dass die Daten nur für die Klientinnen in ambulanter Versorgung Gültigkeit haben. Sie werden daher auch nur den ambulanten Klientinnen der betreffenden Einrichtung zugewiesen.

Um mögliche Verzerrungen der Datenerhebung aus der Pflegedokumentation (insbesondere Effekte durch einrichtungsinterne/-externe Erheberinnen) untersuchen zu können, sollte zu Beginn jedes Dokumentationsauswertungsformulars eine Interviewerinnen-ID eingetragen werden. Jede Erheberin sollte dazu ein Interviewer-Informationsblatt mit Fragen zum jeweili-

gen persönlichen Hintergrund ausfüllen. Diese Variablen werden dem zusammengefassten Datensatz angefügt.

## (2) Bereinigung der Pflegedokumentationsdaten von Erhebungsfehlern

Der somit vorliegende Rohdatensatz wird nun hinsichtlich etwaiger Erhebungsfehler bewertet und – soweit möglich – um diese bereinigt. Der Fokus richtet sich zunächst auf die aus den Pflegedokumentationen erhobenen Variablen. Variablen aus der Befragung der Klientinnen und der Managerinnen werden nach derselben Vorgehensweise zu Beginn jener Abschnitte bereinigt, in denen sie zum ersten Mal Verwendung finden. Die Diskussion orientiert sich im Folgenden am Fehlerschema des *U.S. Bureau of the Census* von 1964, dargestellt und erläutert durch Strecker und Wiegert (1989). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die im gegenwärtigen Fall bedeutsamen Stichproben- und Nichtstichprobenfehler in empirischen Erhebungen wieder:

**Tabelle 13: Übersicht über mögliche Fehler in empirischen Erhebungen (Auswahl)**

Stichprobenfehler		Nichtstichprobenfehler		
Zufallsfehler	Verzerrte Stichprobe	Erfassungsfehler		Inhaltsfehler
		Rahmenfehler: Doppelerfassung Fälschlich erhobene Einheiten	Ausfallfehler: Antwortverweigerung Unplausible Antwort	Feldarbeitsfehler: Angabefehler Interviewerinnenfehler Aufzeichnungs- und Kopierfehler

Quelle: Eigene Darstellung nach Strecker/Wiegert 1989, S. 491.

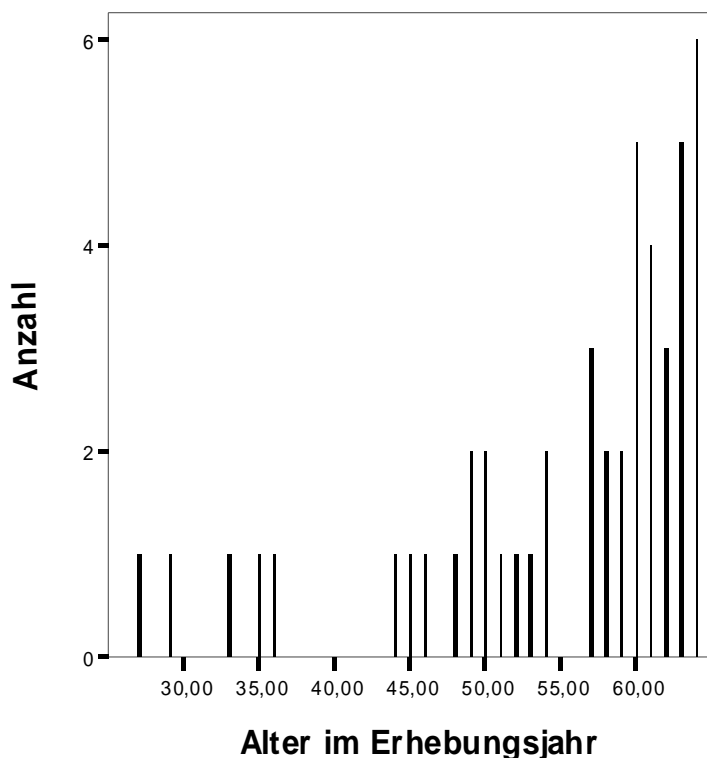
Zunächst sind die Nichtstichprobenfehler von Stichprobenfehlern abzugrenzen. Als Stichprobenfehler ist zum einen der Stichprobenzufallsfehler zu nennen, sicherlich der bekannteste statistische Fehler. Unter der Voraussetzung des Vorliegens einer echten Zufallsauswahl lässt er sich recht einfach berechnen.

Eine echte Zufallsauswahl liegt jedoch nur dann vor, wenn weder Stichprobenverzerrungen noch Nichtstichprobenfehler auftreten. Der vorliegende Datensatz kam zumindest teilweise unter verzerrenden, nichtzufälligen Auswahlmethoden zustande. Tiit et al. (2007, S. 48) zufolge wurden alle ambulant versorgten schwedischen Klientinnen (3% des Gesamtdatensatzes) mittels eines „convenience sample“ ausgewählt. In einigen Fällen des deutschen Teildatensatzes mussten die ursprünglich zufällig ausgewählten Stichprobenelemente so lange um weitere Klientinnen derselben Einrichtung ergänzt werden, bis der angestrebte Stichprobenumfang realisiert war. Nur auf diese Weise konnten Ausfälle durch Verweigerungen ausgeglichen werden. Im Ergebnis kamen die Stichproben damit mehrfach versuchten Totalerhebungen gleich. Von einer echten Zufallsauswahl kann deshalb bereits aus diesem Grund hier nicht uneingeschränkt gesprochen werden.

Eine verzerrte Stichprobe liegt jedoch auch dann vor, wenn die Stichprobenelemente aus einer Gesamtheit gezogen werden, die nicht der theoretischen Gesamtheit entspricht. Wie bereits erwähnt, wurde diese hier unter anderem durch die Merkmale ‚Klientin professioneller Altenpflege‘ und durch deren Mindestalter (65 Jahre) eingegrenzt. Da die Daten ausschließlich innerhalb ambulanter und stationärer Einrichtungen erhoben wurden, ist die Einhaltung des Kriteriums ‚professionelle Pflege‘ bereits durch das Vorgehen bei der Datenerhebung sichergestellt. Inwiefern die Stichproben aus einer Gesamtheit gezogen wurde, die bezüglich des Kriteriums ‚Mindestalter‘ nicht der theoretischen Gesamtheit entsprach, kann anhand der im Da-

tensatz für fast alle Klientinnen enthaltenen Angaben der Geburtsjahrgänge nachvollzogen werden. Operationalisiert man das Kriterium ‚mindestens 65 Jahre alt‘ als ‚1940 und früher geboren‘<sup>52</sup>, so verbleiben 48 Klientinnen, die nicht Teil der theoretischen Gesamtheit sein können. Folgende Grafik gibt die Altersverteilung dieser Klientinnen wieder:

**Abbildung 26: Altersverteilung von Stichprobenelementen außerhalb der theoretischen Gesamtheit**



Diese Grafik legt zwei Gründe für Verstöße gegen die Altersregel nahe. Zum einen scheint es eine zahlenmäßig gewichtigere Gruppe von Klientinnen zu geben, die das Alterskriterium nur relativ knapp nicht erfüllen (57 Jahre und älter). Diese Gruppe setzt sich aus britischen, estnischen, finnischen und schwedischen Klientinnen zusammen. Für sie kann angenommen werden, dass es sich um gleichsam echte Altenpflegeklientinnen handelt, die früh pflegebedürftig wurden und nun dementsprechend versorgt werden. Eine zweite Gruppe ist zum Teil deutlich jünger als 65 Jahre (das jüngste Stichprobenelement wurde 1978 geboren). Diese insgesamt achtzehn Klientinnen stellen offensichtlich keine *Altenpflegeklientinnen* dar. Sie stammen alle aus der estnischen Teilstichprobe (verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen). Offenbar werden von diesen Einrichtungen Altenpflegeklientinnen ebenso betreut wie jüngere Pflegefälle, etwa aufgrund von körperlichen oder geistigen Behinderungen (eine Nachfrage bei den estnischen Projektpartnerinnen bestätigt diese Vermutung). Bei der Bereinigung des Datensatzes um Rahmenfehler wird auf diese beiden Gruppen Rücksicht genommen: Während für die erste, größere und zugleich ältere Gruppe der über 55-jährigen davon ausgegangen wird, dass es sich um gleichsam echte Altenpflegeklientinnen handelt, deren Pflegebedürftigkeit bereits früh eintrat, so dass sie den über 65-jährigen gleichzusetzen sind, wird für die zweite Gruppe die Zugehörigkeit zu einer anderen Gesamtpopulation angenommen. Diese Fälle werden daher aus dem Datensatz entfernt, während die zwischen 55 und 65 Jahre alten

<sup>52</sup> Die Untersuchung endete 2005, so dass Klienten, die 1941 geboren wurden, während der Datenerhebung jünger als 65 Jahre sein mussten. Das Alterskriterium wird also insofern konkretisiert, als damit nur noch Stichprobenelemente als problematisch betrachtet werden, die am 31.12.2005 noch nicht 65 Jahre alt sind.

Klientinnen verbleiben. Formal bleiben damit zwar Datenfehler unkorrigiert, in Abwägung gegen den Nachteil einer weiteren Reduzierung des Datensatzes erscheint dies aber gerechtfertigt, da das formale Kriterium ‚mindestens 65 Jahre alt‘ selbst nur eine vereinfachende Operationalisierung der inhaltlichen Bedingung *Altenpflegeklient* ist. *Inhaltlich* scheint bei den über 55-jährigen eine Gleichstellung mit den über 65-jährigen gerechtfertigt. Mit dem Argument, dass es sich dabei auch um einen Klienten handelt, der inhaltlich den *Altenpflegeklienten* gleichzustellen ist, wird ein deutscher, stationär versorgter Klient, der wegen seines Geburtsjahrgangs 1941 zunächst nicht in den deutschen und damit auch nicht in den internationalen Datensatz aufgenommen wurde, nun noch nachträglich aufgenommen. Für diesen Klienten liegen auch Managementdaten und Informationen zur Erheberin vor, die ebenfalls zugeordnet werden.

Nichtstichprobenfehler können in zwei Arten auftreten, als Erfassungs- und als Inhaltsfehler (vgl. Tabelle 13, S. 189). Erfassungsfehler liegen vor, wenn Stichprobenelemente nicht so erhoben werden, wie in der gezogenen Stichprobe vorgesehen (Rahmenfehler) oder wenn einzelne Variablen oder ganze Stichprobenelemente ausfallen (Ausfallfehler). Demgegenüber dürften Inhaltsfehler im gegenwärtigen Fall vor allem als Feldarbeitsfehler entstanden sein, etwa durch falsche Aufzeichnungen der Datenerheberinnen.

Als Rahmenfehler kommen im vorliegenden Fall insbesondere doppelt erhobene Stichprobeneinheiten in Frage. Ob zusätzlich noch Fälle abweichend von der gezogenen Stichprobe fälschlich erhoben wurden, kann im Nachhinein nicht von der Frage getrennt werden, ob nicht bereits die Stichprobe aus einer Gesamtheit gezogen wurde, die nicht der theoretischen Grundgesamtheit entspricht (siehe oben). Ein möglicherweise doppelt erfasster Fall wird von der Statistiksoftware SPSS unter Zuhilfenahme des entsprechenden Befehls erkannt. Bei den betreffenden Fällen aus dem estnischen Teildatensatz sind die Variablen, die sich auf die Pflegedokumentation beziehen, fast durchgehend als fehlend eingetragen („9“, „99“ etc). Ein Klientinneninterview konnte wegen kognitiver Einschränkungen nicht stattfinden – im Datensatz ist jeweils ein MMSE-Score von 0 verzeichnet. Andere klientinnenspezifische Instrumente wurden nicht angewandt. Beide Stichprobeneinheiten wurden aus folgenden Gründen dennoch im Datensatz belassen: Der estnische Teildatensatz lässt prinzipiell eine relativ schlechte Pflegedokumentationspraxis in diesem Untersuchungsland erkennen. Eine fast durchweg fehlende Pflegedokumentation erscheint durchaus möglich, insbesondere bei Klientinnen mit einem extrem niedrigen kognitiven Status. Im finnischen Teildatensatz finden sich zwei ambulant versorgte Klienten mit identischer Klienten-ID. Beide Fälle weichen jedoch in sehr vielen Variablen voneinander ab, weshalb davon ausgegangen wird, dass es sich um verschiedene Fälle handelt. Der ältere der beiden Fälle erhält daher eine neue Klienten-ID, die ihn jedoch weiterhin als von derselben Pflegeorganisation versorgten Klienten ausweist.

Wesentlich bedeutsamer als diese Rahmenfehler dürften im gegenwärtigen Fall Erfassungsfehler sein, die als Ausfallfehler auftreten (zur Einordnung vgl. nochmals Tabelle 13, S. 189). Abgesehen von Ausfallfehlern wie z.B. durch Nicht-Antreffen der Klientinnen, die hier kaum eine Rolle spielen dürften, entstehen Ausfallfehler vor allem aus Verweigerungen oder durch unplausible Antworten, die gelöscht werden müssen. Verweigerungen können entweder die gesamte Befragung betreffen (Totalausfall) oder einzelne Variablen (Item-Nonresponse). Zur Abschätzung des Totalausfalls aufgrund von Verweigerungen muss auf die zum vorliegenden Datensatz erstellten nationalen Feldberichte zurückgegriffen werden. Demnach lag der Totalausfall je nach Erhebungsinstrument und Untersuchungsland zwischen 25% und 55%, im Mittel bei etwa 40% und damit in einem für diese Zielgruppe zu erwartenden Umfang (Tiit et al. 2007, S. 49f.; vgl. hierzu auch Költringer 1993, S. 128-138).

Nun muss der Datensatz um unplausible Angaben bereinigt werden, welche die zweite Art Ausfallfehler darstellen. Im Vordergrund stehen erneut die aus den Pflegedokumentationen erhobenen Variablen. Daten, die mittels der Befragung der Klientinnen und der Managerinnen gewonnen wurden, werden nach derselben Vorgehensweise zu Beginn des jeweiligen Abschnitts um unplausible Angaben bereinigt, in dem sie zum ersten Mal Verwendung finden. Unplausible Daten aus der Pflegedokumentation treten einerseits als komplett unplausible Antwortsätze auf. In diesen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass die Dokumentationen gar nicht oder nur sehr unzureichend ausgewertet wurde. Daneben treten auch in Fällen, in denen die Dokumentationsauswertung insgesamt glaubhaft ist, einzelne unplausible Werte auf. Da diese empirische Untersuchung die Funktion hat, die aus den Dokumentationen erhobenen Daten sekundäranalytisch auszuwerten, sind jene Fälle des Rohdatensatzes, bei denen davon ausgegangen werden muss, dass die Dokumentationen gar nicht ausgewertet wurden, im Weiteren nicht von Nutzen. Demgegenüber sollen all jene Fälle, in denen nur einzelne Variablen unplausibel sind, im Datensatz verbleiben. Sie werden anschließend zusammen mit den Feldarbeitsfehlern bereinigt. Im Weiteren wird stets dann davon ausgegangen, dass die Pflegedokumentation einer Klientin gar nicht ausgewertet wurde, wenn gültige Informationen lediglich zu Variablen vorliegen, zu denen die Erheberinnen auch ohne einen Blick in die Dokumentation Zugang hatten (etwa Geburtsdatum und Geschlecht). Außerdem stellt das Fehlen des (Dokumentations-)Erhebungsdatums ebenso einen Hinweis auf eine fehlerhafte Dokumentationsauswertung dar wie die Tatsache, dass fehlende Daten nicht als solche gekennzeichnet sind (sondern die jeweilige Variable leer bleibt). Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der somit aufgrund unplausibler Angaben aus dem Rohdatensatz entfernten Fälle:

**Tabelle 14: Wegen unplausibler Angaben zur Dokumentationsauswertung aus dem Rohdatensatz entfernte Fälle des ambulanten Teildatensatzes**

Nationaler Teildatensatz	Zahl der betroffenen Einrichtungen	Zahl der Fälle
Deutschland	0	0
Estland	4	13
Finnland	10	23
Großbritannien	5	20
Schweden	3	8
Gesamt	22	64

**Tabelle 15: Wegen unplausibler Angaben zur Dokumentationsauswertung aus dem Rohdatensatz entfernte Fälle des stationären Teildatensatzes**

Nationaler Teildatensatz	Zahl der betroffenen Einrichtungen	Zahl der Fälle
Deutschland	0	0
Estland	2	3
Finnland	0	0
Großbritannien	9	14
Schweden	3	5
Gesamt	14	22

Insgesamt werden somit 64 ambulant und 22 stationär versorgte Klientinnen aus dem Datensatz entfernt, da nicht plausibel davon ausgegangen werden kann, dass in diesen Fällen die Pflegedokumentation überhaupt ausgewertet wurde. Neben diesen Fällen, in denen alle Variablen zur Pflegedokumentation als unplausibel betrachtet werden müssen, sind in einigen Fällen einzelne dieser Variablen unplausibel. Diese werden nun nicht den Ausfallfehlern zugeordnet, da davon ausgegangen wird, dass die Informationen zur Dokumentation grundsätzlich



erhoben wurden. Vielmehr wird angenommen, dass während der Datenerhebung Erheberinnen-, Aufzeichnungs- oder Kopierfehler entstanden sind („Feldarbeitsfehler“, vgl. Tabelle 13, S. 189). Von Feldarbeitsfehlern wird stets dann gesprochen, wenn es während einer Erhebung zu inhaltlichen Datenfehlern kommt. Dies können in Befragungen Angabefehler sein, bei der die Befragten Falschangaben machen, möglicherweise provoziert durch verzerrendes Verhalten der Interviewerinnen (Interviewerinnenfehler). Von Feldarbeitsfehlern wird außerdem gesprochen, wenn Informationen falsch notiert oder übertragen werden. Im gegenwärtigen sekundäranalytischen Fall können Inhaltsfehler lediglich aus unplausiblen Antworten erkannt werden. Dabei ist eine inhaltliche Überprüfung anhand der Beziehungen der Variablen zueinander nicht möglich, da die Variablen entweder nicht miteinander in Beziehung stehen oder weil diese Beziehungen so komplex sind, dass unplausibel-falsche Wertekombinationen nicht von möglicherweise unwahrscheinlichen, aber dennoch denkbaren zu unterscheiden sind. Möglich ist daher nur die Prüfung der einzelnen Werte hinsichtlich ihrer Verteilung. Untersucht wird, ob diese innerhalb der vorgegebenen Antwortkategorien bleiben (bei geschlossenen Fragen) oder ob die Antwort realistisch möglich ist. Die Auswertung erfolgt mit Hilfe von Häufigkeitsauszählungen. Unplausible bzw. nicht definierte Werte werden sodann – soweit möglich – nachträglich korrigiert. Ist eine Korrektur nicht möglich, werden die betreffenden Daten gelöscht; die Variable bleibt für die betreffende Klientin somit leer (und wird nicht durch den Eintrag von „9“, „99“ etc. als fehlend gekennzeichnet), um sie bei der Zählung der im Erhebungsbogen explizit festgehaltenen Dokumentationslücken von diesen differenzieren zu können.

Insgesamt werden aufgrund von vermuteten oder offensichtlichen Feldarbeitsfehlern bei 37 Variablen der Dokumentationsauswertung Löschungen oder Korrekturen vorgenommen. Betroffen sind davon jeweils zwischen einem und mehr als hundert Fällen. Mit Ausnahme von Variablen, bei denen ein Datum erhoben wurde (z.B. Erhebungsdatum, die aufgrund fehlerhafter Datumsformate nicht richtig eingetragen wurden), betreffen die Feldarbeitsfehler jedoch (fast) nur einzelne Fälle. In einigen Fällen sollten offensichtlich fehlende Informationen in der Dokumentation notiert werden, jedoch wurde hierfür nicht die vorgesehene Codierung gewählt (z.B. wurde „99“ eingetragen, obwohl bei der betroffenen Variable fehlende Werte durch eine „9“ zu kennzeichnen waren). Hier konnten die Feldarbeitsfehler korrigiert werden, indem die jeweiligen Fälle ebenfalls (mit der dafür vorgesehenen Codierung) als fehlend eingetragen wurden. Bei allen verbleibenden Variablen mit offensichtlich unplausiblen Werten sind nur einzelne Fälle betroffen. Hier sind meist nicht definierte Werte angegeben (z.B. eine „3“, obwohl als mögliche Antwortkategorien nur „1“ oder „2“ bzw. „9“ für fehlende Werte zur Verfügung standen). Diese Fälle werden als Übertragungsfehler interpretiert. Da hier im Nachhinein nicht mehr erkennbar ist, ob ein gültiger Wert oder eine in der Dokumentation fehlende Information eingetragen werden sollte, wird die betreffende Variable bei der jeweiligen Klientin leer gelassen. Solche Übertragungsfehler werden für insgesamt 25 Variablen erkannt. Sie betreffen fast immer nur eine Klientin.

Ebenfalls in die Kategorie Übertragungsfehler gehört ein ambulant versorgter Klient des britischen Teildatensatzes, der aufgrund einer fehlerhaft ausgewiesenen Einrichtungs-ID einer falschen Pflegeeinrichtung zugeordnet wurde. Der angegebene Einrichtungsname und das verzeichnete Erhebungsdatum erlauben den dahinter liegenden Übertragungsfehler (die ursprünglich ausgewiesene Einrichtungs-ID endete auf die Ziffer 0, die richtige Einrichtungs-ID auf die Ziffer 9) zu korrigieren.

### (3) Kenngrößen des erzeugten Datensatzes

Der so erzeugte Gesamtdatensatz aus allen ambulanten und stationären Teildatensätzen der beteiligten Untersuchungsländer umfasst 220 Variablen, die aus der Auswertung der Pflegedokumentation erhoben werden. Hinzu kommen mehr als 550 Variablen aus der Befragung der Klientinnen, der Managerinnen und zum Hintergrund der Datenerheberinnen. Die Verteilung der Klientinnen nach Versorgungsformen und die Aufteilung der Fälle auf die nationalen Teildatensätze kann folgender Tabelle entnommen werden:

**Tabelle 16: Verteilung des Datensatzes nach nationalen Teildatensätzen und Versorgungsformen**

Versorgungsform	Deutschland (DE)	Estland (EST)	Finnland (FIN)	Großbritannien (GB)	Schweden (SWE)	Gesamt
Ambulant	117	130	237	132	48	664
Stationär	167	138	154	127	167	753
Gesamt	284	268	391	259	215	1417

Um die folgenden Tabellen übersichtlicher gestalten zu können, werden die Untersuchungsländer im Weiteren mit den DE, EST, FIN, GB und SWE abgekürzt.

**Tabelle 17: Verteilung der ambulant versorgten Klientinnen auf die beteiligten Pflegeeinrichtungen**

	DE	EST	FIN	GB	SWE	Gesamt
Zahl der beteiligten Einrichtungen	10	11	70	10	3	104
Minimale Zahl der Klientinnen pro Einrichtung	5	2	1	7	10	1
Maximale Zahl der Klientinnen pro Einrichtung	20	37	8	18	20	37
Durchschnittliche Zahl der Klientinnen pro Einrichtung	11,7	11,8	3,4	13,2	16,0	6,4

Dieser Tabelle kann entnommen werden, dass sich die Klientinnen der nationalen Teildatensätze auf mindestens zehn verschiedene ambulante Einrichtungen verteilen. Eine Ausnahme bildet Schweden mit nur drei beteiligten Einrichtungen. Auffallend ist außerdem die große Zahl der in Finnland beteiligten Einrichtungen bei einer gleichzeitig besonders niedrigen Zahl von Klientinnen pro Einrichtung.

**Tabelle 18: Verteilung der stationär versorgten Klientinnen auf die beteiligten Pflegeeinrichtungen**

	DE	EST	FIN	GB	SWE	Gesamt
Zahl der beteiligten Einrichtungen	10	5	30	15	4	64
Minimale Zahl der Klientinnen pro Einrichtung	10	4	2	5	26	2
Maximale Zahl der Klientinnen pro Einrichtung	24	39	7	10	61	61
Durchschnittliche Zahl der Klientinnen pro Einrichtung	16,7	27,6	5,1	8,5	41,8	11,8

An dieser Gegenüberstellung fällt erneut eine besonders hohe Zahl beteiligter Einrichtungen im finnischen Teildatensatz auf (bei einer gleichzeitig besonders niedrigen Zahl erhobener Klientinnen pro Einrichtung). Der schwedische Teildatensatz umfasst auch hier lediglich vier verschiedene stationäre Pflegeeinrichtungen. Insgesamt wurden die ambulant und stationär erhobenen Daten des schwedischen Teildatensatzes somit lediglich in sieben verschiedenen Einrichtungen ermittelt. Registriert wurden insgesamt 197 Erheberinnen, die an den Auswertungen der Pflegedokumentationen beteiligt waren. Diese verteilen sich wie folgt:

**Tabelle 19: Ausgewertete Dokumentationen pro Erheberin (ambulant versorgte Klientinnen)**

	DE	EST	FIN	GB	SWE	Gesamt
Zahl der registrierten Erheberinnen	13	32	4	1	19	69
Minimale Zahl ausgewerteter Dokumentationen pro Erheberin	1	1	14	132	1	1
Minimale Zahl ausgewerteter Dokumentationen pro Erheberin	20	21	111	132	30	132
Durchschnittliche Zahl ausgewerteter Dokumentationen pro Erheberin	9,0	4,1	59,3	132,0	2,5	9,6
Anteil der durch einrichtungsinterne Erheberinnen ausgewerteten Dokumentationen	0,9%	35,4%	94,1%	0,0%	100,0%	47,9%
Anteil der durch einrichtungsexterne Erheberinnen ausgewerteten Dokumentationen	99,1%	64,6%	5,9%	100,0%	0,0%	52,1%

Bemerkenswert ist an dieser Statistik zunächst die sehr unterschiedliche Zahl ausgewerteter Dokumentationen pro Erheberin. Während in Schweden 19 Erheberinnen durchschnittlich nur 2,5 Dokumentationen auswerten, wurden alle 132 britischen Dokumentationen von einer einzigen Erheberin ausgewertet. In den beiden skandinavischen Ländern Finnland und Schweden wurden die Erhebungen durch einrichtungsinterne Personen durchgeführt. Die Zahl von durchschnittlich knapp sechzig ausgewerteten Dokumentationen durch die vier finnischen Erheberinnen deutet dabei jedoch darauf hin, dass diese Erheberinnen kaum sehr vertraut mit allen der jeweiligen Klientinnen sein können. Tatsächlich bezeichnen sich alle finnischen Erheberinnen in einer weiteren Variable als „nicht mit der Pflege der jeweiligen Klientin befasst“. Für die schwedischen Erheberinnen wurde diese Variable nicht erhoben, die geringe Zahl der durchschnittlich von ihnen ausgewerteten Dokumentationen bestätigt jedoch, dass die Dokumentationen meist von Pflegerinnen ausgewertet wurden, die mit der Pflege der jeweiligen Klientin befasst waren.

**Tabelle 20: Ausgewertete Dokumentationen pro Erheberin (stationär versorgte Klientinnen)**

	DE	EST	FIN	GB	SWE	Gesamt
Zahl der registrierten Erheberinnen	7	55	0	2	64	128
Minimale Zahl ausgewerteter Dokumentationen pro Erheberin	6	1	---	60	1	1
Minimale Zahl ausgewerteter Dokumentationen pro Erheberin	42	22	---	67	55	67
Durchschnittliche Zahl ausgewerteter Dokumentationen pro Erheberin	23,9	2,5	---	63,5	2,6	4,7
Anteil der durch einrichtungsinterne Erheberinnen ausgewerteten Dokumentationen	0,0%	24,6%	---	0,0%	100,0%	26,7%
Anteil der durch einrichtungsexterne Erheberinnen ausgewerteten Dokumentationen	100,0%	75,4%	---	100,0%	0,0%	52,9%*

\*) Zu weiteren 20,5% der ausgewerteten Dokumentationen fehlen die Angaben zur Position der Erheberinnen.

Die finnischen Pflegedokumentationen der stationär versorgten Klientinnen wurden nach Aussage des finnischen Forscherinnenteams jeweils weitestgehend gemeinsam durch eine einrichtungsexterne Kraft zusammen mit der jeweils zuständigen Pflegerin ausgewertet, so dass an dieser Stelle keine vergleichbaren Angaben zur Position dieser Erheberinnen möglich sind. In Deutschland, Estland und Großbritannien wurden die Dokumentationen überwiegend oder ausschließlich von Einrichtungsexternen ausgewertet. Die schwedischen Daten wurden wie auch schon bei den ambulant versorgten Klientinnen von Mitarbeiterinnen der jeweiligen Einrichtungen erhoben. Die geringe durchschnittliche Zahl der ausgewerteten Dokumentationen pro Erheberin, zeigt, dass die Auswertungen von Pflegerinnen durchgeführt wurden, die mit der Pflege der einzelnen Klientinnen befasst waren.

## 6.4 Indikatoren der Dokumentationsqualität

Wie bereits erläutert, geben die meisten der aus den Pflegedokumentationen erhobenen Variablen die dort festgehaltenen Pflegebedarfe und die diesbezüglichen Pflegeleistungen wieder. Insgesamt stehen 47 (Auswertung der Dokumentationen ambulant versorgter Klientinnen) bzw. 49 (Auswertung der Dokumentationen stationär versorgter Klientinnen) Variablenpaare zur Verfügung (eine Auflistung dieser Variablen findet sich in Anhang 1b und 1c, Tabelle 60, S. 345 bis Tabelle 75, S. 352). Erhoben wurden nicht nur die Höhe der jeweiligen Bedarfe zw. Leistungen, sondern auch etwaige Lücken in der Dokumentation. Aus diesen Informationen werden im Folgenden pflegedimensionsspezifische Indikatoren zur Vollständigkeit der einzelnen Dokumentationen ermittelt (Abschnitt 6.4.1). Solche Vollständigkeitsindikatoren können auch zu der in der Dokumentation dargestellten Pflegeanamnese (sechs Variablen, aufgelistet in Anhang 1a, Tabelle 58f., S. 344) und zur Pflegeevaluation (fünf Variablen, aufgelistet in Anhang 1d, Tabelle 76f., S. 352) ermittelt werden. Da sowohl die Pflegeanamnese als auch die Pflegeevaluation im vorliegenden Datensatz nur rudimentär berücksichtigt werden, lassen sich die entsprechenden Vollständigkeitsindikatoren nicht dimensional gemäß den vier Dimensionen des hier zugrunde gelegten Metaqualitätsmodells (vgl. Abschnitt 2.2) auszuweisen. Alle Indikatoren zur Vollständigkeit der Dokumentation werden vor dem Hintergrund professioneller Überlegungen zu einem Pflegeprozess- und Pflegemodell konstruiert, entsprechend geben sie eine professionelle Perspektive auf die Dokumentationsqualität wieder.

Ebenfalls einer solchen professionellen Perspektive auf die Dokumentationsqualität zuzuordnen sind die beiden im darauf folgenden Abschnitt 6.4.2 konstruierten Indikatoren zur Ausgewogenheit der Pflegedokumentationen. Ausgegangen wird von der professionellen Vorgabe, dass in der Dokumentation alle Pflegedimensionen gleichermaßen angemessen Berücksichtigung finden sollen. Etwaige Lücken in den Dokumentationen werden dann als schwerwiegender betrachtet, wenn sie vor allem bestimmte Pflegedimensionen betreffen (und nicht alle Pflegedimensionen gleichmäßig).

In Ergänzung zu diesen beiden unter einer professionellen Perspektive konstruierten Indikatoren beschreiben die in Abschnitt 6.4.3 berechneten Indikatoren die Pflegedokumentationsqualität aus der Sicht der jeweiligen Klientinnen. Hierzu wird anhand eines Vergleichs mit den Ergebnissen aus den Klientinnenbefragungen untersucht, inwieweit die Dokumentationsinhalte mit dem Erleben der Klientinnen in Einklang stehen (Kongruenz).

Eine weitere Aufgabe des aus den Pflegedokumentationen erhobenen Datensatzes im Forschungsprojekt Care Keys war die Analyse der Pflegequalität aus der Sicht professioneller Pflege. Aus diesen Daten können zwar keine Indikatoren zur Dokumentationsqualität berechnet werden, die Indikatoren zur professionellen Pflegequalität (vgl. unter Abschnitt 6.5.3) werden für die gegenständlichen empirischen Untersuchungen jedoch insofern verwendet, als sie die Untersuchung möglicher Auswirkungen der Dokumentationspraxis auf die Pflegequalität ermöglichen.

#### **6.4.1 Professionelle Perspektive I: Vollständigkeit**

Wie soeben ausgeführt, enthält der vorliegende Datensatz Variablen zu der in den Dokumentationen abgebildeten Pflegeanamnese, zu den Pflegebedarfen der Klientinnen, zu den erbrachten Pflegeleistungen (Pflegedurchführung) und zur Pflegeevaluation. Die Variablen zu den dokumentierten Pflegebedarfen und zur Pflegedurchführung können nach den im pflegerischen Meta-Qualitätsmodell differenzierten vier Pflegedimensionen (Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch) betrachtet werden. Grundsätzlich wäre es natürlich vermessen, davon auszugehen, in jeder Pflegedokumentation müssten stets alle pflegepraktischen Eventualitäten festgehalten werden – und sei es nur, um festzustellen, dass dieser oder jene mögliche Sachverhalt für die betreffende Klientin nicht relevant ist. Ein enormer bürokratischer Aufwand, der in keinem Verhältnis zu seinem Nutzen stünde, wäre die Konsequenz. Insofern ist es tatsächlich zunächst bedenklich, anhand eines (in diesem Fall, in einem internationalen Forschungsprojekt) definierten Variablensatzes die Vollständigkeit von Pflegedokumentationen zu prüfen und daraus Dokumentationsindikatoren zu berechnen, die auch noch den Anspruch erheben, Indikatoren der professionellen Pflegequalität zu sein.

Andererseits liegt gerade darin die Stärke des vorliegenden Datensatzes, solche Aussagen zur Pflegequalität aus professioneller Sicht zu ermöglichen: Indem insbesondere zu den Pflegebedarfen und zur Pflegedurchführung nur wenige, zentrale Schlüsselvariablen erhoben werden (meist als aggregierte Bedarfs- bzw. Leistungskomplexe anstelle von Einzelleistungen, s.o.), deren (Nicht-)Dokumentation von den Erheberinnen in einer eher qualitativen Herangehensweise bestimmt wurden, sollte ein bürokratisches ‚Erbsenzählen‘ dokumentierter Items ausdrücklich vermieden werden. Die vorliegenden Variablen stellen somit überall dort, wo es für die Reflexion der Pflegepraxis als nicht notwendig angesehen wurde, die Dokumentation von Einzelsachverhalten zu erwarten, Zusammenfassungen von pflegerischen Sachverhalten dar, zu denen aus Sicht des Forscherinnenteams in jeder Dokumentation zumindest Minimalinformationen vorhanden sein sollten.

Wir bereits erwähnt, werden in diesem Zusammenhang die Pflegeprozessschritte des Assessments und der Evaluation im vorliegenden Datensatz weitgehend vernachlässigt. Mangels ausreichend differenzierender Variablen ist es weder für das Pflegeassessment noch für die Pflegeevaluation möglich, dimensional differenzierte Vollständigkeitsindikatoren zu bilden. Hingegen ist es möglich, zur Dokumentation der Pflegebedarfe und der Pflegedurchführung Vollständigkeitsindikatoren zu ermitteln, die nach den vier Pflegedimensionen Sozial, Physisch/funktional, Psychisch und Umwelt zu differenzieren sind. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die zehn Indikatoren zur Vollständigkeit der Dokumentation:

**Tabelle 21: Ermittelte Indikatoren zur Vollständigkeit der Pflegedokumentation**

Indikator	Gegebenenfalls Pflegedimension	Zahl der verwendeten Variablen:	
		Teildatensatz der ambulanten Einrichtungen	Teildatensatz der stationären Einrichtungen
Anamnese	---*	6	6
Bedarf I	Sozial	4	6
Bedarf II	Physisch/funktional	23	23
Bedarf III	Psychisch	6	6
Bedarf IV	Umwelt	14	14
Durchführung I	Sozial	4	6
Durchführung II	Physisch/funktional	23	23
Durchführung III	Psychisch	6	6
Durchführung IV	Umwelt	14	14
Evaluation	---*	5	5

\*) Die dimensionale Differenzierung dieses Indikator ist aufgrund der geringen Zahl der verfügbaren Variablen nicht möglich.

Eine Aufstellung aller im Einzelnen verwendeten Variablen findet sich im Anhang 1a bis Anhang 1d (Tabelle 58, S. 344 bis Tabelle 77, S. 353). Für fast alle Variablen sind entweder ordinale Antwortskalen mit zwei oder fünf Ausprägungen vorgesehen (ja – nein bzw. nie – sehr häufig, etc). Für einzelne Variablen werden mehr als zwei nominale Ausprägungen unterschieden (z.B. bei der Erhebung der Stellung der wichtigsten Helferin).

Bei der Berechnung dieser Indizes zur Vollständigkeit der Dokumentation ergibt sich ein praktisches Problem: Zu allen Variablen konnten von den Erheberinnen Dokumentationslücken erfasst werden (kodiert durch die Variablenausprägung „9“). Diese Variablenausprägungen werden im Datensatz als benutzerdefiniert fehlende Werte geführt. Zusätzlich gibt es jedoch auch fehlende Werte, die im Datensatz als fehlende Daten erkennbar sind. Diese weisen insofern auf Fehler bei der Datenerhebung hin, als die in den Erhebungsbögen kodierten Antwortalternativen stets das gesamte empirische Möglichkeitsspektrum umfassen (einschließlich der explizit fehlenden Information). Wenn also eine bestimmte Variable eines Falles dennoch leer bleibt, so kann dies verschiedene Ursachen haben, die allesamt Erhebungsfehler darstellen – eine Auswahl:

- Offensichtliche Falschangaben (z.B. nicht definierte Angaben außerhalb der jeweiligen Skale), die in Abschnitt 6.3 bereinigt wurden, wurden gelöscht und erscheinen somit nun als systemdefiniert fehlend.
- Einzelne Erheberinnen konnten trotz intensiver Schulung nicht mit bestimmten Variablen umgehen und ließen die entsprechenden Stellen im Erhebungsbogen leer, um den Pflegeeinrichtungen nicht evtl. zu Unrecht Dokumentationslücken zu unterstellen.
- Fehler bei der Übertragung der Daten in SPSS.

- Fehlende Informationen in der Pflegedokumentation, die von den Erheberinnen nicht als solche gekennzeichnet wurden.

Offensichtlich müssten die zuletzt genannten Erhebungsfehler mit in die Berechnung der Indizes zur Vollständigkeit der Dokumentationen aufgenommen werden. Da eine nachträgliche Differenzierung dieser Fehlerursache von den anderen Erhebungsfehlern, die ebenfalls zu systemdefiniertem Ausfall führen, nicht möglich ist, muss hier eine gewisse Ungenauigkeit der Vollständigkeitsindikatoren unbereinigt bleiben. Wie Tabelle 58, S. 344 bis Tabelle 77, S. 353 (Anhang 1a bis Anhang 1d) entnommen werden kann, stellen diese systemdefiniert fehlenden Variablen fast immer nur Einzelfälle dar. Alle zehn dimensionsspezifischen Indikatoren zur Vollständigkeit der Dokumentation werden daher nach folgender Formel berechnet:

$$\text{Vollständigkeitsindex} = 1 - \frac{\sum \text{miss} - \sum \text{sys\_miss}}{\text{Var\_z} - \sum \text{sys\_miss}} \in [0;1],$$

mit:

$\sum \text{miss}$ : Zahl der fehlenden Werte (benutzerdefiniert und systemdefiniert) aller Indexvariablen

$\sum \text{sys\_miss}$ : Zahl der systemdefiniert fehlenden Werte aller Indexvariablen

$\text{Var\_z}$ : Zahl der Indexvariablen

Alle berechneten Indikatoren zur Vollständigkeit der Dokumentation liegen damit standardisiert im Intervall zwischen 0 und 1 vor. Der Wert 0 bedeutet, dass alle erhobenen Variablen des betreffenden Indikators von den Erheberinnen als fehlend eingetragen wurden. Der Wert 1 bedeutet, dass für keine der Variablen fehlende Informationen verzeichnet sind. Stellt sich bei der Indexberechnung heraus, dass bei einer Klientin alle Variablen eines Index systemdefiniert fehlen (der Nenner  $\text{Var\_z} - \sum \text{sys\_miss}$  wird dann null), so wird auch kein Indexwert berechnet (fehlt dann ebenfalls systemdefiniert). Insgesamt können für fast alle der im Datensatz enthaltenen Fälle Indikatoren zur Vollständigkeit der Dokumentation berechnet werden. Lediglich für bis zu sieben ambulant versorgte Klientinnen ist aufgrund zu vieler systemdefiniert fehlender Angaben die Berechnung einzelner Indikatoren nicht möglich. An dieser Stelle ist interessant, welche Einzelvariablen besonders gut und welche besonders lückenhaft dokumentiert sind. Die fünf am vollständigsten abgebildeten Variablen der Bedarfsdokumentation für die ambulant versorgten Klientinnen sind:

**Tabelle 22: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der höchsten Vollständigkeit – ambulant versorgte Klientinnen**

Variable	Dimension	<i>n</i>	Durchschnittliche Vollständigkeit	Standardabweichung
An- und Ausziehen	Physisch/funktional	518	0,95	0,23
Waschen (baden/duschen)	Physisch/funktional	656	0,89	0,31
Medikation	Physisch/funktional	656	0,88	0,33
Essen/trinken	Physisch/funktional	655	0,86	0,35
Fortbewegen in der Wohnung	Physisch/funktional	656	0,86	0,35

Von den insgesamt 47 Bedarfsvariablen im ambulanten Teildatensatz gehören somit alle fünf am besten dokumentierten Bedarfsvariablen zur Dimension Physisch/funktional. Diese Feststellung deckt sich mit den Ergebnissen anderer empirischer Studien (vgl. Abschnitt 3.1.3). Eine besonders lückenhafte Pflegebedarfsdokumentation findet sich im ambulanten Bereich vor allem für die Dimensionen Psychisch. Insbesondere für die deutschen Klientinnen in ambulanter Versorgung fällt hier zusätzlich auch die geringe Dokumentation in der Dimension Sozial auf. Auch diese Ergebnisse stehen in Einklang mit entsprechenden Resultaten anderer Studien. Die fünf am lückenhaftesten dokumentierten Einzelvariablen sind dabei:

**Tabelle 23: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der geringsten Vollständigkeit – ambulant versorgte Klientinnen**

Variable	Dimension	<i>n</i>	Durchschnittliche Vollständigkeit	Standardabweichung
Spirituelle und religiöse Aktivitäten (Vermittlung)	Psychisch	657	0,28	0,45
Andere Tätigkeiten im Haushalt (Gartenarbeiten, kleine Reparaturen, Vermittlung)	Umwelt	657	0,46	0,50
Rechtliche Beratung (rechtlicher Beistand, Vermittlung)	Umwelt	657	0,48	0,50
Psychologische Beratung (Psychotherapeutin, Vermittlung)	Psychisch	657	0,50	0,50
Soziale Beratung (Sozialarbeiterin, Vermittlung)	Sozial	656	0,50	0,50

Die fünf der für die ambulant versorgten Klientinnen am schlechtesten dokumentierten Bedarfsvariablen verteilen sich auf die drei Dimensionen Psychisch, Umwelt und Sozial. Auffallend ist, dass diese jeweils eine möglicherweise notwendige pflegeergänzende Vermittlung betreffen – eine schlechte Voraussetzung für die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Diensten.

Wie bereits im ambulanten Bereich kommen auch bei den stationär versorgten Klientinnen alle fünf (von insgesamt 49) der am vollständigsten dokumentierten Bedarfsvariablen aus der Dimension Physisch/funktional:

**Tabelle 24: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der höchsten Vollständigkeit – stationär versorgte Klientinnen**

Variable	Dimension	<i>n</i>	Durchschnittliche Vollständigkeit	Standardabweichung
Waschen (baden/duschen)	Physisch/funktional	752	0,95	0,21
Essen/trinken	Physisch/funktional	741	0,95	0,22
An- und Ausziehen	Physisch/funktional	752	0,95	0,23
Ausscheiden, Toilette	Physisch/funktional	751	0,95	0,23
Fortbewegen in der Wohnung	Physisch/funktional	751	0,91	0,29

Besondere Lücken in der Pflegebedarfsdokumentation fallen bei den stationär versorgten estnischen Klientinnen in der Dimension Umwelt auf. Diese Pflegedimension ist im stationären Bereich generell die am schlechtesten dokumentierte:



**Tabelle 25: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der geringsten Vollständigkeit – stationär versorgte Klientinnen**

Variable	Dimension	<i>n</i>	Durchschnittliche Vollständigkeit	Standardabweichung
Transport	Umwelt	753	0,29	0,46
Rechtliche Beratung (rechtlicher Beistand, Vermittlung)	Umwelt	749	0,40	0,49
Psychologische Beratung (Psychotherapeutin, Vermittlung)	Psychisch	748	0,41	0,49
Andere Sicherheitstechnologien (z.B. Herdsicherung, Telecare)	Umwelt	751	0,42	0,49
Einkaufen und laufende Erledigungen	Umwelt	753	0,42	0,49

Die besonders lückenhafte Dokumentation von Variablen der Dimension Umwelt dürfte im stationären Bereich zum einen daran liegen, dass die entsprechenden Pflegebedarfe (z.B. Einkaufen) in stationären Einrichtungen in der Regel systematisch für die Klientinnen übernommen werden. Die Pflegerinnen halten es daher offenbar für obsolet, die Bedarfe im Einzelfall zu prüfen bzw. zu dokumentieren. Eine Reflexion, ob und mit welcher Unterstützung eine Klientin wieder in eine ambulante Versorgung übergeführt werden kann, ist damit nicht möglich. Weitere besonders schlecht dokumentierte Bedarfsvariablen betreffen auch im stationären Bereich die Notwendigkeit der Vermittlung an andere Dienste – auch hier ein Hinweis auf eine mangelhafte Grundlage für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Die in der Dokumentation besonders vollständig bzw. lückenhaft abgebildeten Einzelvariablen der Pflegedurchführung sind denen der Bedarfsdarstellung recht ähnlich. Auf ihre ausführliche Darstellung hier wird daher verzichtet.

## 6.4.2 Professionelle Perspektive II: Ausgewogenheit

Mit den Indikatoren zur Ausgewogenheit der Pflegedokumentation wird berücksichtigt, dass die pflegeprozessuale Orientierung einer Ausformulierung in einem Pflegemodell bedarf. Eines der zentralen Bestandteile ist die Formulierung von Pflegedimensionen. Der Minimalanspruch an eine solche dimensionale Differenzierung wird als erfüllt betrachtet, sobald die vier Dimensionen Sozial, Physisch/funktional, Psychisch und Umweltbezogen gleichmäßig Beachtung finden. Inwiefern die ausgewerteten Pflegedokumentationen diesem Anspruch genügen, soll in gesonderten Indikatoren festgehalten werden. Die Aufgabe dieser Indikatoren liegt darin, Aussagen darüber zu treffen, inwiefern in einer Pflegedokumentation alle vier benannten Pflegedimensionen gleichermaßen beachtet werden – unabhängig davon, wie umfangreich (vollständig) die Informationen insgesamt sind. Mit anderen Worten: Für die Pflegebedarfsdokumentation und für die Durchführungsdokumentation (nur für diese liegen bekanntlich dimensional differenziert Variablen vor) sollen Indikatoren berechnet werden, die den geringsten Wert dann aufweisen, wenn nur eine der jeweiligen Dimensionen Berücksichtigung findet, und den maximalen Wert, wenn alle Dimensionen in gleichem Umfang berücksichtigt werden, selbst wenn die Vollständigkeit der Dokumentation insgesamt gering ist. Hinter der Konstruktion dieser Indikatoren der Ausgewogenheit der Dokumentation steht die Annahme, dass auch ein einseitiges (egal wie vollständiges) Dokumentieren bestimmter Pflegedimensionen bei gleichzeitig fehlender Dokumentation in anderen Dimensionen problematisch ist, genauso wie eine mangelhafte Dokumentationstätigkeit insgesamt.

Um die Streuung der Dokumentationsstätigkeit über die verschiedenen Pflegedimensionen zu berechnen, werden die im vorangegangenen Abschnitt konstruierten Indizes zur Vollständigkeit der Dokumentation verwendet. Mittels der standardisierten Entropie (vgl. z.B. Vogel 2005, S. 23f.) wird ermittelt, wie unterschiedlich diese Vollständigkeitsindikatoren sowohl über die vier Dimensionen der Pflegebedarfsdokumentation als auch über dieselben vier Dimensionen der Pflegedurchführungsdokumentation verteilt sind. Der standardisierten Entropie liegt folgende Formel zugrunde:

$$\text{Entropie - Index} = -\frac{1}{\ln k} \sum_{i=1}^k f_i \ln f_i \in [0;1],$$

mit

$k$ : Zahl der Kategorien (im gegenwärtigen Fall: Zahl der gültigen Dimensionsindizes, deren Entropie berechnet werden soll)

$f_i$ : Anteil des Kategoriewerts (in diesem Fall der dimensionsspezifische Indikator für die Vollständigkeit der Dokumentation).

Bei einem Kategoriewert von 0 (der dimensionale Vollständigkeitsindikator ist 0) ist  $\ln f_i = \ln 0$  nicht definiert. SPSS setzt für diese Dimension einen systemdefiniert fehlenden Wert, der jedoch mit  $f_i$  multipliziert zu 0 wird. Ein Kategoriewert von 0 geht somit mit 0 als Summand in die Summenformel ein. Dies ist insofern konsistent, als gilt  $\lim_{x \rightarrow 0^+} x \ln x = 0$ . Wie gefordert, beträgt der Entropie-Index 0 bei einer Einpunkt-Verteilung (d.h. nur eine der Pflegedimensionen ist dokumentiert) und 1 bei völliger Gleichverteilung (d.h. alle Pflegedimensionen sind gleich vollständig dokumentiert).

Diese Messung der Konzentration der Pflegedokumentation wird durch die Berechnung des Herfindahl-Index geprüft (vgl. z.B. Vogel 2005, S. 24ff). Verwendet wird die standardisierte Variante dieses Maßes mit der Formel:

$$\text{Herfindahl - Index} = \frac{k(1 - \sum_{i=1}^k f_i^2)}{k-1} \in [0;1]$$

Diese Maß hat die gleichen Eigenschaften wie der Entropie-Index. Wie den folgenden Tabellen entnommen werden kann, liefern die standardisierte Entropie und der Herfindahl-Index weitgehend die gleichen Ergebnisse:

**Tabelle 26: Unterschiede zwischen der standardisierten Entropie und dem Herfindahl-Index zur Messung der Ausgewogenheit der Pflegebedarfsdokumentation**

	$n$	Mittelwert	Standardabweichung	Korrelationskoeffizient (Pearson)
Standardisierte Entropie	1342	0,879	0,220	0,988
Herfindahl-Index		0,898	0,202	

**Tabelle 27: Unterschiede zwischen der standardisierten Entropie und dem Herfindahl-Index zur Messung der Ausgewogenheit der Durchführungsdokumentation**

	<i>n</i>	Mittelwert	Standardabweichung	Korrelationskoeffizient (Pearson)
Standardisierte Entropie	1329	0,865	0,236	0,986
Herfindahl-Index		0,888	0,215	

Indikatoren zur Ausgewogenheit der Dokumentation hinsichtlich der vier betrachteten Pflegedimensionen können nicht für alle Klientinnen des vorliegenden Datensatzes berechnet werden. Wie den folgenden beiden Tabellen entnommen werden kann, fehlen insbesondere in den estnischen Teildatensätzen des ambulanten wie auch des stationären Bereichs eine größere Zahl von Klientinnen (vgl. dazu die Tabellen mit der Verteilung der Klientinnen auf die zehn Teildatensätze, Tabelle 16, S. 194):

**Tabelle 28: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Ausgewogenheit der Dokumentation nach Ländern (ambulant versorgte Klientinnen)**

Indikator	DE	EST	FIN	GB	SWE
Ausgewogenheit der Pflegebedarfsdokumentation	115	83	237	125	47
Ausgewogenheit der Pflegedurchführungsdokumentation	115	82	236	127	47

**Tabelle 29: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Ausgewogenheit der Dokumentation nach Ländern (stationär versorgte Klientinnen)**

Indikator	DE	EST	FIN	GB	SWE
Ausgewogenheit der Pflegebedarfsdokumentation	166	122	154	126	167
Ausgewogenheit der Pflegedurchführungsdokumentation	167	108	154	126	167

### 6.4.3 Klientinnenperspektive: Kongruenz

Die beiden in den vorangegangenen Abschnitten berechneten Indikatoren der Vollständigkeit und der Ausgewogenheit der Dokumentationen haben gemeinsam, dass sie die Dokumentationsqualität aus pflegerisch professioneller Perspektive betrachten. In der Terminologie der zu Beginn von Abschnitt 3.1.3 vorgestellten Analyse von 56 empirischen Studien zur Pflegedokumentation durch Ehrenberg et al. (2001) werden solche Untersuchungen als „knowledge-based“ bezeichnet, da ihnen bestimmte pflegetheoretische Modelle zugrunde liegen, deren Beachtung in den Dokumentation untersucht werden. Ehrenberg et al. und eigenen Beobachtungen zufolge entspricht dieses Design den weitaus meisten empirischen Arbeiten zur Pflegedokumentation.

Einen wesentlich größeren Aufwand bringen demgegenüber Untersuchungen mit sich, welche die Pflegedokumentationen mit dem Pflegeerleben der jeweiligen Klientinnen vergleichen. Aufwändiger sind diese Untersuchungen vor allem deshalb, weil sie zusätzlich zur Auswertung der Pflegedokumentation Informationen von den Klientinnen benötigen (z.B. vermittelt ihrer Befragung). Ergeben sich auf diese Weise Diskrepanzen zwischen der dokumentierten Pflege und dem Erleben der Klientinnen, so kann dies entweder an (unsystematisch oder systematisch) verzerrten Dokumentationen liegen oder an einem mangelnden Konsens zwischen der Pflegerin und der Klientin, z.B. über die notwendige oder die geleistete Pflege. Besonders problematisch erscheinen dabei systematische Verzerrungen, wie sie beispielsweise durch institutionale Regelungen (etwa durch Refinanzierungsvorgaben) erzeugt werden können. Die Motivation für systematische Verzerrungen entsteht in diesem Fall durch ein strategisches

Verhalten, bei dem beispielsweise Pflegeleistungen so dokumentiert werden, dass sie besser zu refinanzierbaren Leistungskatalogen passen.

Andererseits sind gewisse Abweichungen zwischen der Klientinnensicht und der Sicht der Pflegerinnen aber auch Kennzeichen professioneller Pflege, die sich ja nicht darauf beschränken darf, die Problemsicht der Klientinnen eins-zu-eins zu übernehmen (vgl. Abschnitt 3.2). Zugleich ist es aber Merkmal ebenjener Professionalität der Pflegerin, mit der Klientin (und den anderen am Pflegeprozess beteiligten) in einen Diskurs einzutreten und so sicherzustellen, dass der Pflegeprozess so weit als möglich im Konsens gestaltet wird. Andernfalls entsteht u.a. die Gefahr einer Fremddefinition der Pflegeprobleme durch die Pflegerin. Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass die Kongruenz der Pflegedokumentation mit den entsprechenden Aussagen der Klientinnen durchaus eine relevante Ergänzung der Dokumentationsqualitätsindikatoren aus professioneller Sicht darstellen, auch wenn eine perfekte Kongruenz zwischen beiden Informationsquellen weder denkbar noch wünschenswert ist.

Im hier verwendeten Datensatz findet sich eine Reihe von Variablen, die in der der Dokumentationsauswertung und in der Befragung der Klientinnen ähnlich erhoben wurden. Diese Variablen betreffen den Pflegebedarf und die geleistete Pflege. Hinsichtlich des Pflegebedarfs liegen folgende Variablen vor, die sowohl aus den Dokumentationen als auch in der Befragung der Klientinnen erhoben wurden:

**Tabelle 30: Variablen der Pflegebedarfsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der ambulant versorgten Klientinnen**

<b>Variable, die sowohl in der Befragung der Klientinnen als auch in der Dokumentationserhebung vorkommen</b>	<b>Pflegedimension</b>
Essen und trinken	Physisch/funktional
Waschen (baden oder duschen)	Physisch/funktional
An- und Ausziehen	Physisch/funktional
Zahn- und Mundpflege	Physisch/funktional
Haut- und Haarpflege	Physisch/funktional
Zehennägel schneiden	Physisch/funktional
Toilette	Physisch/funktional
Medikamenteneinnahme	Physisch/funktional
(Fort-)Bewegung in der Wohnung / im Haus	Physisch/funktional
Kochen	Umwelt
Wäsche waschen	Umwelt
Tägliches Reinemachen	Umwelt
Großreinemachen	Umwelt
Andere Tätigkeiten im Haushalt (Gartenarbeiten, kleine Reparaturen)	Umwelt
Einkaufen und laufende Besorgungen außer Haus	Umwelt
Finanzielle Angelegenheiten erledigen (d.h. Rechnungen zahlen, Geldangelegenheiten regeln)	Umwelt
(Fort-)Bewegung außerhalb der Wohnung / außer Haus	Umwelt

Die Befragung der Klientinnen nach ihrem Hilfebedarf hinsichtlich dieser Variablen wurde mit Hilfe einer 4-stufigen ordinalen Skala („Bewältigung ohne Schwierigkeiten“ – „Überhaupt nicht“) durchgeführt. Die entsprechenden Variablen der Dokumentationserhebung weisen eine 5-stufige ordinale Skala auf („Kein Bedarf“ – „Sehr hoher Bedarf“). Um diese beiden Skalen vergleichbar zu machen und um die Ergebnisse zu stabilisieren, werden beide Skalen dichotomisiert, so dass die Ausprägung 0 „Kein Hilfebedarf“ und 1 „Hilfebedarf“ bedeutet. In den Daten aus der Befragung der Klientinnen müssen einige Datenfehler bereinigt werden:

Bei zwei Variablen werden bei je einem Fall offensichtliche Tippfehler durch den wahrscheinlich beabsichtigten Wert ersetzt. In einigen weiteren Fällen müssen nicht definierte Werte gelöscht werden, bei denen der beabsichtigte Wert nicht erkennbar ist. Diese Daten fehlen im Weiteren systemdefiniert.

Tabelle 30 zeigt zugleich, dass sich Variablen zum Pflegebedarf, die bei den Klientinnen und aus der Dokumentation in ähnlicher Weise erhoben wurden, nur für die Pflegedimensionen Physisch/funktional und Umwelt finden (eine Einzelvariable aus der Dimension Sozial wird bei dieser Berechnung von Kongruenzindikatoren nicht berücksichtigt, da sie nur bei sehr wenigen Klientinnen sowohl in den Dokumentations- als auch in den Befragungsdaten gültige Antworten aufweist).

Die entsprechenden Bedarfsvariablen für den stationären Bereich beschränken sich ausschließlich auf die Physisch/funktionale Dimension:

**Tabelle 31: Variablen der Pflegebedarfsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der stationär versorgten Klientinnen**

<b>Variable, die sowohl in der Befragung der Klientinnen als auch in der Dokumentationserhebung vorkommen</b>	<b>Pflegedimension</b>
Essen und trinken	Physisch/funktional
Waschen (baden oder duschen)	Physisch/funktional
An- und Ausziehen	Physisch/funktional
Zahn- und Mundpflege	Physisch/funktional
Haut- und Haarpflege	Physisch/funktional
Zehennägel schneiden	Physisch/funktional
Toilette	Physisch/funktional
Medikamenteneinnahme	Physisch/funktional
(Fort-)Bewegung in der Wohnung / im Haus	Physisch/funktional
Ins Bett gehen und aufstehen	Physisch/funktional

Auch bei diesen Variablen müssen in Einzelfällen Daten bereinigt werden, für die im Datensatz nicht definierte Werte verzeichnet sind. Da die tatsächlich einzutragenden Werte im Nachhinein nicht zu ermitteln sind, werden die betreffenden Daten gelöscht (die Variablen bleiben in diesen Fällen systemdefiniert leer).

In der Befragung der stationär versorgten Klientinnen wurden die Pflegebedarfe mittels einer dichotomen Skala erhoben. Um diese mit den entsprechenden Variablen aus der Dokumentationsauswertung kompatibel zu machen, wurde die Skala der Dokumentationsvariablen ebenfalls wie auch bereits für den ambulanten Teildatensatz dichotomisiert. Damit liegen nun sowohl für die ambulant als auch für die stationär versorgten Klientinnen eine Reihe von gleich skalierten Variablen zu verschiedenen Pflegebedarfen vor, die sowohl aus der Dokumentation als auch bei den Klientinnen erhoben wurden. Diese werden nun zur Berechnung von Indizes der Kongruenz der Pflegedokumentation mit den Aussagen der Klientinnen verwendet. Die Frage nach der Vollständigkeit der Dokumentation wird dabei außer Acht gelassen. Betrachtet werden nur Fälle, für die sowohl eine gültige Klientinnenaussage als auch eine gültige Dokumentationsauswertung im Datensatz vorhanden ist. Ein Vergleich des benannten Bedarfs aus der Sicht der Klientinnen und der Sicht der Dokumentation ergibt vier empirische Möglichkeiten:

**Tabelle 32: Möglichkeiten der (Nicht-)Kongruenz von Aussagen zu Pflegebedarfen zwischen der Aufzeichnung in der Pflegedokumentation und den Aussagen der Klientin**

		Aussage der Klientin	
		„Kein Bedarf“	„Bedarf“
Pflegedokumentation	„Kein Bedarf“	Fall A	Fall C
	„Bedarf“	Fall B	Fall D

In den Fällen A und D stimmen Klientinnenaussage und Dokumentation überein. Im Fall C wird ein aus Klientinnensicht bestehender Bedarf in der Dokumentation verneint und in Fall B wird in der Dokumentation ein Bedarf festgestellt, der von der Klientin nicht bestätigt wird. Gleichwohl es einen Unterschied bedeuten könnte, ob ein Pflegebedarf, dessen Dokumentation von der Wahrnehmung der Klientin abweicht, von der Klientin ‚bestätigt‘ wird oder nicht, wird auf eine solche Differenzierung bei der Berechnung der Kongruenzindizes verzichtet. Um für die empirischen Untersuchungen mit den Indizes eine ausreichende Fallzahl erreichen zu können, werden die Fälle A und D bzw. B und C jeweils kombiniert betrachtet.

Zur Berechnung der Kongruenzindizes wird nun für jedes Bedarfsvariablenpaar ein Übereinstimmungsindex ermittelt. Dieser erhält den Wert 0, wenn der dokumentierte Pflegebedarf und die Dokumentation nicht übereinstimmen, und bei Kongruenz erhält er den Wert 1. Aus diesen Übereinstimmungsindizes werden anschließend dimensionsspezifisch arithmetische Mittelwerte der Kongruenz zwischen den Bedarfsvariablenpaaren der jeweiligen Pflegedimensionen berechnet. Diese sagen aus, welcher Anteil der Pflegebedarfsvariablen einer bestimmten Pflegedimension in Übereinstimmung mit den Aussagen der Klientin dokumentiert sind. Um eine gewisse Stabilität des Index zu erreichen, wird dieses arithmetische Mittel jedoch nur berechnet, wenn mindestens ein Drittel der Bedarfsvariablenpaare einer Pflegedimension gültig vorliegen. Die Ermittlung der Kongruenzindizes für die Pflegedurchführungsdokumentation erfolgt analog zu diesem Verfahren. Die Pflegeleistungsvariablen-Paare, die dabei für den Teildatensatz der ambulant bzw. stationär versorgten Klientinnen Verwendung finden, können den folgenden beiden Tabellen entnommen werden:

**Tabelle 33: Variablen der Pflegedurchführungsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der ambulant versorgten Klientinnen**

<b>Variable, die sowohl in der Befragung der Klientinnen als auch in der Dokumentationserhebung vorkommen</b>	<b>Pflegedimension</b>
Essen und trinken	Physisch/funktional
Waschen (baden oder duschen)	Physisch/funktional
An- und Ausziehen	Physisch/funktional
Zahn- und Mundpflege	Physisch/funktional
Haut- und Haarpflege	Physisch/funktional
Zehennägel schneiden	Physisch/funktional
Toilette	Physisch/funktional
Medikamenteneinnahme	Physisch/funktional
(Fort-)Bewegung in der Wohnung / im Haus	Physisch/funktional
Kochen	Umwelt
Wäsche waschen	Umwelt
Tägliches Reinemachen	Umwelt
Großreinemachen	Umwelt
Andere Tätigkeiten im Haushalt (Gartenarbeiten, kleine Reparaturen)	Umwelt
Einkaufen und laufende Besorgungen außer Haus	Umwelt
Finanzielle Angelegenheiten erledigen (d.h. Rechnungen zahlen, Geldangelegenheiten regeln)	Umwelt
(Fort-)Bewegung außerhalb der Wohnung / außer Haus	Umwelt

**Tabelle 34: Variablen der Pflegedurchführungsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der stationär versorgten Klientinnen**

<b>Variable, die sowohl in der Befragung der Klientinnen als auch in der Dokumentationserhebung vorkommen</b>	<b>Pflegedimension</b>
Essen und trinken	Physisch/funktional
Waschen (baden oder duschen)	Physisch/funktional
An- und Ausziehen	Physisch/funktional
Zahn- und Mundpflege	Physisch/funktional
Haut- und Haarpflege	Physisch/funktional
Zehennägel schneiden	Physisch/funktional
Toilette	Physisch/funktional
Medikamenteneinnahme	Physisch/funktional
(Fort-)Bewegung in der Wohnung / im Haus	Physisch/funktional
Ins Bett gehen und aufstehen	Physisch/funktional

Wie bereits bei der Ermittlung der Kongruenzindizes für die Pflegebedarfsdokumentation werden Variablenpaare einer Pflegedimension nur dann berücksichtigt, wenn zu dieser Dimension nicht nur Einzelvariablenpaare vorliegen.

Ebenfalls wie bei den Variablenpaaren der Pflegebedarfsdokumentation werden alle Dokumentations- und Befragungsvariablen dichotomisiert (0: die Pflegeleistung wurde nicht erbracht; 1: die Pflegeleistung wurde erbracht). Diese Vereinheitlichung der Skalen der Dokumentations- und der Befragungsvariablen ist nötig, um beide die Variablenpaare vergleichbar und die zu berechnenden Indizes stabiler zu machen. Die erforderlichen Umkodierungen erweisen sich für Variablen, die bei der Befragung der ambulant versorgten Klientinnen Ver-

wendung fanden, als problematisch: Die ordinale Antwortskala umfasst vier Ausprägungen zur Frage, wie gut die Pflegerinnen die jeweilige Pflegeleistung erbringen. Antwortalternativen waren jeweils „Sehr gut“, „Zufriedenstellend“, „Schlecht“ und „Sehr schlecht“. Da eine Antwortalternative „Gar nicht“ nicht vorgesehen war, werden die ersten drei Antworten zu „Leistung aus Sicht der Klientin erbracht“ und die Antwort „Sehr schlecht“ als „Leistung aus Sicht der Klientin nicht erbracht“ interpretiert. Dahinter verbirgt sich die Hypothese, wonach von einer Leistungserbringung aus Klientinnensicht auch dann noch ausgegangen werden kann, wenn die Klientin diese Leistung als „Schlecht“ beurteilt; jedoch kann angenommen werden, dass diese Leistung (fast) gar nicht erbracht wird, wenn sie als „Sehr schlecht“ bewertet wird.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Fragebögen sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich die Erfassung von Pflegeleistungen dann systematisch ausschließen, wenn diese erbracht werden, obwohl die Klientin hierfür keinen Bedarf sieht: Im ambulanten Bereich wird die Frage „Erhalten Sie ausreichend Hilfe?“ nur gestellt, wenn zuvor hinsichtlich der Bewältigung der jeweiligen Tätigkeit mindestens „Gewisse Schwierigkeiten“ angegeben wurden (Filterfrage). Im Fragebogen für den stationären Bereich wird ebenfalls zuerst die Alternative „Kein Hilfebedarf“ geklärt, bevor gegebenenfalls weiter gefragt wird, wie gut sich die Pflegerinnen darum kümmern. Fälle bzw. Pflegeleistungen, die aus Sicht der Klientinnen eine Überversorgung darstellen, fallen somit sowohl für die ambulant als auch für die stationär erhobene Teilstichprobe aus der Betrachtung. Dies hat aber keine weiteren Auswirkungen, abgesehen davon, dass sich die Fallzahl reduziert.

Die Berechnung der Kongruenzindizes zur Pflegedurchführungsdokumentation kann daher nun nach der Bereinigung einzelner Datenfehler in den Befragungsdaten der ambulant versorgten Klientinnen (dabei müssen jeweils nicht definierte Antworten entfernt werden, die im Folgenden systemdefiniert leer bleiben) nach demselben Verfahren durchgeführt werden, wie oben für die Ermittlung der Kongruenzindizes zur Pflegebedarfsdokumentation entwickelt. Damit liegen nun vier Indikatoren zur Kongruenz zwischen den Inhalten der Pflegedokumentationen und den Aussagen der Klientinnen vor:

**Tabelle 35: Ermittelte Indikatoren zur Kongruenz zwischen den Inhalten der Pflegedokumentationen und den Aussagen der Klientinnen**

Kongruenzindex zur ...	Pflegedimension	Teildatensatz
Pflegebedarfsdokumentation	II. Physisch/funktional	Ambulant und stationär versorgte Klientinnen
Pflegebedarfsdokumentation	III. Umwelt	Ambulant versorgte Klientinnen
Pflegedurchführungsdokumentation	II. Physisch/funktional	Ambulant und stationär versorgte Klientinnen
Pflegedurchführungsdokumentation	III. Umwelt	Ambulant versorgte Klientinnen

Indikatoren zur Kongruenz der Dokumentation mit den entsprechenden Aussagen der Klientinnen aus den Befragungen können nicht für alle Klientinnen des vorliegenden Datensatzes berechnet werden. Wie den folgenden beiden Tabellen entnommen werden kann, fehlen in allen nationalen Teildatensätzen des ambulanten wie auch des stationären Bereichs eine große Zahl von Klientinnen; für die ambulant versorgten britischen Klientinnen können mangels Befragungsdaten überhaupt keine Kongruenzindikatoren berechnet werden (vgl. dazu die Tabellen mit der Verteilung der Klientinnen auf die zehn Teildatensätze, Tabelle 16, S. 194):



**Tabelle 36: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Kongruenz mit den Aussagen der Klientinnen der Dokumentation nach Ländern (ambulant versorgte Klientinnen)**

Kongruenz	DE	EST	FIN	GB	SWE
Pflegebedarfsdokumentation, Dimension II. Physisch/funktional	84	50	121	---	39
Pflegebedarfsdokumentation, Dimension III. Umwelt	62	26	109	---	39
Pflegedurchführungsdokumentation, Dimension II. Physisch/funktional	62	23	59	---	25
Pflegedurchführungsdokumentation, Dimension III. Umwelt	65	15	95	---	32

**Tabelle 37: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Kongruenz der Dokumentation mit den Aussagen der Klientinnen nach Ländern (stationär versorgte Klientinnen)**

Kongruenz	DE	EST	FIN	GB	SWE
Pflegebedarfsdokumentation, Dimension II. Physisch/funktional	91	76	95	120	36
Pflegedurchführungsdokumentation, Dimension II. Physisch/funktional	50	25	94	45	23

Von Interesse ist an dieser Stelle noch der Zusammenhang zwischen den Dokumentationsqualitätsindikatoren der Vollständigkeit und der Kongruenz der Dokumentation. Während die Indikatoren der Vollständigkeit und der Ausgewogenheit erwartungsgemäß positiv korrelieren, lassen sich nur schwer diesbezügliche Annahmen für den Zusammenhang mit den Kongruenzindikatoren treffen. Einerseits könnte eine besonders vollständig und ausgewogen geführte Dokumentation für eine Gewissenhaftigkeit der beteiligten Pflegerinnen stehen, die sich auch in einer guten Einbeziehung der Klientinnen äußert (welche wiederum eine größere Kongruenz der Dokumentation mit den Aussagen der Klientinnen bedeutet). Andererseits könnte der Zusammenhang auch negativ sein: So ist denkbar, dass eine eher lückenhafte Dokumentation vor allem für alle Beteiligte offenkundige (und damit unumstrittene) Informationen enthält, während eine ausführlich geführte Dokumentation zwangsläufig mehr Details umfasst, über die eine Abstimmung mit den Klientinnen erforderlich ist. Sicherlich ist mehr Aufwand notwendig, eine umfangreiche Dokumentation in Kongruenz mit dem Erleben der Pflege durch die Klientin zu führen als eine weniger umfangreiche.

Wie nachfolgender Tabelle entnommen werden kann, ist der Zusammenhang zwischen der Vollständigkeit und der Kongruenz der Dokumentation jedoch fast ausschließlich positiv. Dies gilt auch für den nicht abgebildeten Zusammenhang zwischen der Ausgewogenheit und der Kongruenz. Offenbar bemühen sich Pflegerinnen, die eine vollständigere Dokumentation vorlegen, zugleich um eine um eine bessere Einbeziehung der Klientinnen in die Pflegeprozessgestaltung.

**Tabelle 38: Zusammenhang zwischen der Vollständigkeit und der Kongruenz der Dokumentation**<sup>53</sup>

Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation		Bereich der Kongruenz der Dokumentation			
		Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	Bedarfe, Dim. Umwelt	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	Durchführung, Dim. Umwelt
Anamnese	<i>r</i>	0,141			
	<i>p</i>	0,000			
	<i>n</i>	712			
Bedarfe, Dim. Sozial	<i>r</i>	0,156			
	<i>p</i>	0,000			
	<i>n</i>	711			
Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	<i>r</i>	0,243			
	<i>p</i>	0,000			
	<i>n</i>	712			
Bedarfe, Dim. Umwelt	<i>r</i>	0,206			
	<i>p</i>	0,000			
	<i>n</i>	712			
Bedarfe, Dim. Psychisch	<i>r</i>	0,189		0,147	
	<i>p</i>	0,000		0,003	
	<i>n</i>	712		406	
Durchführung, Dim. Sozial	<i>r</i>	0,178		0,165	
	<i>p</i>	0,000		0,001	
	<i>n</i>	711		406	
Durchführung, Dim. Physisch/funktional	<i>r</i>	0,181			
	<i>p</i>	0,000			
	<i>n</i>	712			
Durchführung, Dim. Umwelt	<i>r</i>	0,154		0,168	
	<i>p</i>	0,000		0,001	
	<i>n</i>	712		406	
Durchführung, Dim. Psychisch	<i>r</i>	0,188		0,190	
	<i>p</i>	0,000		0,000	
	<i>n</i>	712		406	
Evaluation	<i>r</i>	0,087			-0,143
	<i>p</i>	0,021			0,040
	<i>n</i>	712			207

## 6.5 Indikatoren zu Dokumentationsvoraussetzungen und -wirkungen

Aufgabe dieses Abschnitts ist es, Indikatoren zu den Voraussetzungen und Wirkungen der Pflegedokumentation zu generieren. Ein Überblick über die aus dem Datensatz zu berechnenden Kennzahlen gibt Abbildung 25 (S. 181). Dabei wird die Pflegedokumentation in einem multidimensionalen Ansatz des pflegerischen Qualitätsmanagements betrachtet, dessen besonderes Kennzeichen darin liegt, dass die Perspektiven verschiedener Stakeholder (der Klientin, der Pflegerin und der Pflegemanagerin) in der Analyse zusammengeführt werden. So soll untersucht werden, wie sich die von der Pflegemanagerin geschaffenen Pflegevoraussetzungen auf die Pflegedokumentationsqualität (abgebildet anhand der im vorangehenden Kapitel ermittelten Indikatoren) auswirken. Als derartige Dokumentationsvoraussetzungen werden das Managementkonzept (*Konz*), die von der Managerin eingeführten Verfahren

<sup>53</sup> Gemeinsame Analyse aller nationalen Teildatensätze aller ambulant und stationär versorgten Klientinnen; Korrelationskoeffizienten nach Pearson-Bravais (nur Beziehungen mit einem Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05$ ).

(*Verf*), die Einrichtungsressourcen (*ERes*) und das Kooperationskonzept (*KoopK*) betrachtet. Die jeweils differenzierten Dimensionen bzw. Einzelindikatoren werden in diesem Kapitel in Abschnitt 6.5.1 beschrieben. Wie sich die Indikatoren der Pflegedokumentationsqualität so dann auf die Pflegeergebnisse auswirken, wird aus zweierlei Perspektive untersucht. Zum einen richtet sich das Augenmerk auf die professionelle Sicht auf die Pflegeergebnisse, generiert überwiegend aus Indikatoren, die aus den Dokumentationsdaten gebildet werden können – und zwar zur Effektivität der Pflege (*Effekt*), zur Effizienz der Pflege (*Effiz*), zu den klientinnenspezifischen Ressourcen (*KRes*), zur dokumentierten Pflegequalität (*dPflQ*) und zur Kooperationsqualität (*KoopQ*). Auch diese Indikatoren werden jeweils für verschiedene Dimensionen differenziert berechnet (Abschnitte 6.5.2 bis 6.5.4). Zum anderen wird diese professionelle Perspektive auf den Pflegeoutput um die entsprechende subjektive Perspektive aus Klientinnensicht ergänzt. Berechnet werden hierzu – ebenfalls wieder mehrdimensional – Indikatoren zur pflegebezogenen Lebensqualität (subjektive Pflegequalität, *sPflQ*) sowie zur Lebensqualität (*LQ*).

Alle im Folgenden verwendeten Indikatoren der Größen, welche die Pflegedokumentation beeinflussen bzw. von ihr beeinflusst werden, wurden bereits während des Forschungsprojekts Care Keys verwendet. Die Beschreibung ihrer Generierung wird daher in diesem Kapitel knapp gehalten.

### 6.5.1 Dokumentationsvoraussetzungen

Die Indikatoren zu den Dokumentationsvoraussetzungen durch die Pflegemanagerin wurden aus den Daten der Managementbefragung gewonnen. Im Unterschied zu den Daten, die den Dokumentationen entnommen wurden oder durch Befragung der Klientinnen zustande kamen, liegen diese Daten daher auf Organisationsebene vor, da die Befragung der Managerinnen pro Pflegeeinrichtung nur einmal erfolgen kann. Da es außerdem auch in der Managementbefragung zu Totalausfällen ganzer Fragebogenformulare<sup>54</sup> kam, ist die Zahl der vorliegenden Managementfragebögen besonders gering. Insgesamt beschreibt der entsprechende Datensatz die Managementsicht auf 33 ambulante und 28 stationäre Pflegeeinrichtungen.

Der Datensatz aus der Befragung der Managerinnen weist nur sehr wenige Unterschiede zwischen den Variablen in ambulanten und in stationären Pflegeeinrichtungen auf. Nur ein paar einzelne Variablen wurden lediglich in einer der beiden Teilbefragungen verwendet. Eine estnische Pflegeeinrichtung hat zugleich Klientinnen in ambulanter als auch in stationärer Versorgung. Von dieser Einrichtung liegt aber nur ein Managementfragebogen vor. Dieser wird im Datensatz der Managementbefragung insofern als ambulant gekennzeichnet, als das Formular für die Befragung von Managerinnen ambulanter Einrichtungen verwendet wurde. Der Datensatz auf Organisationsebene wird im Folgenden zur Generierung der Indikatoren zu den Dokumentationsvoraussetzungen verwendet.

Die vorliegenden Rohdaten bedürfen zunächst der Bereinigung um evtl. enthaltene Datenfehler. Dabei wird analog zu dem in Abschnitt 6.3 für die Dokumentationsdaten beschriebenen Arbeitsschritten vorgegangen. Erkannt werden – jeweils für Einzelfälle – mehrere Inhaltsfehler in Form nicht definierter Daten. Hinter einigen dieser Fehler verbergen sich offensichtliche Eingabefehler, die nachträglich korrigiert werden können. In anderen Fällen ist der beabsichtigte Wert hingegen nicht mehr ermittelbar. Diese Daten müssen gelöscht werden.

---

<sup>54</sup> Besonders folgenreich ist dabei das vollständige Fehlen verwendbarer Daten aus der Befragung der britischen Pflegermanagerinnen.

Neben den Inhaltsfehlern weist der Datensatz auch den Ausfall einzelner Variablen auf (Item-Nonresponse, zusätzlich zum bereits erwähnten Totalausfall ganzer Fragebögen). Im Unterschied zu den Daten, die aus den Pflegedokumentationen oder durch die Befragung der Klientinnen erhoben wurden, ist der Item-Nonresponse jedoch recht gering; d.h. wenn eine Pflegetherapeutin an der Befragung teilnahm, füllte sie in der Regel den Fragebogen komplett aus. Um den Datensatz dennoch so vollständig wie möglich zur Verfügung zu haben – was insbesondere für die geplanten multivariaten Analysen notwendig ist – werden die vereinzelt fehlenden Daten mittels SPSS EM-substituiert. Dieses Verfahren wird hier analog zum Vorgehen während des Forschungsprojekts Care Keys angewandt (Tiit et al. 2007, S. 55f). Diese Imputation erfolgt für die ambulanten und die stationären Pflegeeinrichtungen zusammen, um eine größere Stabilität zu erreichen. Um Verzerrungen durch unterschiedliche Einrichtungsgrößen zu vermeiden, erfolgt die Imputation mit einem Datensatz auf Organisationsebene. Da die Befragungen der Therapeutinnen relativ wenige Datenlücken aufweisen, wird bei der Imputation die Zahl von mindestens 60% vorhandener Variablen pro Fall nie unterschritten. Die imputierten Variablen werden anschließend den Klientinnen in dem Datensatz auf Klientinnenebene nach ihrer Einrichtungszugehörigkeit zugeordnet. Jene vier Variablen, die nur im Teildatensatz der ambulanten bzw. der stationären Einrichtungen vorkommen, werden bei der Imputation ignoriert.

Die relevanten Größen der von der Therapeutin bereitgestellten Dokumentationsvoraussetzungen werden in vier Indikatorgruppen differenziert. Hinter diesen vier Indikatorgruppen steht die Annahme, dass sich für die drei Stakeholder Klientin, Pflegerin und Therapeutin einheitliche Qualitätsdimensionen unterscheiden lassen (vgl. unter 2.2 das Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen). Aus der Perspektive der Therapeutin formuliert, lauten diese: Managementkonzept (*Konz*), von der Therapeutin eingeführte Verfahren (*Verf*), Einrichtungsressourcen (*ERes*) sowie Kooperationskonzept (*KoopK*).

Um die relevanten Variablen zum Managementkonzept (*Konz*) zu den von der Therapeutin eingeführten Verfahren (*Verf*) sowie zum Kooperationskonzept (*KoopK*) aufzudecken, werden die jeweiligen Einzelvariablen analog zum Vorgehen während des Forschungsprojekts Care Keys einer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) unterzogen (Pieper et al. 2007b, S. 264ff). Zu den Einrichtungsressourcen (*ERes*) liegen nur Einzelvariablen vor, die keiner Faktorenanalyse unterzogen werden können (s.u.). Die Faktorenanalysen erfolgen für die Teildatensätze der ambulanten und der stationären Pflegeeinrichtungen getrennt. Die Eignung der Variablen wird dabei jeweils mit dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (*MSA*) geprüft. Ausgeschlossen werden alle Variablen, für die in der Korrelationsmatrix ein  $MSA < 0,5$  vorliegt. Die Zahl der zu extrahierenden Faktoren wird mittels des Eigenwertkriteriums ( $Eigenwert > 1$ ) bestimmt (vgl. Backhaus et al. 2000, S. 252-327). Die generierten Faktoren werden abschließend mittels der Methode Varimax mit Kaiser-Normalisierung rotiert. Um Verzerrungen aufgrund der unterschiedlichen Einrichtungsgrößen zu vermeiden, werden auch diese Faktorenanalysen mit dem Datensatz auf Einrichtungsebene durchgeführt.

### **(1) Managementkonzept (*Konz*)**

Zum Managementkonzept (*Konz*) als erstem Inputfaktor auf die pflegerische Dokumentationspraxis liegen für den Teildatensatz der ambulanten als auch für den der stationären Einrichtungen jeweils siebzehn Variablen vor. Nach Ausschluss aller Variablen mit  $MSA < 0,5$  verbleiben im Teildatensatz der ambulanten Einrichtungen zwölf Variablen, mit denen die Faktorenanalysen durchgeführt werden. Für alle Variablen der verbleibenden Korrelations-

matrix zusammen ist dann  $MSA = 0,73$  ( $n = 33$ ). Für die ambulanten Pflegeeinrichtungen werden zwei Faktoren extrahiert. Diese lassen sich interpretieren als allgemeine Standards und als besondere Standards. Die allgemeinen Standards werden bestimmt durch diese Variablen:

- Existenz eines expliziten und ausformulierten Konzepts zur Qualitätssicherung oder zum Pflegequalitätsmanagement
- Umsetzung von Standards: Rücksicht auf Bedürfnisse und den Lebensgewohnheiten der Klientinnen
- Umsetzung von Standards: Förderung der sozialen Teilnahme durch Nutzen von Angeboten externer Dienste und von Angeboten in der örtlichen Gemeinde
- Existenz eines Leitbilds ‚gute Pflege‘

Die dominierenden Variablen der besonderen Standards sind:

- Formulierung von Datenschutzvorgaben
- Existenz eines Verfahrens für das Beschwerdemanagement
- Existenz eines Verfahrens zur Einführung neuer Mitarbeiterinnen

Diese Variablen werden nun jeweils zu standardisierten Summenindizes (Wertebereich [0;1]) kombiniert. Nach Zuweisung der Indizes zu allen Fällen des klientinnenspezifischen Datensatzes nach der jeweiligen Einrichtungszugehörigkeit liegen für ambulant versorgte Klientinnen folgende gültige Variablen zum Managementkonzept vor:

**Tabelle 39: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zum Managementkonzept (ambulant versorgte Klientinnen)**

Indikator	DE	EST	FIN	GB	SWE
Allgemeine Standards	117	88	34	0	48
Besondere Standards	117	88	34	0	48

Ein Vergleich dieser Tabelle mit der Gesamtverteilung der Klientinnen auf die nationalen Teildatensätze (Tabelle 16, S. 194) zeigt, dass die Managementkonzept-Indikatoren für alle deutschen und alle schwedischen Klientinnen vorliegen. Hingegen liegen die Managementindikatoren nur für 68% der estnischen, 14% der finnischen und für 0% der britischen Klientinnen in ambulanter Versorgung vor. Da alle Managementvariablen gemeinsam imputiert wurden (mit Ausnahme einzelner Variablen zu den Einrichtungsressourcen), betrifft dies neben den Indikatoren zum Managementinput in gleicher Weise auch die anderen Indikatoren, die aus der Managementbefragung gebildet werden. Neben dem gänzlichen Fehlen von Managementinformationen im britischen Teildatensatz enthält somit vor allem der finnische Teildatensatz derart große Lücken, dass viele der Analysen zum Zusammenhang zwischen dem Managementinput und der Dokumentationsqualität nicht möglich sind.

Auch für die stationären Einrichtungen verbleiben nach Ausschluss aller Variablen mit  $MSA < 0,5$  zwölf Variablen. Für alle Variablen der verbleibenden Korrelationsmatrix zusammen ist  $MSA = 0,69$  ( $n = 28$ ). Auch hier werden zwei Faktoren extrahiert, die als allgemeines Managementkonzept und als Konzepte der sozialen Beziehungen interpretiert werden. Die Variablen, die das allgemeine Managementkonzept beschreiben, sind:

- Umsetzung von Standards: Unterstützung der Autonomie und Selbstständigkeit der Klientinnen
- Umsetzung von Standards: Regelmäßige Evaluation von gesetzten Pflegezielen
- Umsetzung von Standards: Regelmäßige Prüfung der Lebens- und Wohnbedingungen der Klientinnen

- Existenz eines Leitbilds ‚gute Pflege‘
- Existenz eines Verfahrens für das Beschwerdemanagement
- Existenz eines Verfahrens zur Einführung neuer Mitarbeiterinnen

Die Variablen, welche die Konzepte der sozialen Beziehungen bilden, sind:

- Umsetzung von Standards: Rücksicht auf Bedürfnisse und den Lebensgewohnheiten der Klientinnen
- Umsetzung von Standards: Die Klientinnen haben eine für sie verantwortliche Bezugspflegeperson
- Umsetzung von Standards: Förderung der sozialen Teilnahme durch Nutzung von Angeboten externer Dienste und von Angeboten in der örtlichen Gemeinde
- Umsetzung von Standards: Einbeziehung von informellen Hilfspersonen in Pflegeplanung und -durchführung

Auch diese beiden Konzeptindikatoren werden als standardisierte Summenindizes berechnet und allen Klientinnen in stationärer Versorgung nach ihrer Einrichtungszugehörigkeit zugeordnet. Damit liegen für folgende Fälle Indikatoren zum Managementkonzept vor:

**Tabelle 40: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zum Managementkonzept (stationär versorgte Klientinnen)**

Indikator	DE	EST	FIN	GB	SWE
Allgemeine Standards	149	138	64	0	138
Soziale Beziehungen	149	138	64	0	138

Der Vergleich dieser Tabelle mit der Gesamtverteilung der Klientinnen auf die nationalen Teildatensätze (Tabelle 16, S. 194) zeigt, dass die Managementkonzept-Indikatoren lediglich für die estnischen Klientinnen vollständig vorliegen. Hingegen sind die Managementindikatoren nur für 88% der deutschen, 42% der finnischen, 0% der britischen und für 83% der schwedischen Klientinnen in stationärer Versorgung verzeichnet. Da mit Ausnahme einzelner Variablen zu den Einrichtungsressourcen alle Managementvariablen einer gemeinsamen Imputation unterzogen wurden, betrifft dies neben den Indikatoren zum Managementinput in gleicher Weise auch die anderen Indikatoren, die aus der Managementbefragung gebildet werden. Wie bereits im Teildatensatz aus dem ambulanten Bereich gilt somit, dass neben dem gänzlichen Fehlen von Managementinformationen im britischen Teildatensatz vor allem der finnische Teildatensatz derart große Lücken enthält, dass viele der Analysen zum Zusammenhang zwischen dem Managementinput und der Dokumentationsqualität nicht möglich sind.

## (2) Von der Managerin eingeführte Verfahren (Verf)

Zu den von der Managerin eingeführten Verfahren (*Verf*) enthält die Managementbefragung sieben Variablen (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen). Auch diese werden einer Faktorenanalyse unterzogen. Weder im Teildatensatz der ambulanten noch in dem der stationären Einrichtungen müssen dabei Variablen als ungeeignet für die Faktorenanalyse ( $MSA < 0,5$ ) ausgeschlossen werden. Für alle Variablen der Korrelationsmatrix zusammen ist  $MSA = 0,75$  ( $n = 33$ ). Extrahiert wird ein Faktor, auf den alle Verfahrensvariablen hoch laden:

- Präventionsverfahren: Dekubitus
- Präventionsverfahren: Pneumonie
- Präventionsverfahren: Thrombose
- Präventionsverfahren: Sturz

- Präventionsverfahren: Exsikkose
- Präventionsverfahren: Unter-/Fehlernährung
- Schmerzmanagement

Aus diesen Variablen wird ein standardisierter Summenindex als Indikator für die im ambulanten Bereich von der Managerin eingeführten Verfahren ermittelt und allen Klientinnen in ambulanter Versorgung nach ihrer Einrichtungszugehörigkeit zugeordnet. Da die Variablen zu den Verfahren aus der Managementbefragung zusammen mit den Variablen zum Managementkonzept imputiert wurden, liegen sie für dieselben Klientinnen vor (vgl. Tabelle 39, S. 213).

Die Faktorenanalyse für den stationären Bereich berücksichtigt die Verfahrensvorgaben von  $n = 28$  Managerinnen. Für alle Variablen der Korrelationsmatrix zusammen ist  $MSA = 0,78$ . Es ergeben sich zwei Faktoren, die in Übereinstimmung mit der Interpretation im Forschungsprojekt Care Keys als medizinische Verfahren und als pflegerische Verfahren interpretiert werden. Die eher medizinischen Verfahren sind:

- Präventionsverfahren: Dekubitus
- Präventionsverfahren: Pneumonie
- Präventionsverfahren: Thrombose
- Präventionsverfahren: Exsikkose

Die eher pflegerischen Verfahren sind:

- Präventionsverfahren: Sturz
- Präventionsverfahren: Unter-/Fehlernährung
- Schmerzmanagement

Aus diesen Variablen werden wiederum zwei standardisierte Summenindizes als Indikatoren für die im stationären Bereich von der Managerin eingeführten Verfahren ermittelt und allen Klientinnen in stationärer Versorgung nach ihrer Einrichtungszugehörigkeit zugeordnet. Auch hier entspricht die Zahl der Klientinnen, für welche diese Indizes vorliegen, derjenigen Zahl, für die auch die Konzeptindikatoren vorliegen (vgl. Tabelle 40, S. 214).

### **(3) Einrichtungsressourcen (ERes)**

Zu den Einrichtungsressourcen (*ERes*) als dritte Art des Managementinputs liegen lediglich Einzelvariablen vor. Diese unterscheiden sich zudem teilweise zwischen der Managementbefragung im ambulanten und im stationären Bereich. Für den ambulanten Bereich stehen folgende beide Variablen zur Verfügung:

- Ausstattung der Mitarbeiterinnen mit Sachmitteln (z.B. Pflegematerial, Pflegegeräte)
- Zugang der Mitarbeiterinnen zur E-Mail-Kommunikation

Die Variable zur Ausstattung der Mitarbeiterinnen mit Sachmitteln wird nur in der Befragung der Managerinnen des ambulanten Bereichs verwendet und daher nicht in das Imputationsverfahren einbezogen. Aus diesem Grund liegt sie in einigen nationalen Teildatensätzen für einige Klientinnen weniger vor als die anderen Managementindikatoren des ambulanten Bereichs (vgl. Tabelle 39, S. 213). Aus der Managementbefragung im stationären Bereich kann lediglich die Variable „Zugang der Mitarbeiterinnen zur E-Mail-Kommunikation“ verwendet werden. Da diese Variable dem Imputationsvorgang unterzogen werden konnte, kann sie allen Klientinnen zugeordnet werden, für die auch die Indikatoren zu den Managementkonzepten

und zu den von der Managerin vorgegebenen Verfahren berechnet werden können (vgl. Tabelle 40, S. 214).

#### **(4) Kooperationskonzept (KoopK)**

Zum Kooperationskonzept (*KoopK*) wurden den Managerinnen insgesamt neun Fragen gestellt (ambulanter und stationärer Bereich). Wie auch für die Indikatorbildung zum Managementkonzept und zu den Verfahren werden diese einer Faktorenanalyse unterzogen. Im Teildatensatz aus dem ambulanten Bereich muss eine Variable als ungeeignet für die Faktorenanalyse entfernt werden ( $MSA < 0,5$ ). Für alle Variablen der Korrelationsmatrix zusammen ist  $MSA = 0,72$  ( $n = 33$ ). Die Faktorenanalyse ergibt zwei Faktoren, die analog zum Vorgehen im Forschungsprojekt Care Keys als Konzept für medizinische Kooperationspartnerinnen und als Konzept für soziale Kooperationspartnerinnen interpretiert werden. Diese Faktoren ergeben sich ähnlich auch bei der Faktorenanalyse für den stationären Bereich ( $MSA = 0,92$ ,  $n = 28$ ). Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden die Indikatoren zum Kooperationskonzept im Forschungsprojekt Care Keys für den ambulanten und stationären Bereich gleich gebildet. Dieses Vorgehen wird auch hier übernommen; die bei der Faktorenanalyse über die Variablen des Teildatensatzes des ambulanten Bereichs als ungeeignet ausgeschlossene Variable wird dabei wieder aufgenommen. Der Indikator für das Konzept zur Kooperation mit medizinischen Partnerinnen wird aus folgenden Variablen gebildet:

- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: niedergelassene Ärztinnen
- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Krankenhäuser
- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Rehabilitationstherapeutinnen und -einrichtungen

Der Indikator für das Konzept zur Kooperation mit sozialen Partnerinnen wird aus diesen Variablen gebildet:

- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Informelle bzw. Angehörige
- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Andere Einrichtungen des Pflegewesens
- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Anbieter anderer pflegebezogener Dienste
- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Betreuungsstellen, Gerichte
- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Finanzierende Träger, Versicherungen, Gemeinden, Eigentümer
- Berücksichtigung im Qualitätsmanagement: Örtliche Vereine, Gemeinschaften und Selbsthilfe-Organisationen

Beide Indikatoren werden auch hier als standardisierte Summenindizes gebildet und allen Klientinnen zugeordnet. Da die verwendeten Variablen allesamt zusammen mit den anderen Variablen der Managementbefragung imputiert wurden, liegen die Indizes zum Kooperationskonzept für die gleiche Zahl von Klientinnen vor wie diejenigen zum Managementkonzept (vgl. Tabelle 39, S. 213 für den ambulanten und Tabelle 40, S. 214 für den stationären Bereich).



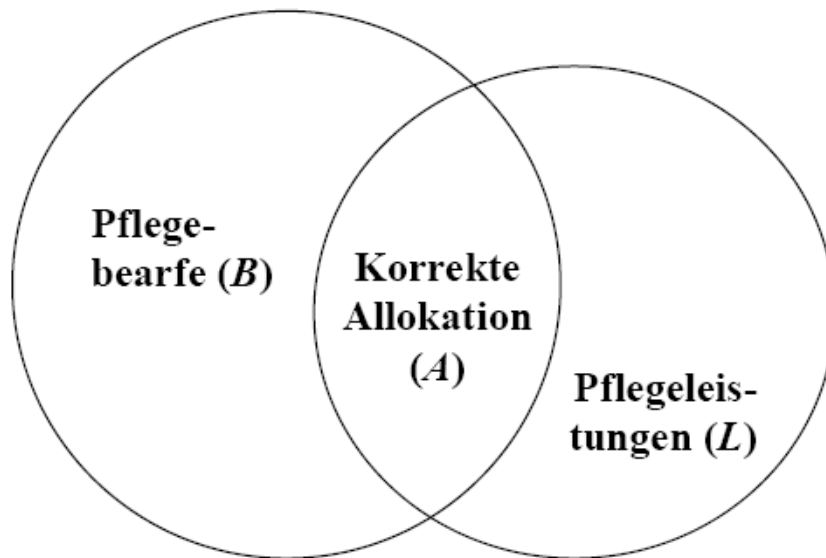
## 6.5.2 Effektivität, Effizienz und klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit

Ging es im vorangegangenen Abschnitt mit den Indikatoren zum Managementinput um mögliche Voraussetzungen für eine gute Dokumentationsqualität, so dienen die nachfolgenden Indikatoren zur Untersuchung, welchen Nutzen die Pflegedokumentation für den Pflegeoutput haben kann. Hierfür werden Indikatoren zur Effektivität (*Effekt*) und Effizienz (*Effiz*) sowie zur klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit (*KRes*) ermittelt. Diese drei Indikatoren wurden während des Projekts Care Keys als eine von vier Säulen für die pflegebezogene Lebensqualität untersucht (Vaarama 2007a). Eine ausführliche Beschreibung der Algorithmen, die zu den drei Konzepten führen, findet sich in Heislbetz et al. (2007). Auf die Darstellung der Rechenwege wird daher im Folgenden weitgehend verzichtet. Die Erläuterungen hier dienen lediglich dem Verständnis der im Einzelnen ermittelten Kennzahlen.

Hinter den drei Konzepten zur Effektivität und Effizienz der Pflege sowie zur klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit steht die Frage, inwieweit die Pflegebedarfe einer Klientin mit den Pflegeleistungen übereinstimmen. Der Begriff der Pflegebedarfe wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich in Abgrenzung vom engen Pflegebedürftigkeitsbegriff des deutschen Pflegeversicherungsrechts (SGB XI) verwendet (vgl. die Diskussion hierzu in Abschnitt 7.4.4). In die Entwicklung der Methoden zur Feststellung der pflegerischen Effektivität, Effizienz und Ressourcenverfügbarkeit während des Projekts Care Keys wurden – auf der Basis einer pflegewissenschaftlichen Perspektive – als „Needs“ neben den körperbezogenen Bedarfen der physisch/funktionalen Pflegedimension auch jene Bedarfe mit einbezogen, die den psychischen, sozialen und umweltbezogenen Pflegedimensionen zuzuordnen sind. Einen Überblick über die Dimensionen und Bereiche dieses Pflegebedarfs-Begriffs enthält Tabelle 1 (S. 17). Dieser Pflegebedarfsbegriff führt dazu, dass bei den deutschen Klientinnen, deren *Pflegebedürftigkeit* im gesetzlichen Sinne des SGB XI voll befriedigt ist, nicht notwendigerweise auch eine perfekte *Pflegebedarfsbefriedigung* vorliegt. Da die Bedarfsbefriedigung jenseits des gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis schwierig zu finanzieren ist, ist sogar zu erwarten, dass eine zusätzliche Dokumentation von Pflegebedarfen und -leistungen außerhalb des rechtlich Vorgesehenen zur Messung einer (insgesamt) geringeren Bedarfsbefriedigung führt. Dieser Zusammenhang kann empirisch tatsächlich nachgewiesen werden (vgl. Abschnitt 7.4.4).

Die Pflege ist in diesem Sinne dann vollkommen effektiv, wenn alle erkannten Pflegebedarfe befriedigt werden, d.h. kein Pflegebedarf unversorgt bleibt. Die Pflege ist außerdem dann vollkommen effizient, wenn ausschließlich Pflegeleistungen erbracht werden, die von der betreffenden Klientin auch benötigt werden, d.h. keine Pflegeleistungen ohne Bedarf erbracht werden. Eine perfekte klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit schließlich herrscht dann, wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen genau ausreichen, die bestehenden Bedarfe zu decken, d.h. wenn weder Unter- noch Überversorgung herrscht. Folgende Abbildung verdeutlicht dieses Prinzip:

**Abbildung 27: Vergleich von Pflegebedarfen und -leistungen zur Ermittlung der Effektivität, Effizienz und der klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit in der Pflege**



Quelle: Heislbetz et al. 2007, S. 238.

In der Abbildung wird die Effektivität der Pflege dargestellt als der Anteil an den Pflegebedarfen, der durch Pflegeleistungen abgedeckt ist. Dieser Anteil ist umso größer, je weiter sich Pflegebedarfe und -leistungen überschneiden. Dieser Überschneidungsbereich entspricht den korrekt allozierten Pflegeleistungen. Der durch korrekt alloziierte Leistungen abgedeckte Bedarfanteil (die Effektivität) wird durch folgenden Quotienten ausgedrückt:

$$\text{Effekt} = \frac{A}{B} \in [0;1].$$

Dabei stellt  $A$  die korrekt allozierten Leistungen dar (Pflegeleistungen, die bestehende Pflegebedarfe befriedigen; Überschneidungsbereich von Pflegebedarfen und -leistungen) sowie  $B$  die Pflegebedarfe der jeweiligen Klientin. Der Anteil der korrekt allozierten Leistungen an allen Pflegeleistungen beschreibt die Effizienz, ausgedrückt durch den Quotienten

$$\text{Effiz} = \frac{A}{L} \in [0;1].$$

In der obigen Abbildung entspricht die Effizienz dem Anteil des Überschneidungsbereichs an allen Pflegeleistungen. Die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit schließlich entspricht einem Vergleich des Bedarfs- sowie Leistungsumfangs. Sind Bedarf und Leistung exakt gleich groß (in der Abbildung durch zwei genau gleich große Kreise symbolisiert), so reichen die Leistungen gerade aus, um alle Bedarfe befriedigen zu können – vorausgesetzt, alle Leistungen werden korrekt alloziiert. D.h. die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit gibt an, inwiefern bei angemessener Ressourcenverwendung die Bedarfe der Klientin befriedigt werden können. Sie entspricht dem Quotienten

$$\text{KRes} = \frac{\text{Effekt}}{\text{Effiz}} = \frac{L}{B} \in [0;\infty).$$

Bei der Berechnung der Indikatoren zur Effektivität, Effizienz und zur klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit werden die Bedarfs- und Leistungsvariablen aus der Auswertung der Pflegedokumentationen verwendet, die auch schon zur Berechnung der Indikatoren zur Dokumentationsqualität Verwendung fanden. Diese Bedarfs- und Leistungsvariablen sind hinsichtlich der vier zugrunde gelegten Pflegedimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch differenziert.

Im Unterschied zur Berechnung der Effektivitäts-, Effizienz- und Ressourcenverfügbarkeitsindikatoren für das Forschungsprojekt Care Keys können für diese Variablen beim vorliegenden Datensatz jedoch Datenlücken nicht imputiert werden. Der Grund hierfür liegt darin, dass bei der Zusammenstellung des hier verwendeten Datensatzes weniger Klientinnen wegen zu großer Datenlücken ausgeschlossen können. Wie in Abschnitt 6.3 beschrieben, werden zwar einige Fälle ausgeschlossen, deren Dokumentationsdaten derart lückenhaft sind, dass von einer unsachgemäßen Durchführung der Datenerhebung ausgegangen werden muss. Im Übrigen werden aber alle Fälle mit sehr vielen fehlenden Dokumentationsdaten im Datensatz belassen. Schließlich verlangt die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage ausdrücklich den Einschluss auch derjenigen Fälle, die eine sehr lückenhafte Dokumentation aufweisen. Dies hat allerdings zur Konsequenz, dass eine Imputation der Bedarfs- und Leistungsvariablen sehr häufig zu unbrauchbaren Ergebnissen führt (d.h. zu Werten außerhalb des definierten Bereichs). Um die Indikatoren zur Effektivität, Effizienz und Ressourcenverfügbarkeit dennoch für eine möglichst große Zahl von Fällen berechnen zu können, wird stattdessen das ebenfalls bei Heislbetz et al. (2007, S. 243ff.) beschriebene Verfahren der Interpolation von Datenlücken bei der dimensionsweisen Aggregation der Einzelvariablen herangezogen. Die Mindestzahl von Variablen pro Dimension wird mit 1/3 festgelegt. Der Nachteil dieses Verfahrens der Interpolation von Datenlücken liegt in einer größeren Streuung der berechneten Indikatoren im Vergleich zur Berechnung dieser aus imputierten Daten (ebd., S. 244, FN). Diese größere Streuung wirkt konservativ auf die Ergebnisse der Zusammenhangsmessungen zwischen der Dokumentationsqualität und der Effektivität, der Effizienz und der Ressourcenverfügbarkeit. D.h. bei diesen Untersuchungen ergeben sich tendenziell seltener signifikante Zusammenhänge.

Die Indikatoren zur Effektivität, Effizienz und klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit werden ebenso wie die Indikatoren zur Dokumentationsqualität für die vier zentralen Pflegedimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch differenziert berechnet. Sie können für folgende ambulant versorgte Klientinnen ermittelt werden:

**Tabelle 41: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Effektivität der Pflege	DE	EST	FIN	GB	SWE
Dimension Sozial	37	37	104	89	33
Dimension Physisch/funktional	110	61	228	90	45
Dimension Umwelt	75	31	220	101	46
Dimension Psychisch	60	35	186	18	23

Vergleicht man die in der Tabelle aufgelisteten gültigen Werte der Indikatoren zur Effektivität mit der Gesamtzahl der im Datensatz berücksichtigten ambulant versorgten Klientinnen (Tabelle 16, S. 194), so erkennt man zweierlei: Zum einen schwankt die Zahl der berechenbaren Indikatoren stark mit der Pflegedimension. Für Dimensionen, die sich durch eine besonders lückenhafte Bedarfs- oder Leistungsdokumentation auszeichnen, sind auch die Effektivitätsindikatoren seltener zu ermitteln (vgl. den in Abschnitt 7.4.1 vorgenommenen Ländervergleich der Dokumentationsqualität, insbesondere Abbildung 30, S. 261 sowie Abbildung 32,

S. 263). Dies betrifft vor allem die Pflegedimensionen Sozial und Psychisch. Hinzu kommt, dass die Zahl der nicht berechenbaren Indikatoren stark von Untersuchungsland zu Untersuchungsland schwankt. Während beispielsweise für Estland der Effektivitätsindikator der Dimension Sozial nur für 28% der 130 Klientinnen berechnet werden kann, liegt dieser Anteil bei den britischen und schwedischen Klientinnen immerhin bei jeweils mehr als zwei Drittel.

**Tabelle 42: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Effektivität der Pflege	DE	EST	FIN	GB	SWE
Dimension Sozial	96	5*	134	107	135
Dimension Physisch/funktional	161	96	154	123	167
Dimension Umwelt	122	1*	154	102	167
Dimension Psychisch	105	41	133	62	160

\*) Wegen der geringen Zahl von Fällen werden zwischen der Dokumentationsqualität und diesen Indizes keine Zusammenhänge analysiert.

Auch im stationären Bereich bestätigt die Zahl der berechenbaren Indikatoren die Ergebnisse zur Vollständigkeitsmessung der Dokumentationen (vgl. auch hierzu die Ergebnisse des Ländervergleichs der Dokumentationsqualität in Abschnitt 7.4.1, Abbildung 31, S. 261 und Abbildung 33, S. 263). Dabei fällt erneut die extrem lückenhafte Dokumentation für die estnischen Klientinnen stationärer Einrichtungen in den Dimensionen Sozial und Umwelt auf, die es unmöglich macht, die Effektivitätsindizes dieser Dimensionen in den Zusammenhangsanalysen mit den Dokumentationsqualitätsindizes zu berücksichtigen.

Da die Indikatoren zur Effizienz und zur klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit ebenso wie die Indikatoren zur Effektivität auf den aus den Pflegedokumentationen gewonnenen Variablen zu den Pflegebedarfen und zur Pflegedurchführung beruhen, ist die Zahl der gültigen Messergebnisse weitgehend identisch. Die Aussagen zur Häufigkeit der ermittelbaren Effektivitätsindikatoren gelten somit auch für die Effizienz- und Ressourcenverfügbarkeitsindikatoren. Auf eine Wiedergabe der entsprechenden Häufigkeitstabellen wird daher an dieser Stelle verzichtet.

### 6.5.3 Dokumentierte Pflegequalität

Zusammen mit den Daten, die aus den Pflegedokumentationen zu den Pflegebedarfen und zur Pflegedurchführung erhoben wurden, wurden die Datenerheberinnen gebeten, anhand der Dokumentation ein Urteil über die Pflegequalität abzugeben. Das im Folgenden zur Ermittlung von Indikatoren zur dokumentierten Pflegequalität angewandte Verfahren orientiert sich am Vorgehen beim Forschungsprojekt Care Keys (vgl. Pieper et al. 2007b, S. 264). Da der gegenwärtige Datensatz jedoch anders zusammengestellt ist, weicht die empirische Performanz geringfügig ab. Als Grundlage für diese externe Evaluation aus den Pflegedokumentationen während des Care-Keys-Projekts dienten neunzehn Einzelvariablen, die jeweils mit ja bzw. nein zu bewerten waren. Diese Variablen wurden im ambulanten und im stationären Bereich gleichermaßen eingesetzt:

**Tabelle 43: Variablen zur Beurteilung der Pflegequalität aus professioneller Perspektive anhand der Pflegedokumentationen (ambulant und stationär versorgte Klientinnen)**

Nr.	Variablenbeschreibung
1	Dokumentation umfasst Bedarfserhebung, Planung/Setzung von Zielen, Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, und eine Pflegeevaluation
2	Pflegeplan umfasst Informationen über anzuwendende Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen sowie Zeiten und Häufigkeit ihrer Anwendung
3	Pflegeplan verzeichnet Maßnahmen zur Förderung der Klientinnenressourcen
4	Pflegerische Aktivitäten, welche die Klientin selbst übernimmt, werden von jenen unterschieden, bei denen die Hilfe durch die Pflegeperson erforderlich ist
5	Regelmäßige (monatliche) Pflegeevaluationen unter Beteiligung der Klientin
6	Regelmäßige (monatliche) Pflegeevaluation berücksichtigt Wünsche und Lebensgewohnheiten der Klientin
7	Pflegeplan berücksichtigt Ziele in allen relevanten Pflegedimensionen
8	Pflegeplan weist Prophylaxen als (nicht) notwendig aus
9	Pflegeplan wird bei Statusveränderungen oder zumindest alle drei Monate aktualisiert
10	Regelmäßige (monatliche) Evaluation der notwendigen Prophylaxen
11	Auswertung der Erreichung der Pflegeziele in allen relevanten Pflegedimensionen
12	Pflegeplan berücksichtigt (Nicht-)Bedarf an externen Ressourcen
13	Pflegebericht verzeichnet (Nicht-)Inanspruchnahme externer Ressourcen
14	Pflegeplan verzeichnet Einbeziehung informeller Helferinnen
15	Pflegeplan beinhaltet Strategien und Methoden der Teamarbeit
16	Dokumentation enthält Hinweise auf Teamarbeit, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten unter Beteiligung einer Bezugspflegeperson
17	Dokumentation enthält Hinweise auf Einbeziehung informeller Helferinnen durch regelmäßige Kontakte
18	Regelmäßige Evaluation der adäquaten Einbindung informeller Helferinnen
19	Der Dokumentation kann die kooperierende Ärztin entnommen werden

Einige dieser Variablen zielen direkt auf die Pflegedokumentation als Element einer guten Pflegequalität aus professioneller Sicht (v.a. Nr. 1, 5 und 10). Diese Variablen stellen insofern eine zusätzliche Beurteilung der Dokumentationsqualität zu den unter 6.4 berechneten Indikatoren dar. Bereits aus dieser Tatsache ist ein positiver Zusammenhang zwischen der gemessenen Dokumentationsqualität und den dokumentationsbezogenen Variablen zur professionellen Pflegequalität zu erwarten. Dies wird bei der Interpretation der Zusammenhangsmessungen in Abschnitt 7.2.4 zu berücksichtigen sein.

Die Bereinigung der Variablen zur dokumentierten Pflegequalität um evtl. enthaltene Datenfehler erfolgt analog zu dem in Abschnitt 6.3 für die Dokumentationsdaten beschriebenen Vorgehen. Erkannt werden auch hier – jeweils für Einzelfälle – mehrere Inhaltsfehler in Form nicht definierter Daten. Hinter einigen dieser Fehler verbergen sich offensichtliche Eingabefehler, die nachträglich korrigiert werden können. In anderen Fällen hingegen ist der beabsichtigte Wert nicht mehr ermittelbar. Diese Daten müssen gelöscht werden.

Auch die Variablen zur dokumentierten Pflegequalität sind relativ gering durch itemspezifische Ausfallfehler belastet. Um sie jedoch in multivariaten Analysen verwenden zu können, ist eine Imputation der fehlenden Fälle unumgänglich. Diese erfolgt auch hier gemeinsam für die Fälle in ambulanter und stationärer Versorgung mittels des entsprechenden SPSS-Verfahrens (EM-Imputation). Die Imputation wird jedoch nur bei Fällen mit mindestens 60% gültigen Variablen vorgenommen.

Um die neunzehn Variablen inhaltlich zu Indikatoren der Pflegequalität aus professioneller Sicht zusammenfassen zu können, werden sie Faktorenanalysen unterzogen. Hierbei wird das gleiche Verfahren angewandt, wie unter 6.5.1 für die Daten aus der Managementbefragung beschrieben. Im Unterschied zum Vorgehen dort wird die Faktorenanalyse nun jedoch konfirmativ durchgeführt. Unterstellt werden dabei die vier Qualitätsdimensionen des Metaqualitätsmodells (vgl. unter 2.2). In der Perspektive der professionellen Pflegerin lauten diese vier Dimensionen: Pflegekonzept, Verfahren, Personale und materiale Ressourcen sowie Teamzusammenarbeit und Betriebsklima. Um diese vier Dimensionen nachvollziehen zu können, wird die Zahl der in der Faktorenanalyse zu unterscheidenden Faktoren mit 4 voreingestellt. Die Faktorenanalysen erfolgen getrennt für die Klientinnen in ambulanter und stationärer Versorgung. Weder bei der Faktorenanalyse im ambulanten noch bei der im stationären Bereich weist einer der jeweils vier differenzierten Faktoren einen Eigenwert von weniger als 1 auf. Außerdem müssen in keinem der beiden Fälle Variablen als ungeeignet für die Faktorenanalyse ( $MSA < 0,5$ ) entfernt werden.

Die Faktorenanalyse über die im ambulanten Bereich erhobenen Daten berücksichtigt  $n = 498$  Fälle. Die Korrelationsmatrix erweist sich mit  $MSA = 0,80$  als sehr gut geeignet für dieses Verfahren. Die vier extrahierten Faktoren können relativ gut den vier unterstellten Qualitätsdimensionen zugeordnet werden. Besonders hoch ladende Faktoren sind dabei:

**Tabelle 44: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (ambulant versorgte Klientinnen)**

Dimensionale Interpretation	Besonders hoch ladende Variablen
Klientinnenorientierung	Regelmäßige (monatliche) Pflegeevaluationen unter Beteiligung der Klientin Regelmäßige (monatliche) Pflegeevaluation berücksichtigt Wünsche und Lebensgewohnheiten der Klientin Pflegeplan wird bei Statusveränderungen oder zumindest alle drei Monate aktualisiert
Verfahren	Dokumentation umfasst Bedarfserhebung, Planung/Setzung von Zielen, Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen und eine Pflegeevaluation Pflegeplan umfasst Informationen über anzuwendende Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen sowie Zeiten und Häufigkeit ihrer Anwendung Pflegeplan verzeichnet Maßnahmen zur Förderung der Klientinnenressourcen Pflegerische Aktivitäten, welche die Klientin selbst übernimmt, werden von jenen unterschieden, bei denen die Hilfe durch die Pflegeperson erforderlich ist Pflegeplan weist Prophylaxen als (nicht) notwendig aus
Umwelt	Pflegeplan berücksichtigt (Nicht-)Bedarf an externen Ressourcen Pflegebericht verzeichnet (Nicht-)Inanspruchnahme externer Ressourcen Dokumentation enthält Hinweise auf Einbeziehung informeller Helferinnen durch regelmäßige Kontakte Regelmäßige Evaluation der adäquaten Einbindung informeller Helferinnen
Kooperation/ Team	Pflegeplan beinhaltet Strategien und Methoden der Teamarbeit Dokumentation enthält Hinweise auf Teamarbeit, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten unter Beteiligung einer Bezugspflegerperson Dokumentation kann kooperierende Ärztin entnommen werden

Die klientinnenspezifischen Ladungen der extrahierten Faktoren werden gespeichert und in den Zusammenhangsuntersuchungen mit der Pflegedokumentationsqualität als Repräsentan-

ten der dokumentierten Pflegequalität aus Professionssicht verwendet. Wie der nachfolgenden Tabelle entnommen werden kann, liegen nicht für alle Klientinnen des in ambulanten Einrichtungen erhobenen Datensatzes gültige Werte vor. Da in die Imputation, die der Faktoranalyse vorausging, nur Fälle mit mindestens 60% gültigen Einzelvariablen aufgenommen wurden, fehlt je nach nationalem Teildatensatz eine mehr oder weniger große Zahl von Klientinnen. Vergleicht man die gültigen Fälle mit der jeweiligen Gesamtzahl der Klientinnen (Tabelle 16, S. 194) so erkennt man einen besonders hohen Ausfall im estnischen, schwedischen und im deutschen Teildatensatz. Für die finnischen und britischen Klientinnen liegen die Indikatoren hingegen fast komplett vor:

**Tabelle 45: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur dokumentierten Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Dokumentierte Pflegequalität	DE	EST	FIN	GB	SWE
Alle vier Qualitätsdimensionen	85	40	226	129	18

In die Faktorenanalyse für den stationären Bereich gehen dieselben neunzehn Variablen ein wie bei der für den ambulanten Bereich. Die Korrelationsmatrix eignet sich gut für die Faktorenanalyse ( $MSA = 0,79$ ); keine Einzelvariable weist ein  $MSA < 0,5$  auf. In die Faktorenanalyse gehen  $n = 598$  Fälle mit jeweils mindestens 60% gültigen Variablen zur dokumentierten Pflegequalität ein. Mittels der konfirmatorischen Faktoranalyse werden vier Faktoren extrahiert, die alle einen Eigenwert größer 1 aufweisen. Auch diese vier Faktoren können relativ gut im Sinne der vier Qualitätsdimensionen interpretiert werden. Besonders hoch ladende Faktoren sind dabei:

**Tabelle 46: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (stationär versorgte Klientinnen)**

Dimensionale Interpretation	Besonders hoch ladende Variablen
Klientinnenorientierung	Dokumentation umfasst Bedarfserhebung, Planung/Setzung von Zielen, Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, und eine Pflegeevaluation Pflegeplan berücksichtigt Ziele in allen relevanten Pflegedimensionen Auswertung der Erreichung der Pflegeziele in allen relevanten Pflegedimensionen
Verfahren	Pflegeplan umfasst Informationen über anzuwendende Pflege- und Unterstützungsmaßnahmen sowie Zeiten und Häufigkeit ihrer Anwendung Pflegeplan verzeichnet Maßnahmen zur Förderung der Klientinnenressourcen Pflegerische Aktivitäten, welche die Klientin selbst übernimmt, werden von jenen unterschieden, bei denen die Hilfe durch die Pflegeperson erforderlich ist Pflegeplan weist Prophylaxen als (nicht) notwendig aus
Umwelt	Regelmäßige (monatliche) Pflegeevaluation berücksichtigt Wünsche und Lebensgewohnheiten der Klientin Pflegeplan berücksichtigt (Nicht-)Bedarf an externen Ressourcen Pflegebericht verzeichnet (Nicht-)Inanspruchnahme externer Ressourcen Dokumentation enthält Hinweise auf Einbeziehung informeller Helferinnen durch regelmäßige Kontakte
Kooperation/ Team	Pflegeplan verzeichnet Einbeziehung informeller Helferinnen Pflegeplan beinhaltet Strategien und Methoden der Teamarbeit Dokumentation enthält Hinweise auf Teamarbeit, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten unter Beteiligung einer Bezugspflegeperson

Auch für diese vier Faktoren werden die klientinnenspezifischen Faktorladungen als Repräsentanten der vier Dimensionen der dokumentierten Pflegequalität aus professioneller Sicht gespeichert. Da auch hier nur Fälle mit mindestens 60% gültigen Variablen im Imputationsverfahren (und damit auch in der Faktorenanalyse) aufgenommen wurden, weisen einige nationale Teildatensätze Datenlücken auf. Besonders hoch sind diese Ausfälle auch hier im estnischen Teildatensatz. Moderate Ausfälle finden sich ebenfalls unter den deutschen, schwedischen und britischen Klientinnen:

**Tabelle 47: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur dokumentierten Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen)**

Dokumentierte Pflegequalität	DE	EST	FIN	GB	SWE
Alle vier Qualitätsdimensionen	118	71	154	112	143

#### 6.5.4 Externe Kooperation

Bei der Qualität der externen Kooperation handelt es sich im Gegensatz zu dem bisherigen Output der Effektivität, der Effizienz, der klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit und der dokumentierten Pflegequalität um einen Outputindikator, der dem Managementoutput zugeordnet wird (vgl. Tabelle 2, S. 19). Bei der Erhebung der Care-Keys-Daten war die Qualität der externen Kooperation daher Teil der Befragung der Einrichtungsmanagerinnen. Sie sollten so objektiv wie möglich angeben, inwieweit bei Problemen in der Kooperation eine für beide Seiten akzeptable Lösung gefunden werden kann – und zwar in Bezug auf die dieselben



neun externen Kooperationspartnerinnen, zu der auch schon die eventuelle Existenz eine Kooperationskonzepts erfragt wurde (vgl. unter 6.5.1). Die Managerinnen konnten diese Fragen auf einer vierstufigen ordinalen Skala beantworten. Diese reichte von „Eine akzeptable Lösung zu finden [...] ist nie oder selten möglich“ bis zu „Eine akzeptable Lösung zu finden [...] ist immer oder fast immer möglich“.

Wie schon bei den Indikatoren zu den Voraussetzungen der Pflegedokumentation, die ebenfalls aus der Managementbefragung stammen, orientiert sich die Indikatorbildung zur externen Kooperationsqualität am Vorgehen während des Forschungsprojekts Care Keys (Pieper et al. 2007b, S. 264ff). Grundlage der Indikatorbildung waren zwei Faktorenanalysen unter Verwendung des Datensatzes auf Organisationsebene (getrennt für den ambulanten und den stationären Bereich). Diese werden auch hier nachvollzogen, wiederum unter Verwendung der EM-imputierten Managementvariablen (siehe unter 6.5.1). Von der Faktorenanalyse für den ambulanten Bereich müssen zwei Variablen mangels Eignung für dieses Verfahren ausgeschlossen werden ( $MSA < 0,5$ ). Danach ergibt sich eine befriedigende Eignung der verbleibenden Korrelationsmatrix von  $MSA = 0,68$  ( $n = 33$ ). Unter Anwendung des Eigenwertkriteriums ( $Eigenwert > 1$ ) ergeben sich zwei zu extrahierende Faktoren. Diese lassen sich relativ gut als Kooperationsqualität mit medizinischen sowie mit sozialen und anderen Partnerinnen interpretieren (s.u).

Der Faktorenanalyse für den stationären Bereich liegen  $n = 28$  Pflegeeinrichtungen zugrunde. In diesem Fall muss keine Einzelvariable als ungeeignet für die Faktorenanalyse ausgeschlossen werden. Die Gesamteignung der Korrelationsmatrix ist mit  $MSA = 0,72$  ebenfalls befriedigend. Das Eigenwertkriterium zugrunde legend können hier drei Faktoren differenziert werden. Der Eigenwert des dritten Faktors ist dabei aber nur sehr knapp größer 1. Die ersten beiden Faktoren können wiederum relativ gut als Kooperationsqualität mit medizinischen sowie mit sozialen und anderen Partnerinnen interpretiert werden.

Um nun die Indikatoren zur Qualität der externen Kooperation besser mit denen zum Kooperationskonzept (Managementinput) vergleichbar zu machen, werden diese Indikatoren nun – unter stärkerer Abweichung von den einzelnen Faktorenanalysen – einheitlich gebildet und zwar insofern, als sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich und sowohl beim Kooperationskonzept als auch bei der Kooperationsqualität dieselben Kooperationspartnerinnen zusammengefasst werden. Wie auch aus den anderen Managementvariablen werden die Indikatoren zur externen Kooperationsqualität als Summenindizes gebildet und anschließend allen Klientinnen der jeweiligen Einrichtung einheitlich zugewiesen. Der Indikator zur Kooperationsqualität mit medizinischen Kooperationspartnerinnen setzt sich zusammen aus:

- Externe Kooperationsqualität: niedergelassene Ärztinnen
- Externe Kooperationsqualität: Krankenhäuser
- Externe Kooperationsqualität: Rehabilitationstherapeutinnen und -einrichtungen

Der Indikator zur Kooperationsqualität mit sozialen Partnerinnen wird aus diesen Variablen gebildet:

- Externe Kooperationsqualität: Informelle bzw. Angehörige
- Externe Kooperationsqualität: Andere Einrichtungen des Pflegewesens
- Externe Kooperationsqualität: Anbieter anderer pflegebezogener Dienste
- Externe Kooperationsqualität: Betreuungsstellen, Gerichte
- Externe Kooperationsqualität: Finanzierende Träger, Versicherungen, Gemeinden, Eigentümer
- Externe Kooperationsqualität: Örtliche Vereine, Gemeinschaften und Selbsthilfe-Organisationen

Da die Variablen zur Kooperationsqualität zusammen mit allen anderen Managementvariablen imputiert wurden, liegen diese Indikatoren zu denselben Fällen vor, für die bereits Managementinputindikatoren (zu den Dokumentationsvoraussetzungen) berechnet werden konnten (Tabelle 39, S. 213 sowie Tabelle 40, S. 214). Das dazu Gesagte gilt auch hier.

### 6.5.5 Subjektive Pflegezufriedenheit

Im Unterschied zu den in den vorherigen Abschnitten 6.5.2 bis 6.5.4 ermittelten Indikatoren geht es nun nicht mehr um den Dokumentationsoutput aus der professionellen Sicht der Pflegerin und der Managerin, sondern um das Dokumentationsergebnis aus der Perspektive der Klientin. Hinter der Konstruktion von Indikatoren zur subjektiven Pflegezufriedenheit und zur Lebensqualität (Abschnitt 6.5.6) als Dokumentationsoutcome steht beispielsweise die Erwartung, dass eine Pflegerin mittels einer gut geführten Dokumentation eher in der Lage ist, die Wünsche und Bedürfnisse der Klientin präsent zu haben. Die Dokumentation könnte außerdem dazu beitragen, diese Wünsche und Bedürfnisse in der alltäglichen Pflege zu berücksichtigen, weil beispielsweise die Pflege durch die Dokumentation effektiver gestaltet und knappe Ressourcen optimaler verteilt werden können.

Das im Folgenden zur Ermittlung von Indikatoren zur subjektiven Pflegezufriedenheit angewandte Verfahren orientiert sich am Vorgehen beim Forschungsprojekt Care Keys (vgl. Pieper et al. 2007b, S. 264). Da der gegenwärtige Datensatz jedoch etwas anders zusammengestellt ist, weicht die empirische Performanz leicht ab. Im Datensatz der ambulant versorgten Klientinnen finden sich 23 verwendbare Variablen, die in die Berechnung von Indikatoren zur subjektiven Zufriedenheit mit der Pflege eingehen können. Alle diese Variablen sind ordinal skaliert mit meist fünf Antwortkategorien. Lediglich zu zwei Variablen sind nur drei Antwortausprägungen vorgesehen. In den Daten sind keine Inhaltsfehler erkennbar. Um die Variablen in multivariaten Analyseverfahren nutzbar zu machen, werden sie für alle Klientinnen mit mindestens 60% gültigen antworten EM-imputiert. Die restlichen Fälle werden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. So verbleiben 358 vollständige Fälle.

Um aus den Variablen nun die zentralen Bestimmungsgrößen der subjektiven Pflegezufriedenheit aufzudecken, werden sie einer Faktorenanalyse unterzogen. Diese wird wiederum konfirmatorisch mit einer voreingestellten Zahl von vier Faktoren durchgeführt, da auch hier eine vierdimensionale Qualitätsstruktur unterstellt wird. Angenommen wird, dass sich auch der Outcome aus Klientinnensicht nach denselben Dimensionen differenzieren lässt wie der Output aus der Perspektive der anderen beiden Stakeholder (Pflegerin und Managerin). Die dabei unterschiedenen vier Qualitätsdimensionen aus dem Metamodell der pflegerischen Qualitätsdimensionen (Abschnitt 2.2) lauten: Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch. Eine der ursprünglich 23 Einzelvariablen zur subjektiven Pflegezufriedenheit erweist sich als ungeeignet für die Faktorenanalyse ( $MSA < 0,5$ ). Sie wird entfernt. Die verbleibenden Variablen sind:

**Tabelle 48: Variablen zur subjektiven Pflegezufriedenheit aus der Klientinnenbefragung (ambulant versorgte Klientinnen)**

Nr.	Variablenbeschreibung
1	Versorgung meist durch dieselbe Pflegerin
2	Pflegerinnen halten vereinbarte Termine ein
3	Erbringung der Pflegeleistungen wie vereinbart
4	Pflegerinnen haben ausreichend Zeit
5	Pflegerinnen informieren ausreichend
6	Pflegerinnen tun das, was sie tun, auch <i>gut</i>
7	Pflegerinnen machen das, was Klientin möchte
8	Pflegerinnen verstehen Klientin und ihre Bedürfnisse
9	Pflegerinnen sind ehrlich und vertrauenswürdig
10	Pflegerinnen sind freundlich
11	Würde- und respektvolle Behandlung durch die Pflegerinnen
12	Pflegerinnen haben ein offenes Ohr für Anliegen der Klientin
13	Klientin erhält Mahlzeiten, wann es ihr angenehm ist
14	Mahlzeiten sind nicht zu klein
15	Mahlzeiten sind nicht zu groß
16	Freude am Essen
17	Klientin ist so ordentlich gepflegt, wie sie es möchte
18	Klientin ist so gut und ordentlich gekleidet, wie sie es möchte
19	Klientin kann zu Bett gehen und aufstehen, wann sie möchte
20	Räume der Klientin sind so sauber und ordentlich wie gewünscht
21	Allgemeine Zufriedenheit mit der Pflege
22	Weiterempfehlung des ambulanten Dienstes

Die Korrelationsmatrix der verbleibenden 22 Variablen ist mit  $MSA = 0,90$  hervorragend geeignet für die Faktorenanalyse. Es ergeben sich genau vier Faktoren mit einem Eigenwert größer als 1. Diese vier Faktoren lassen sich im Sinne der vier unterstellten Qualitätsdimensionen interpretieren. Besonders hoch ladende Faktoren sind dabei:

**Tabelle 49: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (ambulant versorgte Klientinnen)**

Dimensionale Interpretation	Besonders hoch ladende Variablen (Auswahl)
Sozial	Versorgung meist durch dieselbe Pflegerin Erbringung der Pflegeleistungen wie vereinbart Pflegerinnen haben ausreichend Zeit Pflegerinnen informieren ausreichend Pflegerinnen haben ein offenes Ohr für Anliegen der Klientin
Physisch/funktional	Klientin erhält Mahlzeiten, wann es ihr angenehm ist Mahlzeiten sind nicht zu klein Mahlzeiten sind nicht zu groß Freude am Essen
Umwelt	Klientin ist so ordentlich gepflegt, wie sie es möchte Klientin ist so gut und ordentlich gekleidet, wie sie es möchte Räume der Klientin sind so sauber und ordentlich wie gewünscht
Psychisch	Pflegerinnen sind ehrlich und vertrauenswürdig Pflegerinnen sind freundlich Würde- und respektvolle Behandlung durch die Pflegerinnen Weiterempfehlung des ambulanten Dienstes

Die klientinnenspezifischen Ladungen der extrahierten Faktoren werden gespeichert und dienen in den Zusammenhangsuntersuchungen mit der Pflegedokumentationsqualität als Repräsentanten der subjektiven Pflegequalität aus Klientinnensicht. Vergleicht man die in der folgenden Tabelle wiedergegebene Zahl von Klientinnen, denen auf diese Weise ein Indikator zur subjektiven Pflegequalität zugewiesen werden kann, mit der Gesamtzahl der ambulant versorgten Klientinnen in den einzelnen nationalen Teildatensätzen (Tabelle 16, S. 194), so erkennt man insbesondere im britischen und finnischen Datensatz recht große Datenlücken:

**Tabelle 50: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur subjektiven Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Subjektive Pflegequalität	DE	EST	FIN	GB	SWE
Alle vier Indikatoren	92	90	122	18	36

Auch die Klientinnen in stationärer Versorgung wurden im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys nach ihrer Pflegezufriedenheit befragt. Der Datensatz enthält hierzu 22 verwendbare Einzelvariablen, die teilweise mit denen aus dem ambulanten Bereich identisch sind, teilweise aber auch nicht. Wie auch bei den im ambulanten Bereich verwendeten Variablen sind meist fünf ordinale Antwortmöglichkeiten vorgesehen. Lediglich zwei Fragen sehen nur drei Antwortalternativen vor. Eine der Variablen weist in einem Fall einen nicht definierten Wert auf. Da in diesem Fall der korrekte Wert nicht rekonstruiert werden kann, wird er gelöscht. Weitere Datenfehler sind nicht erkennbar. Wiederum werden bei allen Variablen Datenlücken EM-imputiert, allerdings auch hier nur für Fälle mit mindestens 60% gültigen Werten. Danach befinden sich im Datensatz 423 Klientinnen mit gültigen Werten zu allen Variablen zur subjektiven Pflegequalität. Eine Variable stellt sich als ungeeignet für die Aufnahme in die Faktorenanalyse heraus. Sie wird aus der weiteren Untersuchung ausgeschlossen, so dass 21 Variablen verbleiben, für die  $MSA < 0,5$  ist. Die verbleibenden Variablen sind:

**Tabelle 51: Variablen zur subjektiven Pflegezufriedenheit aus der Klientinnenbefragung (stationär versorgte Klientinnen)**

Nr.	Variablenbeschreibung
1	Klientin erhält Mahlzeiten, wann es ihr angenehm ist
2	Mahlzeiten sind nicht zu klein
3	Mahlzeiten sind nicht zu groß
4	Ausreichend Zeit für Mahlzeiten
5	Freude am Essen
6	Klientin ist so ordentlich gepflegt, wie sie es möchte
7	Klientin ist so gut und ordentlich gekleidet, wie sie es möchte
8	Klientin kann zu Bett gehen und aufstehen, wann sie möchte
9	Kein langes Warten, wenn Klientin Hilfe braucht
10	Respektierung der Privatsphäre
11	Pflegerinnen informieren ausreichend
12	Pflegerinnen haben ausreichend Zeit
13	Pflegerinnen tun das, was sie tun, auch <i>gut</i>
14	Pflegerinnen sind ehrlich und vertrauenswürdig
15	Pflegerinnen sind freundlich
16	Würde- und respektvolle Behandlung durch die Pflegerinnen
17	Pflegerinnen verstehen Klientin und ihre Bedürfnisse
18	Pflegerinnen machen das, was Klientin möchte
19	Pflegerinnen haben ein offenes Ohr für Anliegen der Klientin
20	Allgemeine Zufriedenheit mit der Pflege
21	Weiterempfehlung der stationären Einrichtung

Diese Korrelationsmatrix ist hervorragend für eine Faktorenanalyse geeignet:  $MSA = 0,92$ . Es ergeben sich fünf Faktoren mit einem Eigenwert über 1. Hier werden jedoch – wie auch bei den Klientinnen in ambulanter Versorgung – im Sinne einer konfirmatorischen Faktorenanalyse nur vier Faktoren gewählt. Diese werden gemäß den vier Qualitätsdimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch interpretiert. Die entsprechenden klientinnenspezifischen Faktorwerte werden gespeichert und in den Zusammenhangsmessungen des Abschnitts 7.3.1 als Indikatoren für die subjektive Pflegezufriedenheit verwendet. Besonders hoch ladende Einzelvariablen, die die vier Indikatoren konstituieren, sind:

**Tabelle 52: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (stationär versorgte Klientinnen)**

Dimensionale Interpretation	Besonders hoch ladende Variablen (Auswahl)
Sozial	Pflegerinnen haben ausreichend Zeit Pflegerinnen sind ehrlich und vertrauenswürdig Pflegerinnen sind freundlich Würde- und respektvolle Behandlung durch die Pflegerinnen Pflegerinnen haben ein offenes Ohr für Anliegen der Klientin
Physisch/funktional	Mahlzeiten sind nicht zu groß Freude am Essen
Umwelt	Klientin ist so ordentlich gepflegt, wie sie es möchte Klientin ist so gut und ordentlich gekleidet, wie sie es möchte Klientin kann zu Bett gehen und aufstehen, wann sie möchte Respektierung der Privatsphäre Pflegerinnen informieren ausreichend
Psychisch	Mahlzeiten sind nicht zu klein Allgemeine Zufriedenheit mit der Pflege Weiterempfehlung des stationären Dienstes

Diese Faktorenlösung weicht teilweise von der entsprechenden für die Klientinnen des ambulanten Bereichs ab. So findet sich beispielsweise eine Variable zu den Mahlzeiten der Klientinnen nun in der Dimension Psychisch statt – wie zuvor im ambulanten Bereich – in der Dimension Physisch/funktional. Dies ist mit der anderen Lebenssituation der Klientinnen in stationären Einrichtungen erklärbar. Auch die Tatsache, dass die Vertrauenswürdigkeit und Freundlichkeit der Pflegerinnen sowie ihr Respekt den Klientinnen gegenüber nunmehr zur Dimension Sozial gehören, lässt sich mit der besonderen Rolle der Pflegerinnen in stationären Einrichtungen gut erklären. Diese haben hier eine wesentlich größere Bedeutung für das soziale Wohl der Klientinnen als im ambulanten Bereich.

Wie der folgenden Tabelle entnommen werden kann, können Indikatoren zur subjektiven Pflegequalität nicht für alle Klientinnen in stationärer Versorgung berechnet werden (vgl. Tabelle 16, S. 194). Datenlücken finden sich außer bei den britischen Klientinnen vor allem bei den schwedischen, aber auch bei den deutschen, estnischen und finnischen Klientinnen.

**Tabelle 53: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur subjektiven Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen)**

Subjektive Pflegequalität	DE	EST	FIN	GB	SWE
Alle vier Indikatoren	91	81	95	120	36

### 6.5.6 Pflegebezogene Lebensqualität

Zur Ermittlung der pflegebezogenen Lebensqualität wurde im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys unter anderem ein international validierter Kurzfragebogen eingesetzt, das von der Weltgesundheitsorganisation entwickelte WHOQOL-Bref-Instrument (WHOQOL Group 1998). Dieses Instrument kam in der Befragung der Klientinnen in ambulanter Versorgung ebenso zum Einsatz wie im stationären Bereich. Ein Überblick über die so ermittelten nationalen Unterschiede der pflegebezogenen Lebensqualität findet sich bei Saks/Tiit (2007). Das WHOQOL-Bref-Instrument umfasst 24 dimensional zugeordnete Items, zu denen die

Klientinnen jeweils auf einer fünfstufigen ordinalen Skala antworten sollen. Die betrachteten Dimensionen der Lebensqualität lauten auch hier Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch. Die einzelnen Variablen zur Erhebung der pflegebezogenen Lebensqualität und ihre dimensionale Zuordnung sind:

**Tabelle 54: Variablen zur pflegebezogenen Lebensqualität (WHOQOL-Bref) aus der Klientinnenbefragung (ambulant und stationär versorgte Klientinnen)**

Nr.	Variablenbeschreibung	Dimension
1	Einsamkeit <sup>55</sup>	Sozial
2	Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen	Sozial
3	Unterstützung durch Freunde	Sozial
4	Schmerzen	Physisch/funktional
5	Angewiesenheit auf medizinische Behandlung	Physisch/funktional
6	Energie für das tägliche Leben	Physisch/funktional
7	Fortbewegungsmöglichkeiten	Physisch/funktional
8	Zufriedenheit mit dem Schlaf	Physisch/funktional
9	Fähigkeit, alltägliche Dinge zu erledigen	Physisch/funktional
10	Arbeitsfähigkeit	Physisch/funktional
11	Sicherheit im täglichen Leben	Umwelt
12	Gesundheit der Umweltbedingungen	Umwelt
13	Genug Geld für Bedürfnisse	Umwelt
14	Zugang zu Informationen	Umwelt
15	Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten	Umwelt
16	Zufriedenheit mit Wohnbedingungen	Umwelt
17	Zufriedenheit mit Gesundheitsdiensten	Umwelt
18	Zufriedenheit mit Beförderungsmitteln	Umwelt
19	Leben genießen	Psychisch
20	Leben sinnvoll	Psychisch
21	Konzentrationsfähigkeit	Psychisch
22	Akzeptanz von Aussehen	Psychisch
23	Zufriedenheit mit sich selbst	Psychisch
24	Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression	Psychisch

Bei drei Variablen findet sich im Datensatz bei jeweils einer Klientin eine nicht definierte Angabe. In einem Fall kann dies vermutlich auf einen Tippfehler zurückgeführt werden, der korrigiert werden kann. Die anderen beiden nicht definierten Werte müssen ersatzlos gelöscht werden. Weitere Inhaltsfehler sind nicht erkennbar. Zur Korrektur von itemspezifischen Ausfällen werden auch diese Variablen EM-imputiert, allerdings wiederum nur dann, wenn mindestens 60% der Variablen gültig sind. Auf diese Weise ergeben sich für den ambulanten Bereich 342 Fälle mit vollständig gültigen Variablen zur Lebensqualität. Für den stationären Bereich sind dies 385. Die Verteilung der gültigen Fälle auf die nationalen Teildatensätze kann den folgenden beiden Tabellen entnommen werden:

**Tabelle 55: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Lebensqualität	DE	EST	FIN	GB	SWE
Alle vier Indikatoren	90	99	114	0	39

<sup>55</sup> Diese Variable wurde bei der Befragung im Rahmen des Projekts Care Keys anstelle der im Originalfragebogen vorgesehenen Frage nach der Zufriedenheit mit dem Sexualleben eingesetzt.

**Tabelle 56: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen)**

Lebensqualität	DE	EST	FIN	GB	SWE
Alle vier Indikatoren	82	78	69	112	44

Vergleicht man diese beiden Tabellen mit der Zahl der Klientinnen in den nationalen Teildatensätzen (Tabelle 16, S. 194), so erkennt man auch hier große Datenlücken. Im ambulanten Bereich betreffen diese neben den britischen Klientinnen (für die überhaupt keine Lebensqualitätsmessungen erfolgten) vor allem die finnischen Klientinnen. Aber auch im deutschen und estnischen Teildatensatz fehlen die Lebensqualitätsindikatoren von etwa einem Viertel der ambulant versorgten Klientinnen. Deutlich größer sind die Ausfälle im Datensatz der stationär versorgten Klientinnen. Ursache hierfür ist die in diesem Bereich häufigere Nicht-Befragbarkeit aufgrund kognitiver Einschränkungen. Besonders viele Ausfälle (74%) sind im schwedischen Teildatensatz zu verzeichnen. Aber auch alle anderen nationalen Teildatensätze, außer dem britischen, weisen sehr hohe Ausfallquoten von jeweils etwa 50% auf.

## 6.6 Vorgehensweise bei den empirischen Zusammenhangsuntersuchungen

Mittels der nun vollständig berechneten Indikatoren zu Dokumentationsvoraussetzungen, Dokumentationsqualität und -wirkungen können jetzt entlang des in Abbildung 25 (S. 181) zusammengefassten Schemas die Bedingungen und Wirkungen der Dokumentationsqualität untersucht werden. Zum Vorgehen bei all diesen empirischen Zusammenhangsuntersuchungen ist Folgendes zu beachten: Der Datensatz umfasst Klientinnen verschiedener Pflegeeinrichtungen und hat insofern eine hierarchische Struktur, da Daten sowohl für individuelle als auch für kollektive Einheiten (v.a. zu den von der Pflegemanagerin geschaffenen Dokumentationsvoraussetzungen) vorliegen. Daher liegt nahe, mittels einer so genannten *Mehrebenenanalyse* die Kontextrelativität der betrachteten Zusammenhänge zu berücksichtigen. Die Mehrebenenanalyse ermöglicht insbesondere, die Wirkung von Kontextbedingungen auf individuelle Zusammenhänge zu analysieren, z.B. wenn ein Kollektivmerkmal die lineare Beziehung zwischen zwei Individualmerkmalen verstärkt, egalisiert oder in ihrer Richtung umkehrt (Interaktionseffekt). Eine Mehrebenenbetrachtung ist angebracht, wenn davon auszugehen ist, dass bei einem zusammengesetzten Datensatz Kollektivvariablen einen Einfluss auf die individuellen Zusammenhänge nehmen. Das klassische Beispiel hierfür sind Untersuchungen zur Abhängigkeit schulischer Leistungen von individuellen Merkmalen der Schüler (z.B. Lernaufwand, sozioökonomischer Status der Eltern) und von den Kontextbedingungen (z.B. Schulträgerschaft) mittels Datensätzen, die Schülerinnen und Schüler vieler Schulen umfassen (für eine ausführliche Beschreibung der Mehrebenenanalyse vgl. z.B. Langer 2004; Ditton 1998).

Im vorliegenden Fall wird aus mehreren Gründen auf eine Mehrebenenanalyse verzichtet. Zunächst liegen die formalen Voraussetzungen für ihre Durchführung nicht vor, da die Erhebungseinheiten auf der Kollektivebene (die Pflegeeinrichtungen) meist nicht zufällig erhoben wurden. Vielmehr war die Erfassung einer Pflegeeinrichtung in der Regel abhängig von der jeweiligen Bereitschaft der Einrichtungsleitung. Schwerwiegender ist jedoch der massive Verstoß gegen die Voraussetzung der so genannten „30/30-Daumenregel“, wonach einer Mehrebenenanalyse mindestens dreißig Kollektiveinheiten mit jeweils mindestens dreißig Einheiten zugrunde liegen sollen (Langer 2004, S. 97f). Im vorliegenden Datensatz weisen jedoch nur sechs der 167 Einrichtungen dreißig oder mehr befragte Klientinnen auf. Aus die-



sen sechs Einrichtungen stammen nur 260 der insgesamt 1417 Klientinnen. Selbst eine Aufweichung der Bedingung auf eine Mindestzahl von fünfzehn Klientinnen pro Einrichtung würde nur 23 Institutionen bzw. Dienste (mit 603 Klientinnen) mit einer ausreichenden Klientinnenzahl bedeuten. Eine Mehrebenenanalyse mit den Pflegeeinrichtungen auf der Kollektivebene und den Klientinnen auf der Individualebene scheitert somit an der zu geringen Zahl von Klientinnen pro Pflegeeinrichtung. Formal nahe liegender (und auch inhaltlich gerechtfertigt, s.u.) wäre es dagegen, aus den beiden Merkmalen der nationalen Zugehörigkeit und der Versorgungsform (ambulant/stationär) eine Kollektivebene zu bilden. Diese differenzierte sich in zehn Gruppen (aus fünf Ländern und je zwei Versorgungsformen). In diesem Fall scheitert die Mehrebenenanalyse jedoch am gänzlichen Fehlen von Kollektivmerkmalen. Die hierarchisch höchste im Datensatz betrachtete Ebene ist die der Pflegeeinrichtung.

Auch wenn die Mehrebenenanalyse somit formal nicht möglich ist, bleibt die Beachtung der Kollektivebene aus nationaler Zugehörigkeit und Einrichtungsart (ambulant bzw. stationär) dennoch unerlässlich. Um eine ausreichende Homogenität der Datengrundlage zu ermöglichen, wird der Gesamtdatensatz in zehn Teildatensätzen untersucht (für die fünf Länder, jeweils differenziert nach ambulant sowie stationär versorgten Klientinnen). Wie bereits angedeutet, legen auch inhaltliche Überlegungen diese Vorgehensweise nahe: Ambulant und stationär versorgte Pflegebedürftige weisen sowohl hinsichtlich ihrer Pflegebedarfe als auch hinsichtlich deren professioneller Befriedigung große Unterschiede auf, die sich nicht zuletzt auch in teilweise unterschiedlichen Variablen für diese beiden Teildatensätze äußert. Großen Einfluss auf viele Daten hat auch die Länderzugehörigkeit der einzelnen Klientinnen. Hier beeinflusst vor allem die unterschiedliche ökonomisch-institutionelle Situation der einzelnen Länder sowohl die Möglichkeiten der Pflege als auch die Lebensqualität der Klientinnen als Kontextvariable. Ebenfalls sehr bedeutungsvoll in diesem Zusammenhang sind länderspezifische Organisationsweisen des Pflegewesens (z.B. kommunale organisierte Versorgungssysteme in Skandinavien im Unterschied zu einem eher heterogenen System in Deutschland) und Traditionen im Selbstverständnis von Pflegerinnen und ihren Mangerinnen. Innerhalb dieser zehn Teildatensätze kann jedoch von einer gewissen – in diesem Fall als ausreichend betrachteten – Homogenität ausgegangen werden: Die Klientinnen weisen ähnliche Pflegebedürfnisse und Potentiale auf, ihre generelle Lebensqualität wird durch vergleichbare Lebenslagen beeinflusst, ihre Pflegerinnen arbeiten unter denselben legislativen und administrativen Vorgaben und Traditionen mit einem ähnlichen beruflichen Selbstverständnis.

Vergleicht man die vorliegende Datengrundlage mit einem Datensatz aus einer allgemeinen Bevölkerungsumfrage, so erkennt man die Berechtigung der gewählten Vorgehensweise (der Berücksichtigung der zehn Teildatensätze und Vernachlässigung der Einrichtungszugehörigkeit) anhand folgender Überlegung: Möchte man beispielsweise den Zusammenhang zwischen Schulbildung und Einkommen untersuchen, so kann es durchaus Gründe geben, dies getrennt für Personen in ländlichen Siedlungsformen und in Städten zu analysieren. Kaum Gründe wären jedoch zu finden, die Zugehörigkeit zu den einzelnen Dörfern bzw. Städten mit zu berücksichtigen. Auch die Primäranalysen mit dem vorliegenden Datensatz im Rahmen des Forschungsprojekts Care Keys folgten dieser Vorgehensweise der besonderen Berücksichtigung der Länderzugehörigkeit und des Versorgungstyps unter gleichzeitiger Vernachlässigung der Zugehörigkeit zu den jeweiligen Einrichtungen. Davon unberührt ist die Notwendigkeit bei Zusammenhangsuntersuchungen zwischen Variablen, die ausschließlich auf Einrichtungsebene erhoben wurden, einen auf die Einrichtungsebene aggregierten Datensatz zu verwenden, so dass jede Einrichtung gleich gewichtet wird. Auch dies orientiert sich am Vorgehen bei der Primäranalyse.

Alle Zusammenhagsuntersuchungen der folgenden Kapitel werden mittels multivariater Regressionsmodellen durchgeführt. Sie erfolgen getrennt für die einzelnen Untersuchungsländer und die Versorgungsform (ambulant/stationär). Die sich so ergebenden zehn Teildatensätze sind unterschiedlich groß. Sinkt ihr Umfang aufgrund fehlender Daten auf weniger als fünfzehn Stichprobenelemente, werden keine Zusammenhänge berechnet. Alle Regressionsmodelle werden als lineare Zusammenhänge mittels der Methode der kleinsten Quadrate geschätzt. Da die Zahl der Zusammenhänge insgesamt sehr groß ist, muss die Auswahl der Modelle automatisiert erfolgen. Hierfür wird auf die Methode Stepwise des SPSS-Programmpaketes zurückgegriffen (Backhaus et al. 2000, S. 1-69). Regressoren werden nur dann berücksichtigt, wenn sich ihr Einfluss signifikant von einem Zufallszusammenhang unterscheidet (Signifikanzniveau mindestens 5%). Die Regressionsmodelle insgesamt müssen sich ebenfalls auf diesem Niveau als signifikant erweisen. Bei einigen Modellen zeigt sich eine relativ starke Korrelation der unabhängigen Variablen. Um Problemen der Multikollinearität zu begegnen, werden nur Modelle betrachtet, die eine Toleranz von mindestens 0,3 aufweisen.

Zur besseren Lesbarkeit werden die Tabellen, in denen die Regressionsmodelle zusammengefasst sind, im Anhang (Anhang 2 bis 4) abgebildet. Die Modelle werden dabei getrennt für die ambulant und die stationär versorgten Klientinnen und nach den nationalen Teildatensätzen berechnet und dargestellt. Neben der abhängigen und der bzw. den unabhängigen Variablen wird die Zahl der gültigen Fälle des jeweiligen Modells ( $n$ ), das korrigierte Bestimmtheitsmaß ( $R_{kor}^2$ ) und der bzw. die standardisierte/n Koeffizient/en ( $\beta$ ) angegeben. Das Signifikanzniveau wird anhand eines T-Tests für die Regressoren und anhand eines F-Tests für das Gesamtmodell ausgewiesen. Berücksichtigt werden nur Regressoren bzw. Modelle, welche das Signifikanzniveau von 5% nicht überschreiten ( $T, F \geq 0,05$ ) und für welche die jeweilige realisierte nationale (Teil-)Stichprobe mindestens  $n = 15$  Klientinnen umfasst.

## 7. Ergebnisse

### 7.1 Input: Voraussetzungen für die Pflegedokumentation

Gegenstand dieses Kapitels ist die Untersuchung des Einflusses der Pflegemanagerin auf die Qualität der Pflegedokumentation (vgl. hierzu die theoretisch hergeleitete Frage 1 in Abschnitt 5.2). Die betrachteten Einflussgrößen verteilen sich auf die vier Dimensionen der Managementinput-Qualität: das Managementkonzept (7.1.1), die von der Managerin eingeführten Verfahren (7.1.2), die Einrichtungsressourcen (7.1.3) und das Kooperationskonzept (7.1.4).

#### 7.1.1 Managementkonzept

Zum Managementkonzept werden gemäß der Beschreibung in Abschnitt 6.5.1 zwei Indikatoren gebildet. Diese beschreiben für die Klientinnen in ambulanter Versorgung zum einen Allgemeine Standards (beispielsweise die Umsetzung von Standards zur Rücksicht auf die Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten der Klientinnen oder die Existenz eines Leitbilds ‚gute Pflege‘) und zum anderen Besondere Standards (beispielsweise die Formulierung von Datenschutzvorgaben oder die Existenz eines Verfahrens für das Beschwerdemanagement). Auch für die Klientinnen in stationärer Versorgung werden zwei Indikatoren zum Managementkonzept gebildet. Auch hier wird einer davon als Allgemeine Standards interpretiert. Der zweite Indikator beschreibt im stationären Bereich jedoch vornehmlich die Konzepte der sozialen Beziehungen (gebildet beispielsweise aus Variablen wie Umsetzung von Standards: *Die Klientinnen haben eine für sie verantwortliche Bezugspflegeperson* oder Umsetzung von Standards: *Einbeziehung von informellen Hilfspersonen in Pflegeplanung und -durchführung*). Inwiefern diese Indikatoren die Vollständigkeit der Pflegedokumentationen beeinflussen, wird in Abschnitt (1) untersucht. In Abschnitt (2) folgt die Analyse des Einflusses auf die Ausgewogenheit der Dokumentationen und in Abschnitt (3) die des Zusammenhangs mit der Kongruenz der Dokumentationen (mit den Aussagen der Klientinnen). Für den britischen Teildatensatz können keine Regressionsmodelle berechnet werden, da hier die Daten aus der Befragung der Managerinnen fehlen.

#### (1) Einfluss auf die Vollständigkeit der Dokumentation

Eine Zusammenfassung der ermittelten Zusammenhänge zwischen dem Managementkonzept und der Vollständigkeit der Pflegedokumentationen der Klientinnen in ambulanter Versorgung findet sich in Tabelle 78, (S. 354). Zunächst fällt auf, dass die Zahl der Indikatoren zur Vollständigkeit der Dokumentation, die vom Managementkonzept signifikant beeinflusst wird, stark zwischen den nationalen Teildatensätzen schwankt. Während sich im estnischen Teildatensatz alle Vollständigkeitsindikatoren als signifikant vom Managementkonzept abhängig erweisen, finden sich in den anderen nationalen Teildatensätzen nur vereinzelt relevante Zusammenhänge. Auch die Stärke des Einflusses ist im estnischen Teildatensatz am größten: Die Indikatoren zum Managementkonzept beschreiben bis zu über 50% der Streuung der Dokumentationsvollständigkeit. In den anderen nationalen Teildatensätzen übersteigt das Bestimmtheitsmaß kaum 10%.

Insgesamt erweisen sich die beiden Indikatoren zum Managementkonzept etwa als gleich bedeutend für die Vollständigkeit der Dokumentation. Lediglich im deutschen und im schwedischen Teildatensatz gehen alle Zusammenhänge vom Indikator Allgemeine Standards aus.

Bemerkenswert ist dabei die Verteilung der positiven und negativen Einflüsse: Nur zwei der zehn Einflüsse, die von den Allgemeinen Standards auf die Vollständigkeit der Dokumentation ausgehen, sind positiv (beide Zusammenhänge befinden sich im deutschen Teildatensatz). Der Regressor Besondere Standards weist hingegen zehnmal einen positiven und nur einmal einen negativen Einfluss auf.

Keine der Variablen, welche die beiden Indikatoren des Managementkonzepts bilden, nimmt direkt auf die Pflegedokumentation Bezug. (Lediglich bei der Variable zum Datenschutz, die Teil des Indikators Besondere Standards ist, könnte ein solcher Zusammenhang gesehen werden). Wenn nun jedoch die Besonderen Managementstandards besonders häufig positiv auf die Vollständigkeit der Pflegedokumentation wirken, so muss dies dahingehend verstanden werden, dass die Managerinnen, welche die ausgefeilteren Managementkonzepte entwickeln, auch genauere Vorgaben hinsichtlich der Pflegedokumentation machen (z.B. durch die Vorgabe besonders durchdachter Dokumentationskonzepte).

Die Tatsache, dass sich die meisten und stärksten Zusammenhänge zwischen den Managementkonzeptindikatoren und der Vollständigkeit der Dokumentationen im estnischen Teildatensatz zeigen, könnte mit der eher heterogenen Situation der Pflege in diesem Land zu tun haben, in der die Managerinnen wesentlich mehr als in den anderen Ländern gezwungen sind, eigene Konzepte zu entwickeln. Diese weisen somit eine größere Bandbreite auf als in den anderen Untersuchungsländern, wo evtl. bereits die geringere Varianz der unabhängigen Variablen die Zahl der signifikanten Zusammenhänge reduziert.

Tabelle 79 (S. 355) gibt einen Überblick über die Regressionsmodelle zum Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation in den Teildatensätzen der Klientinnen in stationärer Versorgung. Im Unterschied zu den ambulanten Teildatensätzen sind darin die signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Managementkonzept und der Vollständigkeit der Dokumentation relativ gleichmäßig über alle Untersuchungsländer verteilt. Regressionsmodelle mit besonders hohen Bestimmtheitsmaßen finden sich nun nicht nur im estnischen Teildatensatz, sondern auch im finnischen. Insgesamt sind die gemessenen Wirkungen des Managementkonzepts auf die Dokumentationsvollständigkeit hier stärker als im ambulanten Bereich. Während sich im deutschen und im schwedischen Teildatensatz die positiven und die negativen Wirkungen des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation die Waage halten, finden sich im estnischen Teildatensatz wesentlich mehr positive Einflüsse, während im finnischen Teildatensatz die negativen Einflüsse überwiegen. Im Ganzen betrachtet haben die Allgemeinen Standards eher einen negativen und die Sozialen Standards eher einen positiven Einfluss. Dies gilt besonders für die finnischen Klientinnen, mit leichten Einschränkungen aber auch für die estnischen.

Warum der Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation im stationären Bereich wesentlich stärker ist als im ambulanten, ist schwierig zu interpretieren. Denkbar wäre, dass die Rolle der Pflegemanagerin im stationären Bereich insgesamt bedeutender ist als im Bereich der ambulanten Altenpflege, bei der die einzelnen Pflegerinnen (vor Ort) mehr auf sich allein gestellt sind und entscheiden müssen. Die Tatsache, dass die Allgemeinen Standards eher negativ und die Sozialen Standards eher positiv mit der Vollständigkeit der Dokumentation korrelieren, ist vergleichbar mit der Situation im ambulanten Bereich: An die Stelle der Besonderen Standards treten hier lediglich die Sozialen Standards, die allgemein dafür stehen, dass die Pflegemanagerin eine differenzierteres Managementkonzept entwickelt.

## **(2) Einfluss auf die Ausgewogenheit der Dokumentation**

Nach dem Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Pflegedokumentation richtet sich die Aufmerksamkeit nun auf die Wirkung dieses Managementinputs auf die Ausgewogenheit der Dokumentation. Tabelle 80 (S. 356) fasst die gefundenen Regressionsmodelle für den ambulanten Bereich zusammen. Ein Zusammenhang zwischen der Qualität des Managementkonzepts und der Ausgewogenheit der Dokumentationen findet sich nur im deutschen und im estnischen Teildatensatz der Klientinnen in ambulanter Betreuung. Wie das Bestimmtheitsmaß der Regressionsmodelle zeigt, ist der Einfluss im estnischen Teildatensatz wesentlich größer als im deutschen. Für die estnischen Klientinnen bestätigt sich auch der eher negative Einfluss der Allgemeinen Standards und der positive der Besonderen Standards. Die Tatsache, dass die stärksten Zusammenhänge zwischen der Managementkonzept-Qualität und der Ausgewogenheit im estnischen Teildatensatz gemessen werden, lässt sich vermutlich wiederum auf die insgesamt größere Variabilität der von estnischen Managerinnen entworfenen Managementkonzepte zurückführen.

Vergleicht man den Einfluss des Managementkonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentationen für den stationären Bereich (Tabelle 81, S. 357) mit dem auf die Dokumentationsvollständigkeit, so fällt eine wesentlich geringere Zahl von Zusammenhängen auf. Insbesondere findet sich im deutschen und im schwedischen Teildatensatz, in dem ein deutlicher Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation gemessen wurde, kein einziger signifikanter Regressor auf deren Ausgewogenheit. Zumindest im finnischen Teildatensatz bestätigt sich die Beobachtung aus den Zusammenhangsmessungen mit der Vollständigkeit, wonach die Allgemeinen Standards die Dokumentationsqualität eher negativ beeinflussen.

## **(3) Einfluss auf die Kongruenz der Dokumentation**

Der Einfluss des Managementkonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation ist mutmaßlich positiv. Dafür sprechen Konzeptvariablen wie die Umsetzung von Standards zur Rücksicht auf die Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten der Klientinnen oder die Existenz eines Verfahrens für das Beschwerdemanagement. Diese und andere Variablen beleuchten, wie wichtig es der Managerin ist, dass die Pflege in ihrer Einrichtung möglichst im diskursiven Dialog mit den Klientinnen geleistet wird. Eine hohe Kongruenz der dokumentierten Pflegeinhalte mit dem Erleben dieser durch die Klientinnen wäre die Folge.

Wie Tabelle 82f. (S. 357) zeigen, lässt sich dieser Zusammenhang empirisch weder für die ambulant gepflegten Klientinnen noch für die in stationärer Versorgung nachweisen. Entgegen der Vermutung ist der Einfluss des Managementkonzepts auf die Kongruenz der Dokumentationen sehr gering. Das einzige signifikante Regressionsmodell im ambulanten Bereich findet sich im estnischen Teildatensatz. Es beruht jedoch nur auf 15 Klientinnen, für die entsprechende Daten vorliegen. Auffällig ist, dass die Einflüsse des Managementkonzepts – dort wo sie vorliegen – eher negativ als positiv sind.

Vergleicht man diese geringen Einflüsse der Qualität des Managementkonzepts mit dessen relativ starkem Einfluss auf die Vollständigkeit und die Ausgewogenheit der Dokumentation, so erkennt man, dass die Wirkung des Managementkonzepts eher auf die professionelle Sicht der Dokumentation beschränkt bleibt. Obwohl in diesem Abschnitt gezeigt werden kann, dass die Managerin mit den von ihr entwickelten Konzepten die Dokumentation beeinflussen kann,

bedarf es für eine – auch aus Klientinnensicht – gute Pflegedokumentation offenbar anderer, zusätzlicher Anstöße.

## **7.1.2 Verfahren**

Die Variablen zu den von der Managerin vorgegebenen Verfahren betreffen vor allem die Prävention wichtiger Risiken wie z.B. das Dekubitus-, Exsikkose-, oder Sturzrisiko, aber auch das Schmerzmanagement. Diese Einzelvariablen werden im ambulanten Bereich zu einem Gesamtindikator (Verfahren) zusammengefasst. Bei der Untersuchung in den Teildatensätzen der stationär versorgten Klientinnen werden Pflegerische und Medizinische Verfahren unterschieden (zur Begründung und Interpretation dieser Indikatoren siehe ausführlich unter 6.5.1). Nachfolgend wird nun die Bedeutung dieser von der Managerin eingeführten Verfahren für die Vollständigkeit, Ausgewogenheit und für die Kongruenz der Dokumentation untersucht. Diese Untersuchung erfolgt für die Klientinnen in ambulanter und in stationärer Versorgung sowie nach Untersuchungsländern getrennt. Auch hier können die Zusammenhangsuntersuchungen mangels Daten aus der Managementbefragung für die britischen Klientinnen nicht durchgeführt werden.

### **(1) Einfluss auf die Vollständigkeit der Dokumentation**

Tabelle 84 (S. 359) weist auf einen insgesamt recht geringen Zusammenhang zwischen den vom Pflegemanagement entwickelten Verfahren und der Vollständigkeit der Dokumentation im ambulanten Bereich hin. Im schwedischen Teildatensatz findet sich gar keines, im estnischen und im finnischen Teildatensatz jeweils nur ein signifikantes Regressionsmodell. Vergleichsweise groß hingegen ist die Bedeutung der von der Managerin eingeführten Verfahren für die Vollständigkeit der Dokumentation im deutschen Teildatensatz. Zwar bleiben die Bestimmtheitsmaße aller Regressionsmodelle unter 10%, jedoch fällt auf, dass alle vier gemessenen signifikanten Einflussbeziehungen positiv sind. Ebenfalls auffallend, aber schwierig zu interpretieren ist die Tatsache, dass die Vollständigkeit der Dokumentation zwar in den Dimensionen Sozial, Umwelt und Psychisch beeinflusst wird, nicht hingegen in der Dimension Physisch/funktional, obwohl die meisten der berücksichtigten Präventionsverfahren eindeutig dieser Dimension zuzuordnen sind.

Im Unterschied zur Situation im ambulanten Bereich haben die von der Managerin eingeführten Verfahren im stationären Bereich in fast allen Untersuchungsländern eine große Bedeutung für die Vollständigkeit der Dokumentation (Tabelle 85, S. 360). Eine Ausnahme bildet hier lediglich der finnische Teildatensatz mit immerhin noch zwei signifikanten Einflussbeziehungen. Besonders stark ist der Einfluss hingegen im deutschen und im estnischen Teildatensatz. Die Regressionsmodelle weisen hier Bestimmtheitsmaße bis zu über 50% auf. Die beeinflussten Dokumentationen zeigen dabei weder hinsichtlich der dokumentierten Prozessstufen, noch hinsichtlich der Dimension der dokumentierten Pflegebedarfe bzw. -leistungen interpretierbare Besonderheiten.

Das auffälligste Ergebnis dieser Zusammenhangsuntersuchungen im stationären Bereich ist jedoch die Richtung der festgestellten signifikanten Einflüsse. Von insgesamt 25 signifikanten Regressoren haben nur zwei ein negatives Vorzeichen! Im deutschen Teildatensatz überwiegt die Bedeutung der Pflegerischen Verfahren, im estnischen die der Medizinischen Verfahren. Der im Unterschied zu den Klientinnen in ambulanter Versorgung ungleich stärkere und fast ausschließlich positive Einfluss der vom Pflegemanagement vorgegebenen Verfahren auf die

Vollständigkeit der Dokumentationen muss wohl vor dem Hintergrund der im stationären Bereich insgesamt größeren Abhängigkeit der Klientinnen von der Pflege gesehen werden. Damit geht naturgemäß ein höherer Bedarf zur Risikoprävention einher. Die Pflegerinnen sind daher wahrscheinlich eher bereit, vorgegebene Präventionsverfahren in ihrer alltäglichen Arbeit umzusetzen und damit auch in der Dokumentation abzubilden. Evtl. sehen sich die Pflegerinnen im stationären Bereich auch von Seiten der Pflegemanagerinnen und übergeordnetem Einrichtungs-Controlling einem höheren Druck ausgesetzt, vorgegebene Präventionen auch umzusetzen.

## **(2) Einfluss auf die Ausgewogenheit der Dokumentation**

Auch der Einfluss der von der Managerin vorgegebenen Verfahren auf die Ausgewogenheit der Dokumentationen ist im stationären Bereich wesentlich stärker als im ambulanten (Tabelle 86f., S. 361). Dieser Unterschied dürfte ähnlich zu interpretieren sein wie der vergleichbare Unterschied beim Einfluss der Verfahren auf die Vollständigkeit der Dokumentation. Wie bereits beim Einfluss der Verfahren auf die Vollständigkeit überwiegen die positiven Vorzeichen im stationären Bereich auch beim Einfluss auf die Ausgewogenheit.

## **(3) Einfluss auf die Kongruenz der Dokumentation**

Da die von der Managerin vorgegebenen Verfahren, die hier betrachtet werden, vor allem den pflegerisch-professionellen Output betreffen (Risikovermeidung bzw. Vermeidung von Pflegefehlern), ist der zu erwartende Einfluss dieser Verfahren auf die Kongruenz der Dokumentationen eher gering. Mit Ausnahme der Variable zum Beschwerdemanagement betrifft keine der Variablen direkt die Beziehung zwischen den Pflegerinnen und den Klientinnen. Entsprechend dieser Erwartung besteht weder im Bereich der ambulanten noch in dem der stationären Versorgung ein starker Zusammenhang zwischen den von der Managerin vorgelegten Verfahren und der Kongruenz der Dokumentationsinhalte mit dem Pflegeerleben durch die Klientinnen (Tabelle 88f., S. 362). Auffallend ist jedoch, dass alle gemessenen signifikanten Einflussbeziehungen negative Vorzeichen haben. Dies dürfte in Zusammenhang mit der Tatsache stehen, dass fast alle der hier betrachteten Verfahren *nicht* die Beziehung zwischen den Pflegerinnen und Klientinnen betreffen, sondern vorwiegend pflegerisch-professionelle Notwendigkeiten der Risikovermeidung. Da hier Konflikte mit den Wünschen der Klientinnen bisweilen unausweichlich sind, ist nahe liegend, dass die entwickelten Verfahren einen Dissens zwischen den Klientinnen und den Pflegerinnen über die Inhalte der Pflege provozieren können.

### **7.1.3 Einrichtungsressourcen**

Unzweifelhaft dürften die Ressourcen, über die eine Pflegeeinrichtung verfügt, eine der wichtigen Voraussetzungen für die Pflegedokumentation sein. Eine der entscheidenden Größen ist wahrscheinlich die Zeit sein, welche den Pflegerinnen für die Erfüllung ihrer diesbezüglichen Aufgaben zur Verfügung steht. Aber auch immaterielle Ressourcen, etwa das Vorhandensein und die Qualität eines elektronischen Dokumentationssystems, spielen mutmaßlich eine wichtige Rolle für eine gut geführte Dokumentation.

Wie in Abschnitt 6.5.1 beschrieben, enthält der hier verwendete Datensatz nur sehr wenige Variablen, welche die Einrichtungsressourcen beschreiben und die in einem, dabei auch noch eher indirekten, Zusammenhang mit den ressourcenmäßigen Voraussetzungen für die Doku-

mentationspraxis stehen. Betrachtet werden können die beiden Einzelvariablen der Ausstattung der Mitarbeiterinnen mit Sachmitteln (z.B. Pflegematerial, Pflegegeräte) und der Zugang der Mitarbeiterinnen zur E-Mail-Kommunikation. Die erstere der beiden Variablen steht überdies nur für die Untersuchungen im ambulanten Bereich zur Verfügung. Die britischen Teildatensätze enthalten auch zu diesen Variablen keine Informationen.

### **(1) Einfluss auf die Vollständigkeit der Dokumentation**

Tabelle 90 (S. 363) gibt die Zusammenhänge zwischen den beiden Variablen zu den Einrichtungsressourcen und der Vollständigkeit der Dokumentationen im ambulanten Bereich wieder. Fast alle (vierzehn von insgesamt siebzehn) der gemessenen signifikanten Einflussbeziehungen zwischen den Einrichtungsressourcen und den Dokumentationen des ambulanten Bereichs entfallen auf den estnischen Teildatensatz. Zwei signifikante Regressoren finden sich ansonsten nur noch im deutschen Teildatensatz, von denen eine jedoch nur sehr knapp das Mindest-Signifikanzniveau von 5% unterschreitet. Bemerkenswert an den im estnischen Teildatensatz gemessenen Regressionsmodellen ist das deutliche Überwiegen der positiven Einflussbeziehungen. Während dieses allgemeine Ergebnis den Erwartungen entspricht, ist die Tatsache, dass fast alle negativen Beziehungen dabei von der Verfügbarkeit eines E-Mail-Zugangs ausgehen, kaum interpretierbar. Die Ausstattung mit Sachmitteln wie z.B. Pflegematerial oder Pflegegeräten erweist sich im estnischen Teildatensatz hingegen als durchweg positiv für die Vollständigkeit der Dokumentation. Betrachtet man den Zugang der Pflegerinnen zur E-Mail-Kommunikation als Proxy für die Ausstattung der Pflegerinnen mit EDV-gestützter Pflegedokumentation, so könnten die hier festgestellten Ergebnisse darauf hinweisen, dass die dabei eingesetzte Dokumentationssoftware unzureichend ist – zumindest in Hinblick auf eine vollständige Dokumentation. Dies wiederum widerspricht den in Abschnitt 3.1.3 vorgestellten einschlägigen internationalen empirischen Untersuchungen.

Einen Vergleich dieser Ergebnisse für den ambulanten Bereich mit denen für die Klientinnen in stationärer Versorgung ermöglicht Tabelle 91 (S. 364). Wie bereits erwähnt, enthalten die Teildatensätze der Klientinnen in stationärer Versorgung lediglich die Variable Zugang zu E-Mail-Kommunikation. Auch wenn zur Messung des Einflusses der Einrichtungsressourcen auf die Vollständigkeit der Dokumentationen im stationären Bereich nur eine Einzelvariable zur Verfügung steht, erweist sich diese als besonders bedeutsam für die abhängigen Variablen. Beschränken sich die signifikanten Einflussbeziehungen im ambulanten Bereich fast ausschließlich auf den estnischen Teildatensatz, so werden nun in Bezug auf den deutschen und den finnischen Teildatensatz viele signifikante Beziehungen erkennbar. Lediglich im schwedischen Teildatensatz besteht kein Zusammenhang zwischen der Variable zu den Einrichtungsressourcen und der Dokumentationsvollständigkeit.

Wesentlich erstaunlicher sind jedoch die Vorzeichen der gemessenen Einflussbeziehungen: Während sich im estnischen Teildatensatz die positiven und die negativen signifikanten Regressoren die Waage halten, weisen im deutschen Teildatensatz *alle* zehn signifikanten Regressoren ein negatives Vorzeichen auf, während sich im finnischen Teildatensatz *alle* acht signifikanten Regressoren positiv auf die Vollständigkeit der Dokumentationen auswirken! Betrachtet man die Variable Zugang zu E-Mail-Kommunikation wie auch schon bei der Interpretation der Ergebnisse für den ambulanten Bereich als Proxy für den Einsatz EDV-gestützter Dokumentationssysteme, so liegt die Vermutung nahe, dass in den finnischen Pflegeeinrichtungen sehr geeignete, in den deutschen hingegen sehr ungeeignete elektronische Systeme zur Unterstützung der Dokumentation eingesetzt wurden, zumindest in Hinblick auf das Ziel einer umfassenden Dokumentation



## **(2) Einfluss auf die Ausgewogenheit der Dokumentation**

Tabelle 92 (S. 365) gibt die geschätzten signifikanten Regressionsmodelle zum Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Ausgewogenheit der Dokumentation in den Teildatensätzen der ambulanten Einrichtungen wieder. Ein signifikanter Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Ausgewogenheit der Dokumentation ist demnach nur im estnischen Teildatensatz erkennbar. Wie auch schon bei den Regressionsmodellen, welche die Abhängigkeit der Vollständigkeit der Dokumentation von den Einrichtungsressourcen messen, erweist sich hier die Ausstattung mit Sachmitteln als bedeutend. Die Einflussrichtung ist auch hier positiv. Tabelle 93 (S. 365) zur Bedeutung der Einrichtungsressourcen für die Ausgewogenheit der Dokumentation im stationären Bereich zeigt, dass ein solcher signifikanter Einfluss dort in mehr Untersuchungsländern als nur in Estland festgestellt werden kann. Die Regressionsbeziehungen zwischen den Einrichtungsressourcen und der Ausgewogenheit der Dokumentation im stationären Bereich lassen sich relativ gut in Deckung bringen mit den entsprechenden Ergebnissen aus der Messung der Abhängigkeit der Dokumentationsvollständigkeit. Erneut finden sich im schwedischen Teildatensatz keine signifikanten Zusammenhänge. In allen anderen drei untersuchten Teildatensätzen wird jedoch ein starker Einfluss erkannt. Die Tatsache, dass sich hier der Zugang zu E-Mail im deutschen Teildatensatz als negativ erweist, während sich diese Variable in den anderen beiden Teildatensätzen als positiv herausstellt, kann auch hier als Indiz für eine unangemessene Verwendung von EDV-Hilfsmitteln in den untersuchten deutschen Pflegeeinrichtungen interpretiert werden.

## **(3) Einfluss auf die Kongruenz der Dokumentation**

Der Einfluss der hier stellvertretend für die Einrichtungsressourcen untersuchten Variablen auf die Kongruenz der Dokumentation ist vermutlich gering, da keine dieser Variablen einen direkten Einfluss auf die Pflegerin-Klientin-Beziehung erkennen lässt. Lediglich indirekte Zusammenhänge könnten vermutet werden, z.B.: Falls es die Einrichtungsressourcen den Pflegerinnen erleichtern, ihren Dokumentationsaufgaben nachzukommen, haben sie mehr Zeit für eine Gestaltung der Pflege im Einklang mit den Klientinnen etc. Wie die Tabelle 94 (S. 366) für den ambulanten Bereich zeigt, bestätigt sich jedoch die Vermutung einer sehr geringen Bedeutung der hier betrachteten Einrichtungsressourcen für die Kongruenz der Dokumentationen mit dem Pflegeerleben durch die Klientinnen. Im stationären Bereich kann überhaupt keine signifikante Einflussbeziehung festgestellt werden (obgleich alle nationalen Teildatensätze auch dort die erforderliche Mindestzahl von fünfzehn Klientinnen aufweisen).

### **7.1.4 Kooperationskonzept**

Der Management-Input zur externen Kooperation wird im vorliegenden Datensatz durch zwei Indikatoren repräsentiert. Diese bezeichnen zum einen die Konzepte für die Kooperation mit medizinischen Partnerinnen (Ärztinnen, Krankenhäuser etc.) und zum anderen die Konzepte für die zur Kooperation mit sozialen und anderen Partnerinnen (Informelle, Anbieter anderer Einrichtungen des Pflegewesens, Betreuungsstellen etc. – zur Bildung der beiden Indikatoren, vgl. unter 6.5.1). Diese beiden Indikatoren stehen für die Untersuchungen in den Teildatensätzen des ambulanten wie des stationären Bereichs gleichermaßen zur Verfügung. Mangels Daten aus der Managementbefragung können sie für die britischen Pflegeeinrichtung (ambulant und stationär) nicht berechnet werden.

## (1) Einfluss auf die Vollständigkeit der Dokumentation

Aufgrund der theoretischen Überlegungen aus Kapitel 3 könnte zwischen der Vorgabe (durch die Managerin), gut mit externen Partnerinnen zu kooperieren und der Vollständigkeit der Dokumentation grundsätzlich ein positiver Einfluss erwartet werden. Schließlich bedarf es für die Kooperation unter anderem einer umfassenden Information aller Pflegerinnen über alle Belange der jeweiligen Klientin. Das empirische Bild (vgl. Tabelle 95, S. 367, für den ambulanten Bereich) fällt indes differenzierter aus: In den beiden skandinavischen Ländern Finnland und Schweden kann kein oder zumindest nur ein kleiner (negativer) Einfluss der vorgegebenen Kooperationskonzepte auf die Dokumentation nachgewiesen werden. Ein größerer Einfluss zeigt sich hingegen im deutschen und schließlich vor allem im estnischen Teildatensatz. Während die Einflussrichtung des Zusammenhangs im deutschen Teildatensatz erwartungsgemäß überwiegend positiv ist, liegen im estnischen Teildatensatz mehrheitlich Regressoren mit negativen Vorzeichen vor. Betrachtet man diese näher, so erkennt man, dass die negativen Einflussbeziehungen hier allesamt von der Existenz von Konzepten zur Kooperation mit sozialen bzw. anderen Partnerinnen ausgehen, während die Wirkung der Konzepte zur Kooperation mit medizinischen Partnerinnen auf die Vollständigkeit der Dokumentation vorwiegend positiv ist. Offensichtlich bedarf es für die Kooperation mit diesen Partnerinnen mehr schriftlicher Daten als für die Kooperation mit sozialen Partnerinnen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der in Abschnitt 3.1.2 diskutierten Erkenntnis, wonach die pflegerische Kommunikation traditionell vor allem mündlich stattfindet (Street 1992, insb. S. 167-182, auf der Basis einer ethnographischen Studie zum Arbeitsalltag von Pflegerinnen). Diese mündliche Kommunikationskultur erstreckt sich offenbar auch auf die sozialen Partnerinnen der Pflege.

Tabelle 96 (S. 368) vergleicht diesen Einfluss der von der Managerin vorgegebenen Konzepte der externen Kooperation auf die Vollständigkeit der Dokumentation mit dem im Bereich der stationären Versorgung. Wie der Tabelle entnommen werden kann, ist der Einfluss der Kooperationskonzepte auf die Vollständigkeit der Dokumentation im stationären Bereich insgesamt wesentlich stärker als im Bereich der ambulanten Versorgung. In allen Untersuchungsländern lässt sich eine größere Zahl signifikanter Regressoren feststellen. Am stärksten sind die gemessenen Einflüsse im estnischen Teildatensatz mit Bestimmtheitsmaßen bis zu über 80%.

Betrachtet man das Ergebnis differenziert nach den nationalen Teildatensätzen, so fällt zunächst der Befund aus der Untersuchung des estnischen Teildatensatzes der Klientinnen in stationärer Versorgung auf. Dieser kehrt das Ergebnis aus der Untersuchung des entsprechenden Teildatensatzes aus dem ambulanten Bereich um. Während im ambulanten Bereich alle negativen signifikanten Beziehungen von den Konzepten der Kooperation mit sozialen Partnerinnen ausgehen und (fast) alle positiven Einflüsse von den Kooperationskonzepten mit medizinischen Partnerinnen, ist die Situation hier umgekehrt. Sieben der insgesamt dreizehn im estnischen Teildatensatz gefundenen signifikanten Einflussbeziehungen gehen vom Kooperationskonzept mit medizinischen Partnerinnen aus. Diese sieben Regressoren haben *alle* ein negatives Vorzeichen, während die restlichen sechs signifikanten Beziehungen, die vom Vorliegen von Konzepten mit sozialen bzw. anderen Kooperationspartnerinnen ausgehen, *alle* positiv sind. Dieser krasse Gegensatz zwischen den Ergebnissen für den ambulanten und den stationären Bereich ist schwer zu interpretieren.

Ein ähnlicher Befund liegt für den deutschen Teildatensatz vor. Hier gehen ebenfalls alle neun negativen Beziehungen zwischen dem Vorliegen von Kooperationskonzepten auf die Vollständigkeit der Dokumentation von jenen Konzepten aus, die vor allem medizinische Partnerinnen betreffen. Demgegenüber nehmen im finnischen Teildatensatz fast alle negativen Einflussbeziehungen auf die Vollständigkeit der Dokumentation bei den Kooperationskonzepten mit sozialen bzw. anderen Partnerinnen ihren Anfang. Dieses Ergebnis wiederum wäre mit der Interpretation eines ähnlichen Ergebnisses im estnischen Teildatensatz des ambulanten Bereichs erklärbar.

## **(2) Einfluss auf die Ausgewogenheit der Dokumentation**

In Tabelle 97f. (S. 369) finden sich die beiden zusammenfassenden Tabellen zum Einfluss des Vorliegens von Kooperationskonzepten auf die Ausgewogenheit der Dokumentation. Vergleicht man diese beiden Tabellen, so stellt man wie auch schon beim Einfluss der Kooperationskonzepte auf die Vollständigkeit der Dokumentation auch hier wesentlich mehr signifikante Regressionsmodelle im stationären Bereich fest. Bemerkenswert ist dabei, dass alle gemessenen Regressionsbeziehungen des ambulanten wie auch des stationären Bereichs negativ sind. Ein negativer Einfluss geht dabei sowohl von den Kooperationskonzepten mit medizinischen wie auch mit sozialen bzw. anderen Partnerinnen aus.

## **(3) Einfluss auf die Kongruenz der Dokumentation**

Der Einfluss der Konzepte, die von der Pflegemanagerin zur externen Kooperation entwickelt werden, auf die Kongruenz der Dokumentationen mit dem Pflegeerleben aus Klientinnenperspektive wird in Tabelle 99 (S. 370) für die Klientinnen in ambulanter Versorgung wiedergegeben. Die beiden signifikanten Modelle im estnischen Teildatensatz der Betreuten in ambulanter Versorgung beruhen lediglich auf einem sehr kleinen Ausschnitt des Teildatensatzes, für den hier Daten vorliegen. Insgesamt kann damit die Erwartung, dass die Qualität der externen Kooperationskonzepte auf die Kongruenz der Dokumentation nur einen geringen Einfluss hat, als bestätigt betrachtet werden. Schließlich betreffen die Konzepte der externen Kooperation die Pflegerinnen-Klientinnenbeziehung nur indirekt die Kongruenz der Dokumentationen mit dem Pflegeerleben durch die Klientinnen. Dies gilt noch stärker für den Bereich der stationären Versorgung (Tabelle 100, S. 370) mit nur einem signifikanten Regressor im estnischen Teildatensatz.

## **7.2 Objektiver professioneller Output der Dokumentation**

Gegenstand des vorherigen Abschnitts war die empirische Analyse der durch die Managerin geschaffenen Voraussetzungen für die Pflegedokumentation. In den Untersuchungen dieses und des nächsten Kapitels wird die Perspektive umgekehrt. Nun geht es um die Pflegeergebnisse, welche durch die Dokumentation beeinflusst werden (vgl. hierzu die theoretisch hergeleitete Frage 5 in Abschnitt 5.2). Diese werden zunächst aus der professionellen Perspektive der Pflege sowie des Pflegemanagements und anschließend aus der subjektiven Perspektive der Klientinnen betrachtet (Kapitel 7.3). Grundsätzlich könnten auch die Pflegeergebnisse aus der professionellen Sicht der Pflege und des Pflegemanagements in eine objektive und eine subjektive Sichtweise differenziert werden. Die aus dem vorliegenden Datensatz generierbaren Indikatoren beschränken sich jedoch auf die objektive Perspektive, auf den Pflegeoutput. Als Größen für den objektiven professionellen Output werden betrachtet: die Effektivität und

Effizienz der Pflege (7.2.1 und 7.2.2), die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit (7.2.3), die dokumentierte Pflegequalität (7.2.4) sowie die externe Kooperationsqualität (7.2.5).

## **7.2.1 Effektivität**

Als erstes Merkmal des objektiven professionellen Pflegeoutput wird die Effektivität der Pflege in Abhängigkeit von der Qualität der Pflegedokumentation untersucht. Die Berechnung der Indikatoren zur Effektivität der Pflege wird in Abschnitt 6.5.2 beschrieben. Allgemein ausgedrückt beschreibt die Effektivität der Pflege, inwieweit diese jene Pflegebedarfe befriedigt, die aus Sicht der Pflegerin vorliegen. Diese Effektivitätsindikatoren werden dimensionspezifisch berechnet. Zugrunde gelegt wird dabei ein umfassender, pflgetheoretisch begründeter Pool von Pflegebedarfen, der unabhängig von den nationalen institutionell-rechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffen Verwendung findet. Grundsätzlich muss auf der Basis der theoretischen Ausführungen in Kapitel 3 von einer positiven Wirkung der Pflegedokumentation auf die Effektivität der Pflege ausgegangen werden. Schließlich verbessert eine gute informationelle Grundlage über die Pflegebedarfe einer Klientin die Möglichkeit der Pflegerinnen, auf diese Bedarfe zielgenau zu reagieren.

### **(1) Abhängigkeit von der Vollständigkeit der Dokumentation**

Tabelle 101 (S. 371) fasst die gefundenen Regressionsmodelle zur Abhängigkeit der Effektivität der Pflege von der Vollständigkeit der Dokumentation für die Klientinnen in ambulanter Versorgung zusammen. Erkennbar ist, dass sich der pflgetheoretisch erwartete positive Zusammenhang zwischen der Vollständigkeit der Dokumentation und der Effektivität der Pflege nicht überall bestätigt. Über alle Untersuchungsländer hinweg finden sich fünfzehn signifikante Regressoren; acht davon sind positiv, sieben negativ. Andererseits ist die Wirkung auf die Effektivität vor allem bei den estnischen, finnischen und britischen Klientinnen in ambulanter Versorgung durchaus erheblich. So finden sich im estnischen Teildatensatz Bestimmtheitsmaße bis zu über 50%.

Schwierig zu interpretieren scheint zunächst die Verteilung der positiven und negativen Einflüsse auf die Effektivität. Während für Deutschland ausschließlich negative Wirkungen vorliegen, sind die Einflüsse im finnischen Teildatensatz mehrheitlich positiv, bei den estnischen und britischen Klientinnen hingegen von uneinheitlicher Richtung. Zum Teil ermöglicht hier erst der Vergleich der Befunde mit den Ergebnissen der anderen nationalen Zusammenhangsmessungen in der Gesamtschau ein besseres Verständnis (siehe Abschnitt 7.4). Auch die Bereiche der Vollständigkeit der Dokumentation, die hier als Regressoren einen positiven oder negativen Einfluss auf die Effektivität der Pflege haben, lassen keine interpretierbare Regelmäßigkeit erkennen – ebenso wenig wie die signifikant beeinflussten Effektivitätsdimensionen.

Einen Vergleich dieser Ergebnisse mit denen aus den Teildatensätzen der Klientinnen in stationärer Versorgung enthält Tabelle 102 (S. 372). Auch die Teildatensätze der stationär betreuten Klientinnen weisen demnach insgesamt auf einen relativ starken Zusammenhang zwischen der Vollständigkeit der Dokumentation und der Pflegebedarfsbefriedigung hin. Auch hier finden sich Regressionsmodelle, bei denen die Vollständigkeit über 20% (finnischer und estnischer Teildatensatz), teilweise sogar über 40% (estnischer Teildatensatz) der Variabilität der Effektivität bestimmen.

Hinsichtlich der für die Effektivität relevanten Bereiche der Vollständigkeit der Dokumentation liegen mit Ausnahme der gemessenen Zusammenhänge im deutschen Teildatensatz keine erkennbaren Regelmäßigkeiten vor. Im deutschen Teildatensatz fällt auf, dass alle drei positiven Wirkungen auf die Effektivität der Pflege von der Vollständigkeit der Evaluationsdokumentation ausgehen. Dies entspricht den Erwartungen an die Chancen durch eine gute Evaluationsdokumentation, die ja auch als Proxy dafür angesehen werden kann, wie wichtig die Pflegerinnen diesen Pflegeprozessschritt in der Praxis nehmen. Bezüglich der beeinflussten Effektivitätsdimensionen finden sich keine interpretierbaren Muster.

## **(2) Abhängigkeit von der Ausgewogenheit der Dokumentation**

Im Unterschied zu den Zusammenhängen zwischen der Vollständigkeit der Dokumentation und der Effektivität der Pflege finden sich für den Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effektivität im ambulanten Bereich (Tabelle 103, S. 373) fast ausschließlich positive Wirkungen. Insbesondere im estnischen Teildatensatz sind diese Wirkungen bemerkenswert stark. Die Regressionsmodelle weisen hier Bestimmtheitsmaße über 25% auf. Dies entspricht dem pflegetheoretisch erwarteten Befund. Die Einflüsse gehen dabei von der Ausgewogenheit sowohl in Bezug auf die Pflegebedarfsdokumentation als auch in Hinblick auf die Pflegedurchführungsdokumentation aus. Die beeinflussten Effektivitätsdimensionen lassen jedoch keine interpretierbaren Regelmäßigkeiten erkennen. Im Unterschied zum ambulanten Bereich fallen die in den Teildatensätzen der stationär versorgten Klientinnen festgestellten signifikanten Regressionsbeziehungen insgesamt uneinheitlicher aus (vgl. Tabelle 104, S. 373). Lediglich für den schwedischen Teildatensatz kann von einem deutlichen (negativen) Zusammenhang gesprochen werden. Insgesamt jedoch sind die Zusammenhänge zwar durchaus bemerkenswert mit Bestimmtheitsmaßen bis zu über 50% im estnischen Teildatensatz, jedoch finden sich auch hier keine interpretierbaren Wirkungsmuster, weder hinsichtlich der abhängigen noch hinsichtlich der unabhängigen Indikatoren.

## **(3) Abhängigkeit von der Kongruenz der Dokumentation**

Der zu erwartende Einfluss des Maßes, in dem die dokumentierten Pflegeinhalte sowie jene durch die Klientinnen erlebte Pflegewirklichkeit mit der Effektivität der Pflege übereinstimmen, ist grundsätzlich eher klein. Schließlich bezieht sich die Kongruenz der Dokumentation auf die subjektive Sicht der Klientin, während die Effektivität der Pflege ein Maß des objektiven Pflegeoutput aus professioneller Sicht darstellt. Positive Zusammenhänge mit der Kongruenz der Dokumentation sind umso eher zu erwarten, je mehr die Pflegerinnen die Klientinnen in die Gestaltung der Pflege einbeziehen.

Inwiefern sich dies anhand der Datensätze der Klientinnen in ambulanter Versorgung nachweisen lässt, kann Tabelle 105 (S. 374) entnommen werden. Wegen zu geringer Fallzahlen können die Regressionsmodelle dabei in den estnischen und britischen Teildatensätzen nicht berechnet werden. Sieht man vom schwedischen Teildatensatz ab, in dem gar kein Zusammenhang zwischen der Kongruenz der Dokumentation und der Effektivität der Pflege nachzuweisen ist, so ist diese Wirkung insgesamt bemerkenswert: Das Regressionsmodell im deutschen Teildatensatz weist sogar ein Bestimmtheitsmaß von fast 60% auf und auch im finnischen Teildatensatz finden sich drei signifikante Regressoren.

Die signifikanten Einflüsse im finnischen Teildatensatz sind alle positiv. Hier bestätigt sich möglicherweise die eingangs formulierte Hypothese, wonach sich ein besonderes Bemühen, die Pflege gemeinsam mit der Klientin nach deren Wünschen zu gestalten, gleichermaßen auf die Kongruenz der Pflegedokumentation als auch auf die Effektivität der Pflege auswirken kann.

Interessant ist jedoch auch das im deutschen Teildatensatz nachgewiesene Regressionsmodell: Es weist nicht nur ein hohes Bestimmtheitsmaß und einen hohen Betrag der standardisierten Koeffizienten auf, sondern auch gegensätzliche Einflüsse auf die Effektivitätsdimension Umwelt. Diese gehen bemerkenswerterweise sowohl von der Kongruenz der Bedarfsdokumentation als auch von der Durchführungsdokumentation aus, und zwar jeweils in der Pflege dimension Umwelt. Während sich die Kongruenz der Bedarfsdokumentation stark negativ auf die Effektivitätsdimension Umwelt auswirkt, ist der Einfluss durch die Kongruenz der Durchführungsdokumentation in dieser Dimension stark positiv. Dieser Befund kann wie folgt interpretiert werden: Bemüht sich die Pflegerin, die Pflegebedarfe umfassend so wiederzugeben, wie sie selbst und die Klientin sie sehen, so dokumentiert sie auch Bedarfe, die nicht befriedigt werden können (was sich in einer geringeren gemessenen Effektivität niederschlägt, vgl. hierzu auch unter 7.4.4). Seltsamerweise gilt dieser Zusammenhang jedoch nicht für den Einfluss der Kongruenz der Durchführungsdokumentation auf die Effektivität der Pflege. Dieser ist positiv. Evtl. gilt auch hier die bereits im finnischen Teildatensatz herangezogene Interpretation, wonach sich eine besonders sorgfältige (und damit effektive) Verwendung der pflegerischen Ressourcen auch im Bemühen niederschlägt, die Pflege im Einklang mit der Klientin zu gestalten.

Einen Vergleich dieser Befunde mit denen für die Klientinnen in stationärer Versorgung ermöglichen die in Tabelle 106 (S. 374) zusammengefassten Regressionsmodelle. Der Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege ist demnach im stationären Bereich in etwa gleich stark wie bei den Klientinnen in ambulanter Versorgung. Auch hier finden sich wieder positive und negative Zusammenhänge. Auffallend ist wiederum, dass im deutschen Teildatensatz erneut die positiven Wirkungen von der Kongruenz der Durchführungsdokumentation ausgehen und die negativen von der Kongruenz der Pflegebedarfsdokumentation. Dies kann entsprechend der Regressionsergebnisse des Teildatensatzes der ambulant versorgten deutschen Klientinnen interpretiert werden.

## **7.2.2 Effizienz**

Während die Effektivität der Pflege angibt, wie gut die Pflege die Pflegebedarfe einer Klientin befriedigt, ist die Effizienz ein Maß dafür, zu welchem Anteil die geleistete Pflege in Hinblick auf die festgestellten Pflegebedarfe auch erforderlich ist. Die Effizienz wird ebenfalls dimensionsspezifisch für die vier pflegetheoretischen Dimensionen berechnet (vgl. ausführlich in Abschnitt 6.5.2). Grundsätzlich wird auch für die Effizienz eine Beeinflussung durch die Dokumentation erwartet, da – allgemein formuliert – die Dokumentation unter anderem als Planungsgrundlage für eine zielgenaue Ressourcenverwendung in der Pflege dienen kann. Inwiefern ein solcher Zusammenhang empirisch nachweisbar ist, wird nun anhand der Dokumentationsqualitätsindikatoren der Vollständigkeit, der Ausgewogenheit und der Kongruenz untersucht.

### **(1) Abhängigkeit von der Vollständigkeit der Dokumentation**

Der Einfluss der Vollständigkeit der Pflegedokumentation auf die Effizienz der Pflege, gemessen in den Teildatensätzen der Klientinnen in ambulanter Versorgung, ist in Tabelle 107 (S. 375) zusammenfasst. Insgesamt kann von einem deutlichen Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege gesprochen werden. Für jeden nationalen Teildatensatz findet sich mindestens ein signifikanter Regressor. Für den britischen und den schwedischen Teildatensatz können Regressionsmodelle nachgewiesen werden, die 45% bzw. 67% der Variabilität der einzelnen Effektivitätsdimensionen erklären. Die Einflussrichtung auf die Effektivität ist erwartungsgemäß überwiegend positiv: Sieben von zehn signifikanten Regressoren haben ein positives Vorzeichen. Weitergehende interpretierbare Regelmäßigkeiten bezüglich der relevanten abhängigen oder unabhängigen Indikatoren sind jedoch nicht erkennbar.

Einen Vergleich dieser Befunde mit denen für die Klientinnen in stationärer Versorgung ermöglicht Tabelle 108 (S. 376). In der Gesamtbetrachtung erkennt man auch für den stationären Bereich einen deutlichen Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege. Außer für den estnischen Teildatensatz finden sich für alle Untersuchungsländer ein oder mehrere signifikante Regressionsmodelle. Besonders stark fällt der Zusammenhang in den beiden skandinavischen Untersuchungsländern Finnland und Schweden aus. Hier erweisen sich alle Effizienzdimensionen als signifikant von der Dokumentationsvollständigkeit abhängig.

Uneinheitlich ist jedoch die Wirkungsrichtung, in der die Vollständigkeit der Dokumentation die Effektivität der Pflege beeinflusst. Zwar liegt wie auch schon im ambulanten Bereich über alle Länder hinweg ein leichtes Übergewicht der positiven Wirkungen vor, auf der Ebene der einzelnen Untersuchungsländer gilt dies jedoch nur für den deutschen Teildatensatz. Weitergehende Interpretationen erfordern einen Vergleich dieser Zusammenhänge mit den anderen gemessenen Wechselwirkungen in den jeweiligen nationalen Teildatensätzen. Dieser erfolgt durch die Zusammenschau aller länderspezifischen Ergebnisse in Abschnitt 7.4.

### **(2) Abhängigkeit von der Ausgewogenheit der Dokumentation**

Die Wirkung der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege wird in Tabelle 109f. (S. 377) für die Klientinnen in ambulanter und stationärer Versorgung empirisch nachvollzogen. Sowohl für die Klientinnen des ambulanten als auch für jene des stationären Bereichs fällt der Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentationen auf die Effizienz der Pflege eher gering aus. Bemerkenswert sind jedoch die beiden Regressionsbeziehungen im schwedischen und britischen Teildatensatz der Klientinnen in ambulanter Versorgung. Hier erklären die Regressoren 25% bzw. 37% der Variabilität der Effizienzindikatoren. Weiterhin fällt auf, dass alle signifikanten Einflussbeziehungen des ambulanten und des stationären Bereichs positiv sind.

### **(3) Abhängigkeit von der Kongruenz der Dokumentation**

Der Einfluss der Kongruenz der Dokumentationen mit dem Erleben der Pflege durch die Klientinnen auf die Effizienz der Pflege ist erwartungsgemäß eher klein: In den ambulanten Teildatensätzen findet sich überhaupt keine signifikante Regressionsbeziehung, wobei die Modellberechnungen im estnischen und britischen Teildatensatz der ambulant versorgten

Klientinnen wegen zu geringer Fallzahlen nicht durchgeführt werden kann. Im stationären Bereich (Tabelle 111, S. 379) werden signifikante Regressionsbeziehungen von der Kongruenz der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege nur im deutschen und im schwedischen Teildatensatz gemessen, wobei in den anderen Teildatensätzen jeweils ein bzw. mehrere Zusammenhangsbeziehungen nicht berechnet werden können, da die Teilstichproben aufgrund fehlender Werte hierfür zu klein sind.

Bemerkenswert ist jedoch, dass die gefundenen Regressionsbeziehungen im deutschen und im schwedischen Teildatensatz Bestimmtheitsmaße bis zu über 40% aufweisen. Im Übrigen fällt auf, dass alle signifikanten Regressoren ein positives Vorzeichen haben. Offenbar gelingt es den schwedischen und deutschen Pflegerinnen, eine besonders gut im Einklang mit der Klientin geleistete Pflege mit einer zielgenauen Ressourcenverwendung zu verbinden (vgl. hierzu auch die Interpretationen in Abschnitt 7.4.4)

### **7.2.3 Klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit**

Die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit beschreibt einen Vergleich der Pflegebedarfe einer Klientin mit den für ihre Pflege zur Verfügung stehenden Ressourcen. Sie ist unabhängig von der Frage, ob diese Ressourcen bedarfsadäquat eingesetzt (alloziiert) sind. Verglichen wird lediglich der Umfang der Pflegebedarfe und -leistungen, um so ein Maß berechnen zu können, wie gut die Bedarfe bei perfekter Allokation maximal befriedigt werden können bzw. könnten. Auch die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit wird nach den vier Pflegedimensionen differenziert ermittelt (vgl. unter 6.5.2). Grundsätzlich ist der zu erwartende Einfluss der Pflegedokumentationen auf die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit positiv. Schließlich erlaubt die zuverlässige Erfassung der Bedarfe der Klientinnen eine zielgenaue Ressourcenverteilung bzw. die passendere Zusammenstellung des Klientinnenmix zu den verfügbaren Ressourcen

#### **(1) Abhängigkeit von der Vollständigkeit der Dokumentation**

Über den Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentationen auf die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit informiert Tabelle 112 (S. 380) für die ambulant versorgten Klientinnen. Wie dieser Tabelle entnommen werden kann, ist die Bedeutung der Dokumentation für die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit je nach Untersuchungsland durchaus erheblich. In den estnischen und schwedischen Teildatensätzen finden sich Regressionsmodelle, die zwischen 30% und über 50% der Varianz einzelner Dimensionen der Ressourcenverfügbarkeit erklären. Je nach nationalem Teildatensatz überwiegen die negativen Einflussbeziehungen (deutsche und schwedische Klientinnen) oder die positiven Zusammenhänge (estnische und finnische Klientinnen) oder die Wirkungen der unabhängigen Variablen sind uneinheitlich (britische Klientinnen). Die Interpretation dieser unterschiedlichen Wirkungsrichtungen erfordert eine Gesamtschau aller länderspezifischen Zusammenhangsergebnisse, wie sie in Abschnitt 7.4 vorgenommen wird.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen für die stationär versorgten Klientinnen (Tabelle 113, S. 381), so erkennt insgesamt etwas geringere Zusammenhänge als im ambulanten Bereich. So finden sich über alle Untersuchungsländer nur zehn (statt zuvor zwanzig) signifikante Regressoren. Andererseits lassen sich erneut Regressionsmodelle mit relativ hohen Bestimmtheitsmaßen nachweisen (im deutschen und im estnischen Teildatensatz). Verglichen mit dem Befund im ambulanten Teildatensatz ist außerdem bemerkenswert, wie häufig sich



die Vollständigkeit der Dokumentation hier negativ auf die Ressourcenverfügbarkeit auswirkt (sieben der zehn signifikanten Regressoren haben ein negatives Vorzeichen). Die Pflegerinnen weisen damit über die Dokumentation auf Probleme der klientinnenspezifischen Ressourcenausstattung hin. Zur näheren Untersuchung dieser ökonomischen Beeinflussung der Dokumentationswirkung ist jedoch auch hier eine Zusammenschau aller länderspezifischen Einflussbeziehungen erforderlich.

## **(2) Abhängigkeit von der Ausgewogenheit der Dokumentation**

Die Wirkung der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit der ambulant versorgten Klientinnen ist in den meisten Untersuchungsländern eher gering (Tabelle 114, S. 382). Lediglich die im estnischen Teildatensatz gefundenen Regressionsmodelle erklären etwas mehr als 20% der Varianz der abhängigen Variablen. Bemerkenswerterweise weisen die Einflüsse in diesem Untersuchungsland auch als einzigem eine starke eindeutige Richtung auf. Sie sind positiv. Die Wirkung der Ausgewogenheit im stationären Bereich folgt keinem einheitlichen Muster (Tabelle 115, S. 383). Lediglich im deutschen Teildatensatz überwiegen eindeutig die negativen Beziehungen der Ausgewogenheitsindikatoren auf die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit. Insgesamt jedoch ist die Ausgewogenheit der Dokumentation durchaus von Bedeutung für die Ressourcenverfügbarkeit: Zumindest im deutschen und im estnischen Teildatensatz liegen die Bestimmtheitsmaße der Regressionsmodelle zwischen beachtlichen 17% und 57%.

## **(3) Abhängigkeit von der Kongruenz der Dokumentation**

Eine Wirkung der Kongruenz der Dokumentation mit der Sichtweise der Pflege durch die Klientin auf die klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit ist nur indirekt denkbar. So könnte ein negativer Zusammenhang beispielsweise dann möglich sein, wenn eine stärkere Berücksichtigung der Interessen der Klientin in der Pflege und mithin in der Pflegedokumentation dazu führt, dass vermehrt – mit den gegebenen Ressourcen – nicht zu befriedigende Pflegebedarfe offenbar werden. Tabelle 116 (S. 383) gibt die länderspezifischen empirischen Ergebnisse über diese Zusammenhänge für die Klientinnen in ambulanter Versorgung wieder. Die Regressionsrechnungen für die estnischen und britischen Klientinnen müssen unterbleiben, da hierfür nicht ausreichend Daten zur Verfügung stehen.

Insgesamt ist der Zusammenhang der Kongruenz der Dokumentation mit der klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit stärker als erwartet. Sowohl im deutschen als auch im finnischen Teildatensatz lassen sich Regressionsmodelle mit mehreren signifikanten Regressoren nachweisen, die Einfluss auf verschiedene Dimensionen der Ressourcenverfügbarkeit haben. Auffallend ist auch das hohe Bestimmtheitsmaß (von 54%) des im deutschen Teildatensatz gefundenen Regressionsmodells. Auf den ersten Blick scheinen die positiven Einflüsse der Kongruenz auf die Ressourcenverfügbarkeit zu überwiegen. Bei genauerer Betrachtung erkennt man aber, dass eine eindeutig positive Beziehung nur im finnischen Teildatensatz nachweisbar ist.

Auch im stationären Bereich finden sich starke Einflussbeziehungen von der Kongruenz der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit (Tabelle 117, S. 384). Diese beschränken sich jedoch auf die deutschen, estnischen und schwedischen Klientinnen. Im Unterschied zu den Ergebnissen aus den ambulanten Teildatensätzen überwiegen hier die negativen Zusammenhänge. Vor allem im deutschen Teildatensatz ist die Wirkungsrichtung stark negativ.

## 7.2.4 Dokumentierte Pflegequalität

Die Erhebung der dokumentierten Pflegequalität aus der Sicht der professionellen Pflegerinnen für den Care-Keys-Datensatz erfolgte aus einer Analyse der Pflegedokumentationen. Anhand von neunzehn Variablen (siehe Tabelle 43, S. 221) wurde die Pflegequalität, wie sie in den Dokumentationen zum Ausdruck kommt, durch die Erheberinnen beurteilt. Wie in Abschnitt 6.5.3 beschrieben, werden aus diesen neunzehn Variablen mittels einer Faktorenanalyse vier Indikatoren der dokumentierten Pflegequalität ermittelt. Diese Indikatoren werden als Klientinnenorientierung, Verfahren, Umwelt und Kooperation/Team interpretiert. In diesem Abschnitt wird untersucht, welchen Einfluss die Vollständigkeit, die Ausgewogenheit und die Kongruenz der Pflegedokumentation auf die so gemessene professionelle Pflegequalität haben.

### (1) Abhängigkeit von der Vollständigkeit der Dokumentation

Grundsätzlich ist zwischen der Vollständigkeit der Dokumentation und der Einschätzung der dokumentierten Pflegequalität durch die Erheberinnen ein positiver Zusammenhang zu erwarten. Dies gilt vor allem deshalb, weil eine allzu lückenhafte Dokumentation kaum als Nachweisgrundlage für eine gute Pflegequalität dienen kann. Außerdem besteht eine pflegetheoretische Hoffnung, dass die Pflegedokumentation die Pflegequalität sichern helfen kann (vgl. Kapitel 3).

Tabelle 118 (S. 385) unterstützt diese Hypothese für die ambulant versorgten Klientinnen weitgehend. Von insgesamt 25 signifikanten Regressoren haben neunzehn ein positives Vorzeichen. In mehreren Teildatensätzen finden sich Regressionsmodelle, die mehr als ein Drittel der Varianz der professionellen Pflegequalität erklären. Während jedoch die Einflussbeziehungen im deutschen und im britischen Teildatensatz ausschließlich positiv sind, finden sich im estnischen und finnischen Teildatensatz auch negative Regressoren in nennenswerter Anzahl. Hintergrund ist evtl., dass die Vollständigkeit der Durchführungsdokumentation Probleme der Pflegeumsetzung erst erkennbar macht. Dies würde auch den negativen Einfluss der Evaluationsdokumentation auf die Verfahrensqualität im finnischen Teildatensatz erklären.

Tabelle 119 (S. 386) vergleicht diesen Befund mit den für die Klientinnen stationärer Pflegeeinrichtungen. Die Zusammenhangsmessungen zwischen der Vollständigkeit der Dokumentation und der dokumentierten Pflegequalität unterscheiden sich stark von den Resultaten im ambulanten Bereich. Während im ambulanten Bereich die positiven Einflüsse deutlich überwiegen, halten sich nun die positiven und die negativen Beziehungen in etwa die Waage, obwohl sich auch hier die enorme Bedeutung der Dokumentation für die professionelle Pflegequalität bestätigt: In fast allen nationalen Teildatensätzen finden sich Regressionsmodelle mit Bestimmtheitsmaßen über 30%. Im estnischen Teildatensatz erklärt die Vollständigkeit der Dokumentation in einzelnen Modellen fast 90% der Streuung der Indikatoren der professionellen Pflegequalität.

Wie lässt sich der – im Unterschied zu den ambulant versorgten Klientinnen – wesentlich häufiger negative Einfluss der Dokumentationsvollständigkeit auf die professionelle Pflegequalität im stationären Bereich erklären? Ein Zusammenhang mit den dokumentierten Pflegeprozessschritten oder deren Pflegedimension ist nicht zu erkennen. So bleibt zunächst die allgemeine Vermutung, dass mit den vollständigeren Dokumentationen Pflegeprobleme offenbar

werden, die in den unvollständigeren Dokumentationen eher übersehen werden können. Demnach müssten diese Pflegeprobleme jedoch im stationären Bereich stärker relevant sein als im ambulanten. Tatsächlich liegen auch ähnliche Ergebnisse vor für den Einfluss der Dokumentationsvollständigkeit auf die Effektivität und auf die Effizienz der Pflege (Abschnitte 7.2.1 und 7.2.2). Wie die Wirkung auf die professionelle Pflegequalität ist auch der Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Zielgenauigkeit der Ressourcenverwendung im stationären Bereich deutlich negativer. Besonders ausgeprägt ist diese Parallelität der Befunde im britischen und im schwedischen Teildatensatz. Wahrscheinlich verbirgt sich dahinter eine in stationären Pflegeeinrichtungen stärker verbreitete einheitlichere Pflege, die weniger auf die Besonderheiten der einzelnen Klientinnen Rücksicht nimmt. So kann erklärt werden, warum die vollständigere Dokumentation gleichzeitig sowohl eine geringere Zielgenauigkeit der Pflege (Effektivität und Effizienz) als auch Probleme der Pflegequalität im stationären Bereich erkennbar macht.

## **(2) Abhängigkeit von der Ausgewogenheit der Dokumentation**

Die Wirkung der Ausgewogenheit der Pflegedokumentationen auf die dokumentierte professionelle Pflegequalität kann Tabelle 120 (S. 387) entnommen werden. Ähnlich wie bereits bei den Wirkungen der Vollständigkeit der Dokumentation auf die professionelle Pflegequalität liegen hier mit Ausnahme des schwedischen Teildatensatzes ausschließlich positive Zusammenhänge vor. Die Einflüsse, die von der Ausgewogenheit der Dokumentation ausgehen, sind dabei etwas weniger stark als die Effekte der Vollständigkeit: Bei keinem Regressionsmodell übertrifft das Bestimmtheitsmaß 25%. Bemerkenswert bleibt jedoch die ausschließlich positive Wirkungsrichtung. Demnach gilt im ambulanten Bereich der theoretisch zu erwartende Zusammenhang, wonach eine vollständige und ausgewogene Dokumentation helfen kann, die Pflegequalität zu verbessern und dies auch mittels der Dokumentation darzustellen.

Weniger eindeutig ist das Ergebnis im stationären Bereich (Tabelle 121, S. 387). Generell sind die gemessenen Wirkungen der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität hier stärker als in den Teilstichproben der ambulant versorgten Klientinnen. So liegt die Zahl der signifikanten Regressoren deutlich über jener der Regressionsmodelle für den ambulanten Bereich und auch die Bestimmtheitsmaße der Modelle sind nun wesentlich größer, vor allem im estnischen und britischen Teildatensatz.

Nicht so klar ist jedoch erneut die Wirkungsrichtung der Zusammenhänge. Wie auch schon beim Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die professionelle Pflegequalität finden sich im stationären Bereich deutlich mehr negative Regressoren. Während jedoch die stationäre Versorgungsform die Wirkung der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Pflegequalität fast egalisiert, liegt hier zumindest im deutschen, estnischen und britischen Teildatensatz ein insgesamt positiver Zusammenhang vor. Die *ausgewogenere* Dokumentation steht also weniger häufig mit Problemen bei der Pflegeleistungserbringung in Zusammenhang, wie es eine *vollständigere* Dokumentation tut. Die besondere Bedeutung einer gleichmäßigen Berücksichtigung aller Pflegedimensionen in der Pflegedokumentation für die Pflegequalität findet damit eine Bestätigung.

### **(3) Abhängigkeit von der Kongruenz der Dokumentation**

Die Wirkungen der Kongruenz der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität kann nur im deutschen und im finnischen Teildatensatz der ambulant versorgten Klientinnen untersucht werden. In den anderen Teildatensätzen sind die Analysen aufgrund nicht berechenbarer Indikatoren und/oder fehlender Varianzen der Indikatoren nicht möglich. Wie Tabelle 122 (S. 388) entnommen werden kann, ist ein Zusammenhang der Kongruenz der Dokumentation mit der professionellen Pflegequalität nur im deutschen Teildatensatz nachweisbar. Die Wirkungsrichtung der beiden signifikanten Regressionsmodelle ist dabei positiv. Dies entspricht grundsätzlich den theoretischen Erwartungen, da die Einbeziehung der Klientinnen ein wichtiges Merkmal der Pflegequalität darstellt und als solches in den Variablen zur Erhebung der Pflegequalität berücksichtigt wird (vgl. Tabelle 43, S. 221). Diese Variablen laden hoch in den Pflegequalitätsdimensionen Klientinnenorientierung und Verfahren (vgl. Tabelle 44, S. 222), die hier durch die Kongruenz der Dokumentation positiv beeinflusst werden. Insofern wiederholt die empirische Zusammenhangsmessung hier die Einschätzung der Erheberinnen und bestätigt so vor allem die Validität der berechneten Indikatoren zur Dokumentationskongruenz.

Im stationären Bereich beschränken sich die gemessenen signifikanten Zusammenhänge zwischen der Kongruenz der Dokumentation und der dokumentierten Pflegequalität auf den britischen Teildatensatz (Tabelle 123, S. 388). Die anderen nationalen Teildatensätze verfügen zwar über die Mindestzahl von Fällen, weisen jedoch keine signifikanten Regressionsmodelle auf. Anders als im ambulanten Bereich finden sich auch signifikante negative Einflussbeziehungen. Sie gehen alle von der Kongruenz der Bedarfsdokumentation aus. Möglicherweise ist es bei den stationär versorgten Klientinnen schwieriger, die Erwartungen der Klientinnen an die Pflege mit den professionellen Pflegestandards zu vereinbaren. Erschwert werden könnte dies durch die institutionellen Gegebenheiten, welche die Individualität der Pflege im Vergleich zum ambulanten Bereich behindert, sowie durch die insgesamt höheren Pflegebedarfe der stationär versorgten Klientinnen, die eine Verständigung der Pflegerinnen und der Klientinnen über diese Bedarfe unter gleichzeitiger Wahrung professioneller Standards ebenfalls schwieriger machen.

#### **7.2.5 Externe Kooperation**

Im Unterschied zu den bisher untersuchten Output-Indikatoren ist die Qualität der externen Kooperation vor allem als Output der Managerin und weniger der Pflegerinnen anzusehen. In der Managementbefragung wurde den Managerinnen eine Reihe von externen Kooperationspartnerinnen vorgelegt und gefragt, wie gut die Kooperation mit diesen gelingt. Auf der Basis einer Faktorenanalyse der einzelnen Kooperationspartnerinnen und orientiert an der Zuordnung derselben Partnerinnen bei der Bildung der Indikatoren zum Kooperationskonzept (Managementinput, vgl. unter 6.5.1) wurden zur Kooperationsqualität zwei Indikatoren berechnet (vgl. unter 6.5.4). Diese stehen für die Qualität der Kooperation mit den medizinischen Partnerinnen und mit den sozialen bzw. anderen Partnerinnen. Ihre Abhängigkeit von der Dokumentationsqualität wird nun empirisch untersucht. Aufgrund fehlender Daten aus der Befragung der Managerin können alle diese Zusammenhangsmessungen nicht im britischen Teildatensatz durchgeführt werden.

## **(1) Abhängigkeit von der Vollständigkeit der Dokumentation**

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine gute Pflegedokumentation die externe Kooperation unterstützen kann. Je vollständiger die relevanten Pflegedokumentationsschritte und Pflegedimensionen in der Dokumentation abgebildet sind, desto eher verfügen die Pflegerinnen und auch die Managerin selbst über die nötigen Informationen für eine gelungene externe Kooperation (vgl. hierzu auch unter 3.1.1).

Wie Tabelle 124 (S. 389) entnommen werden kann, können in allen nationalen Teildatensätzen der ambulant versorgten Klientinnen mit Ausnahme des schwedischen signifikante Regressionsbeziehungen zwischen der Dokumentationsvollständigkeit und der externen Kooperationsqualität festgestellt werden. Die Bestimmtheitsmaße der einzelnen Regressionsmodelle sind beachtlich. Insgesamt besteht ein in etwa ausgewogenes Verhältnis zwischen den positiven und negativen Einflussbeziehungen. Schwer zu interpretieren ist aber die Verteilung der positiven und negativen Einflussbeziehungen: Während die positiven Wirkungen vor allem von der Vollständigkeit der Dokumentation in der Pflegedimension Physisch/funktional auf die Kooperationsqualität mit den medizinischen Partnerinnen zu erwarten wäre, werden diese Wirkungen vor allem auf die Kooperationsqualität mit den sozialen/anderen Partnerinnen gemessen. Die Qualität der Zusammenarbeit mit den medizinischen Partnerinnen hingegen kann positiv durch die Vollständigkeit der Durchführungsdokumentation in der Dimension Psychisch (Estland) und der Evaluationsdokumentation (Finnland) beeinflusst werden.

Wie auch im ambulanten Bereich bestehen bei den stationär versorgten Klientinnen starke Zusammenhänge zwischen der Vollständigkeit der Dokumentation und der Qualität der externen Kooperation (Tabelle 125, S. 390). Auch hier erklärt die Dokumentationsvollständigkeit teilweise einen erheblichen Anteil der Varianz der Kooperationsqualitätsindikatoren. Entgegen der eingangs vermuteten positiven Beziehung zwischen der Dokumentationsvollständigkeit und der Kooperationsqualität überwiegen hier die negativen Wirkungen der Dokumentation. Dies gilt vor allem für die beiden Untersuchungsländer Finnland und Schweden. Eine besondere Bedeutung bestimmter Dokumentationsbestandteile oder eine besondere Beeinflussbarkeit bestimmter Partnerinnen kann aber weder in den beiden skandinavischen Untersuchungsländern noch in den anderen Teildatensätzen festgestellt werden. Vergleicht man die hier gemessene Wirkung der Dokumentationsvollständigkeit auf die Kooperationsqualität mit den Beziehungen zwischen dem Kooperationskonzept auf die Dokumentationsvollständigkeit im stationären Bereich (Tabelle 96, S. 368), so fällt auf, dass auch diese überwiegend negativ ist, vor allem im finnischen Teildatensatz. Somit besteht hier eine negative Zusammenhangskette von der Qualität des Kooperationskonzepts zur Dokumentationsvollständigkeit und weiter zur Qualität der externen Kooperation. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Managerinnen, die ihr Kooperationskonzept besonders kritisch betrachten, auch eher Probleme in der externen Kooperation sehen.

## **(2) Abhängigkeit von der Ausgewogenheit der Dokumentation**

Tabelle 126 (S. 390) und Tabelle 127 geben für die ambulant und für die stationär versorgten Klientinnen wieder, wie die externe Kooperationsqualität von der Ausgewogenheit der Pflegedokumentation abhängt. Im ambulanten Bereich beschränken sich die signifikanten Regressionsbeziehungen zwischen der Ausgewogenheit der Dokumentation und der Kooperationsqualität auf den estnischen Teildatensatz. Im stationären Bereich lässt sich auch eine Einflussbeziehung für die deutschen Klientinnen feststellen. Während im estnischen Teildatensatz der ambulant versorgten Klientinnen die Ausgewogenheit der Durchführungsdokumentation

zweimal einen negativen Einfluss auf die Kooperationsqualität hat, wirkt sich eine gleichmäßigere Durchführungsdokumentation bei den stationär versorgten estnischen Klientinnen positiv aus, während die Ausgewogenheit der Bedarfsdokumentation hier eine negative Wirkung hat. Beide Befunde sind ebenso schwer zu interpretieren wie der negative Regressor im deutschen Teildatensatz stationär betreuter Klientinnen.

### **(3) Abhängigkeit von der Kongruenz der Dokumentation**

Für die Wirkung der Kongruenz der Dokumentation auf die Kooperationsqualität wird ebenfalls ein positives Vorzeichen vermutet. Schließlich repräsentiert auch die Kongruenz der Dokumentation einen Aspekt der Kooperation, nämlich jenen, zwischen der Pflege und der Klientinnen. Eine gute Kongruenz der Dokumentation mit der Klientinnensicht auf die Pflege steht somit auch für eine gute Zusammenarbeit zwischen der Pflegerin und Managerin auf der einen sowie der Klientin auf der anderen Seite. Ein Funktionieren des Kooperationsdreiecks zwischen der Pflege, der Klientin und den externen Kooperationspartnerinnen kann nun aber umso eher gelingen, je besser sich Pflegerin und Klientin über die Pflegeinhalte verständigen können. Ist dies nämlich nicht der Fall, so arbeiten die Pflege und die externen Partnerinnen unter unterschiedlichen Voraussetzungen mit der Klientin zusammen.

Betrachtet man die empirisch festgestellten Regressionsbeziehungen zwischen der Kongruenz der Dokumentation und der Kooperationsqualität (Tabelle 128 und Tabelle 129, S. 391), so bestätigt sich diese Vermutung zumindest für die Teildatensätze der in Deutschland ambulant und der in Estland stationär versorgten Klientinnen. Bemerkenswert ist die Stärke des Zusammenhangs, der für die estnischen Klientinnen des stationären Bereichs gemessen wird. Eine Messung für die estnischen Klientinnen in ambulanter Versorgung kann mangels einer ausreichenden Datenbasis nicht vorgenommen werden.

## **7.3 Subjektiver klientinnenbezogener Outcome der Dokumentation**

Im letzten Kapitel wurde die Bedeutung der Pflegedokumentation für den professionellen Output der Pflegerin und der Managerin untersucht. Gegenstand des folgenden ist nun der Einfluss der Dokumentation auf den Pflegeoutcome aus der Sicht der Klientin (vgl. hierzu die theoretisch hergeleitete Frage 6 in Abschnitt 5.2). Hierzu werden zwei Gruppen von Outcome-Indikatoren betrachtet, die Zufriedenheit der Klientinnen mit der Pflegequalität und – als finales Pflegeziel – die pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen. Die Regressionsmodelle dieses Kapitels geben dabei zunächst Aufschluss darüber, ob die Dokumentationsaktivitäten der Pflege überhaupt eine direkte Bedeutung für den Pflegeoutcome aus Sicht der Klientinnen haben. Sollte dies der Fall sein, so kann der Einfluss entweder negativ sein; dies könnte beispielsweise bedeuten, dass die die Dokumentationsaufgaben die Pflegerinnen von der Arbeit mit den Klientinnen abhalten bzw. dass die Pflegerinnen den Fokus ihres Bemühens eher auf eine möglichst perfekte Dokumentation denn auf die Klientinnen richten.

Erweist sich die Wirkung der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit und letztlich auch auf die pflegebezogene Lebensqualität hingegen als positiv, so kann dies als Beleg gelten, dass die Dokumentation nicht notwendigerweise eine quasi bürokratische Übung sein muss, sondern helfen kann, echten Mehrwert auch für die Klientin zu schaffen. Einige Hinweise für eine solch positive Rolle der Dokumentation ergaben schon die beschriebenen positiven Wirkungen der Dokumentation auf den professionellen Output aus Sicht der Pflegerinnen (z.B.

auf die Effektivität bzw. Effizienz sowie auf die dokumentierte Pflegequalität, vgl. die Ergebnisse des vorherigen Abschnitts). Ein umfassenderer Nachweis des Potentials der Pflegedokumentation gelingt jedoch, wenn derartig positive Wirkungen nicht nur auf die Pflegeoutcomes aus der Sicht derjenigen bestehen, die selbst für die Dokumentation verantwortlich sind, sondern auch aus der Sicht der pflegerischen Zielgruppe.

### **7.3.1 Zufriedenheit der Klientinnen mit der Pflegequalität**

Zur Zufriedenheit der Klientinnen mit der Pflegequalität enthält der Datensatz 22 (ambulant) bzw. 21 (stationär) Variablen aus der Befragung der Klientinnen. Wie in Abschnitt 6.5.5 beschrieben, werden diese Variablen auf der Grundlage von Faktorenanalysen zu jeweils vier Indikatoren zusammengefasst. Diese Indikatoren werden interpretiert als Pflegezufriedenheit in sozialer, physisch/funktionaler, umweltbezogener und psychischer Hinsicht.

#### **(1) Abhängigkeit von der Vollständigkeit der Dokumentation**

Signifikante Regressionsbeziehungen zwischen der Vollständigkeit der Dokumentation und der Pflegezufriedenheit der Klientinnen bestehen gemäß Tabelle 130 (S. 392) im estnischen, finnischen und schwedischen Teildatensatz. Ein stärkerer Zusammenhang, gemessen am Bestimmtheitsmaß, kann dabei für die estnischen und schwedischen Klientinnen festgestellt werden. Uneinheitlich ist jedoch die Richtung der gemessenen Einflussbeziehungen. Während der Zusammenhang im schwedischen Teildatensatz eindeutig positiv ist, haben die Regressoren für die estnischen Klientinnen uneinheitliche Vorzeichen und ist die Wirkung für die finnischen Klientinnen sogar negativ. Bevor daraus jedoch eine mehr oder minder große bürokratische Behinderung der Pflegerinnen durch die Dokumentationsanforderungen zu Lasten der Klientinnen abgeleitet werden kann, müssen diese Ergebnisse mit den Wirkungen der anderen Dokumentationsqualitätsindikatoren auf die Klientinnen-Outcomes verglichen werden.

Im stationären Bereich finden sich in allen Untersuchungsländern mit der Ausnahme Großbritanniens signifikante Regressionsmodelle zum Einfluss der Dokumentationsvollständigkeit auf die Zufriedenheit der Klientinnen mit der Pflege (Tabelle 131, S. 393). Ein besonders starker Zusammenhang besteht im schwedischen Teildatensatz. Betrachtet man die Richtung der signifikanten Einflussbeziehungen, so überwiegen die negativen Regressoren. Nur im estnischen Teildatensatz sind die positiven und negativen Beziehungen ausgeglichen und im schwedischen Teildatensatz besteht ein leichtes Übergewicht der positiven Einflüsse. Regelmäßigkeiten hinsichtlich der relevanten unabhängigen oder abhängigen Indikatoren können aber hier ebenso wenig wie zuvor im ambulanten Bereich festgestellt werden. Letztlich lassen sich auch diese Ergebnisse nur in der Gesamtschau mit allen anderen in den nationalen Teildatensätzen gemessenen Einflussbeziehungen interpretieren (vgl. Abschnitt 7.4).

#### **(2) Abhängigkeit von der Ausgewogenheit der Dokumentation**

Einen Überblick über die geschätzten Regressionsmodelle zur Rolle der Ausgewogenheit der Dokumentation für die Pflegezufriedenheit der Klientinnen geben Tabelle 132 und Tabelle 133 (S. 393). Eine ausgewogenere Pflegedokumentation wirkt sich demnach insgesamt kaum auf die Pflegezufriedenheit der Klientinnen aus. Wie auch beim Einfluss der Dokumentationsvollständigkeit finden sich im stationären Bereich mehr signifikante Modelle als im ambu-

lantem. Insgesamt halten sich die positiven und die negativen Einflussbeziehungen in etwa die Waage. Eine Interpretation einzelner Regressionsmodelle ist jedoch nicht möglich.

### **(3) Abhängigkeit von der Kongruenz der Dokumentation**

Die Wirkung der Dokumentationskongruenz kann mangels Daten nur im deutschen, finnischen und schwedischen Teildatensatz der ambulant versorgten Klientinnen untersucht werden. Das Ergebnis sind die in Tabelle 134 (S. 394) wiedergegebenen Regressionsmodelle. Ein signifikanter Einfluss der Kongruenz der Dokumentation mit der Klientinnenwahrnehmung der Pflege auf deren Pflegezufriedenheit lässt sich demnach im deutschen und im finnischen Teildatensatz nachweisen. Insgesamt halten sich die positiven und die negativen Zusammenhänge zunächst die Waage, wobei zwei der negativen Regressoren nur sehr knapp das Signifikanzniveau von 5% unterschreiten.

Im deutschen Teildatensatz überwiegen damit die positiven Einflussbeziehungen. Dies ist insofern bemerkenswert, als die beiden anderen Dokumentationsqualitätsindikatoren – Vollständigkeit und Ausgewogenheit – jeweils keinen Einfluss auf die Pflegezufriedenheit zeigen. Das heißt, für die Zufriedenheit der deutschen Klientinnen in ambulanter Versorgung mit ihrer Pflege ist zweitrangig, wie vollständig die Dokumentation ausfällt und wie gleichmäßig darin die pflegetheoretisch relevanten Pflegedimensionen angesprochen werden, sondern wie sehr die in den Dokumentationen festgehaltene Sicht der Pflegerinnen mit der der Klientinnen übereinstimmt. Dies kann als empirische Untermauerung der Warnung interpretiert werden, die Dokumentation als einseitiges Definitionsinstrument der Pflegerin zu verstehen.

Signifikante Einflussbeziehungen der Dokumentationskongruenz auf die Pflegezufriedenheit bestehen im stationären Bereich nur im deutschen Teildatensatz (Tabelle 135, S. 395). Auch hier weisen beide Regressionskoeffizienten ein positives Vorzeichen auf. Dabei erweist sich auch die Kongruenz der Durchführungsdokumentation in der Dimension Physisch/funktional als positiv relevant. Dies ist insofern besonders bemerkenswert, als die Vollständigkeit der Durchführungsdokumentation in dieser Dimension einen negativen Einfluss auf die Pflegezufriedenheit hatte (vgl. Tabelle 131, S. 393). Wie bereits im ambulanten Bereich findet sich somit auch hier im deutschen Teildatensatz ein Hinweis auf die besondere Bedeutung der gemeinsamen Gestaltung des Pflege- und damit auch des Dokumentationsgeschehens für die Zufriedenheit der Klientin mit der Pflege.

### **7.3.2 Pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen**

Die pflegebezogene Lebensqualität wurde für den vorliegenden Datensatz mittels des von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten WHOQOL-Bref-Befragungsinstruments erhoben. Dieser umfasst 24 Items, aus denen Indikatoren für die Lebensqualitätsdimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umweltbezogen und Psychisch berechnet werden (vgl. Abschnitt 6.5.6). Die pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen korreliert in allen Teildatensätzen hoch mit der Pflegezufriedenheit der Klientinnen (vgl. hierzu auch sowie Vaarama/Tiit 2007, S. 173ff.; Saks et al. 2007, S. 202). Insofern sind in diesem Abschnitt relativ ähnliche Ergebnisse zu erwarten wie bei den Zusammenhangsmessungen zwischen der Dokumentationsqualität und der Pflegezufriedenheit im vorherigen Abschnitt.



### **(1) Abhängigkeit von der Vollständigkeit der Dokumentation**

Aufgrund fehlender Daten aus der Befragung der Klientinnen zur Lebensqualität können im britischen Teildatensatz keine Regressionsmodelle zur Abhängigkeit der Lebensqualität von der Vollständigkeit der Dokumentation berechnet werden. Die Ergebnisse der anderen nationalen Teildatensätze des ambulanten Bereichs sind in Tabelle 136 (S. 396) zusammengefasst. Ein signifikanter Einfluss der Dokumentationsvollständigkeit kann demnach im deutschen, estnischen und schwedischen Teildatensatz der ambulant betreuten Klientinnen nachgewiesen werden. Die meisten relevanten Regressoren finden sich für die schwedischen Klientinnen. Bemerkenswert ist die Richtung der gemessenen Zusammenhänge: Ein negativer Einfluss findet sich nur im estnischen Teildatensatz. Die Wirkung der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität im deutschen Teildatensatz ist hingegen positiv, im schwedischen sogar stark positiv. Damit liegt ein deutlicher Hinweis, auf das Potential der Pflegedokumentation nicht nur für den professionellen Pflegeoutput, sondern auch für den Pflegeoutcome aus Klientinnenperspektive vor.

Tabelle 137 (S. 397) zufolge können im stationären Bereich in allen Untersuchungsländern signifikante Einflüsse der Dokumentationsvollständigkeit auf die Lebensqualität der Klientinnen nachgewiesen werden. Wie im ambulanten Bereich überwiegen auch hier insgesamt die positiven Wirkungen. Ein negativer Zusammenhang besteht jedoch im estnischen und im finnischen Teildatensatz. Wie bereits im ambulanten Bereich fällt auch hier der stark positive Einfluss der Dokumentationsvollständigkeit bei den schwedischen Klientinnen auf. Dies ist umso bemerkenswerter, als gerade in den beiden schwedischen Teildatensätzen die Wirkung der Vollständigkeit der Dokumentation auf den Pflegeoutput aus professioneller Sicht meist fehlt oder sogar negativ ist. Eine ausführliche Diskussion und Interpretation dieses Befunds wird anhand der nationalen Gesamtdarstellungen der gefundenen Einzelbeziehungen in Abschnitt 7.4.4 vorgenommen.

### **(2) Abhängigkeit von der Ausgewogenheit der Dokumentation**

Die Wirkung der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Lebensqualität der Klientinnen kann mangels entsprechender Daten im britischen Teildatensatz nicht untersucht werden. Im Übrigen stellen sich die Ergebnisse für die ambulanten und die stationären Teildatensätze wie in Tabelle 138 und Tabelle 139 (S. 397) dar: Insgesamt bestehen demnach im ambulanten Bereich kaum Beziehungen zwischen der Ausgewogenheit der Dokumentation und der Lebensqualität der Klientinnen. Im stationären Bereich findet sich hingegen für jedes Untersuchungsland zumindest ein signifikanter Regressor. Einen erneuten Hinweis auf das Potential der Dokumentation, auch für den Pflegeoutcome aus Klientinnensicht, stellt die Tatsache dar, dass von den sieben im ambulanten und stationären Bereich gefundenen signifikanten Regressoren fünf ein positives Vorzeichen aufweisen. Ein überwiegend negativer Einfluss besteht demnach nur im finnischen Teildatensatz der stationär versorgten Klientinnen.

### **(3) Abhängigkeit von der Kongruenz der Dokumentation**

Die Bedeutung der Dokumentationskongruenz kann im ambulanten Bereich aufgrund fehlender Daten für den estnischen und den britischen Teildatensatz nicht erfolgen. Die gefundenen Regressionsmodelle in den übrigen Teildatensätzen werden in Tabelle 140 und Tabelle 141 (S. 398) wiedergegeben. Im Unterschied zu den Wirkungen der Dokumentationsvollständigkeit und der Dokumentationsausgewogenheit ist der Einfluss der Dokumentationskongruenz

auf die Lebensqualität der Klientinnen demnach im ambulanten Bereich deutlich größer als bei den stationär versorgten Klientinnen. Der einzige negative Regressor findet sich im schwedischen Teildatensatz der ambulant betreuten Klientinnen. Bemerkenswerterweise ist gerade in diesem Teildatensatz der Einfluss der Vollständigkeit auf die Lebensqualität relativ stark positiv.

Insgesamt jedoch fällt das deutliche Übergewicht der positiven Einflussbeziehungen der Dokumentationskongruenz auf. Von acht im ambulanten und stationären Bereich gemessenen signifikanten Regressoren haben sieben ein positives Vorzeichen. Dies ist ein erneuter, deutlicher Hinweis darauf, dass die Dokumentation umso eher auch den klientinnenbezogenen Pflegeoutcome unterstützen kann, je besser das Pflegegeschehen in Kooperation mit der Klientin stattfindet, was sich dann auch in der Dokumentation niederschlägt.

## **7.4 Ländervergleich und zusammenfassende Dokumentationsmuster**

Die bisher vorgenommene Darstellung der empirischen Ergebnisse zu Voraussetzungen und Wirkungen der Pflegedokumentation konzentrierte sich auf die Diskussion von Einzelzusammenhängen zwischen den verschiedenen Indikatoren. Immer wieder lagen Zusammenhänge vor, für deren Interpretation es notwendig ist, ihre Rolle in jener umfassenden Wirkungskette zu betrachten, die von den durch das Management geschaffenen Dokumentationsvoraussetzungen über die Dokumentationsqualität bis hin zu den Dokumentationsergebnissen aus professioneller und aus Klientinnensicht reicht. Diese Wirkungsketten werden im Folgenden für die einzelnen Unterstichproben (der einzelnen Länder und für die beiden Versorgungsformen) vorgestellt. Dabei zeigt sich eine unerwartete Variabilität der Wirkungsketten zwischen den einzelnen Untersuchungsländern. Nochmals zusammenfassend werden daraus drei verschiedene *Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen* erkannt, zu deren Interpretation neben den pflegetheoretischen Erkenntnissen aus Kapitel 3 auch die institutionenökonomischen Modelle aus Kapitel 4 (vgl. insbesondere den Überblick in Abschnitt 4.3) herangezogen werden.

Da länderspezifische Unterschiede bei dieser Interpretation der Ergebnisse besonders bedeutsam sind, wird nachfolgend die Dokumentationsqualität zunächst in einem ländervergleichenden Überblick deskriptiv charakterisiert. Erkennbar werden deutliche nationale Differenzen des Dokumentationshandelns hinsichtlich der vier Pflegequalität dimensions und der Pflegeprozessschritte. Ein solcher Ländervergleich, wie er nun für die Dokumentationsqualität sowie deren Ursachen- und Wirkungspfade vorgenommen wird, liegt bislang in keiner der unter 3.1.3 beschriebenen Darstellungen vor.

### **7.4.1 Dokumentationsqualität im Ländervergleich**

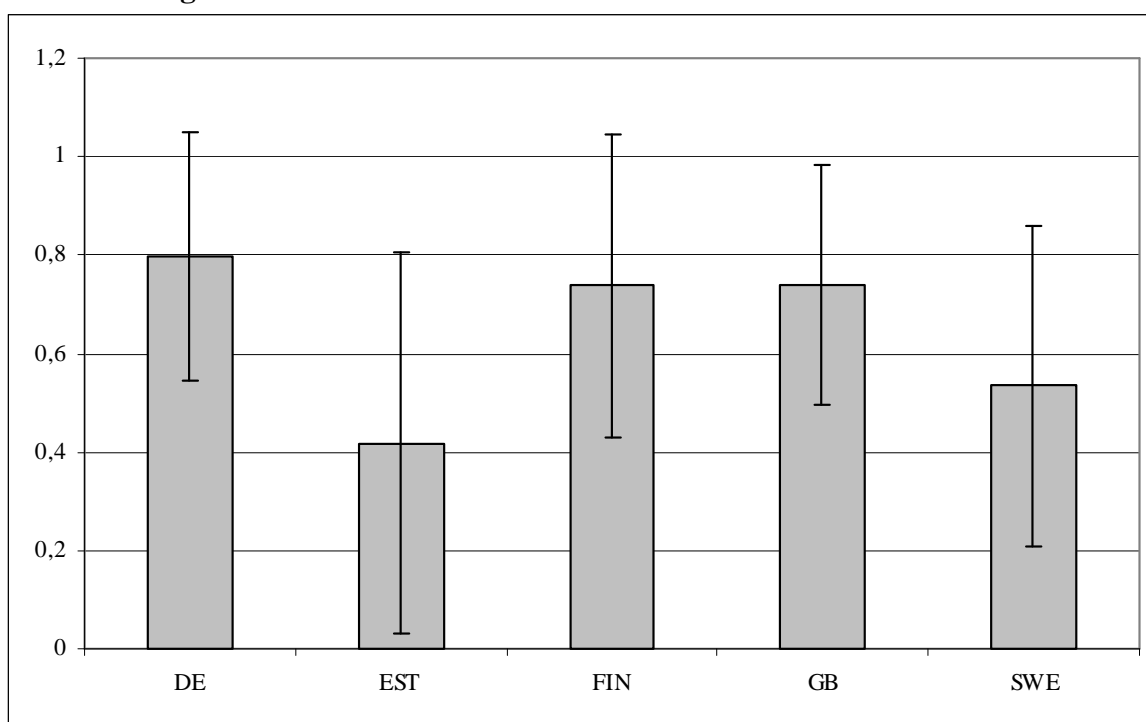
Der deskriptive Ländervergleich der Dokumentationsqualität erfolgt mittels der in Abschnitt 6.4 berechneten Indikatoren zur Vollständigkeit und zur Ausgewogenheit der Dokumentationen sowie zur Kongruenz der Dokumentationsinhalte mit den Aussagen der Klientinnen. Diese Indikatoren werden überwiegend nach den vier Pflegedimensionen des Metaqualitätsmodells (vgl. Abschnitt 2.2) differenziert ermittelt. Die nachfolgend beschriebenen systematischen Unterschiede der dimensionsspezifischen Dokumentationsqualität antworten insbesondere auf die theoretisch hergeleiteten Fragen 2 bis 4 in Abschnitt 5.2 und bestätigen zugleich

die Anwendung dieses Qualitätsmodells im Metamodell der Pflegeprozessdokumentation in Abschnitt 5.1.

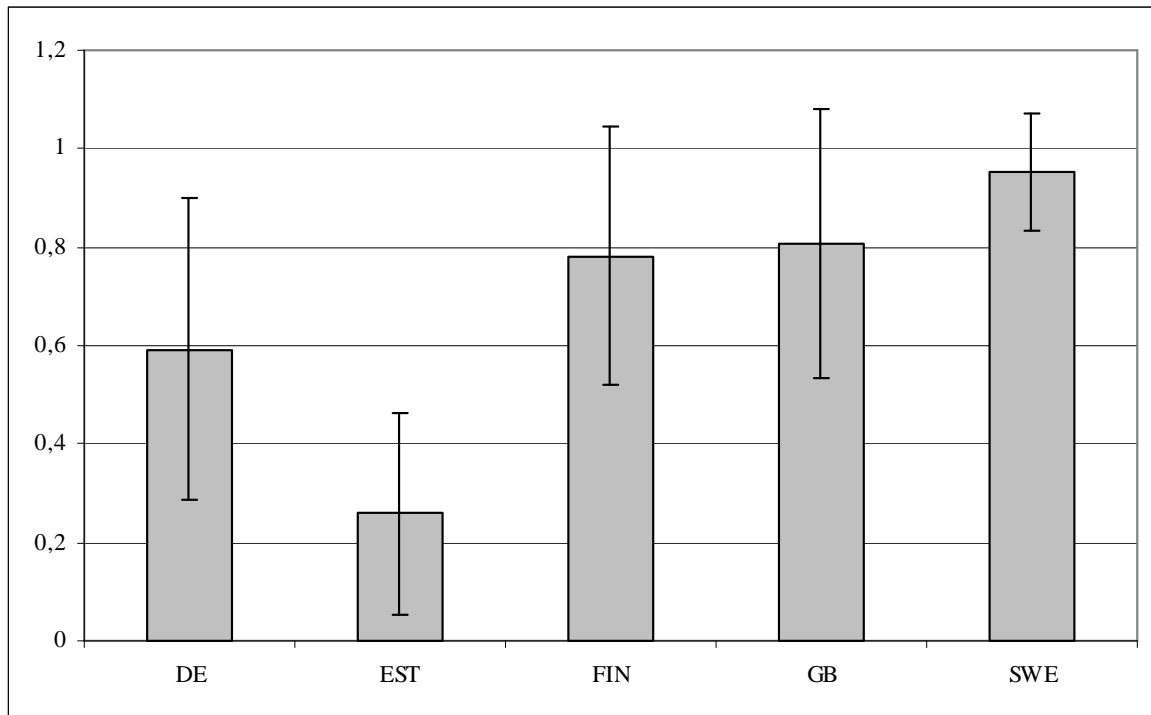
### (1) Professionelle Perspektive I: Vollständigkeit

Die folgenden beiden Grafiken vergleichen die Vollständigkeit der länderspezifischen Anamnesedokumentation. Wie in allen Abbildungen dieses Abschnitts zum internationalen Vergleich der Dokumentationsqualität gibt die Höhe der Balken dabei jeweils den Durchschnittswert über alle Klientinnen des nationalen Teildatensatzes wieder. Der zu jedem Balken zusätzlich abgebildete Fehlerindikator entspricht der länderspezifischen Standardabweichung des betreffenden Indikators.

**Abbildung 28: Vollständigkeit der Anamnesedokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**



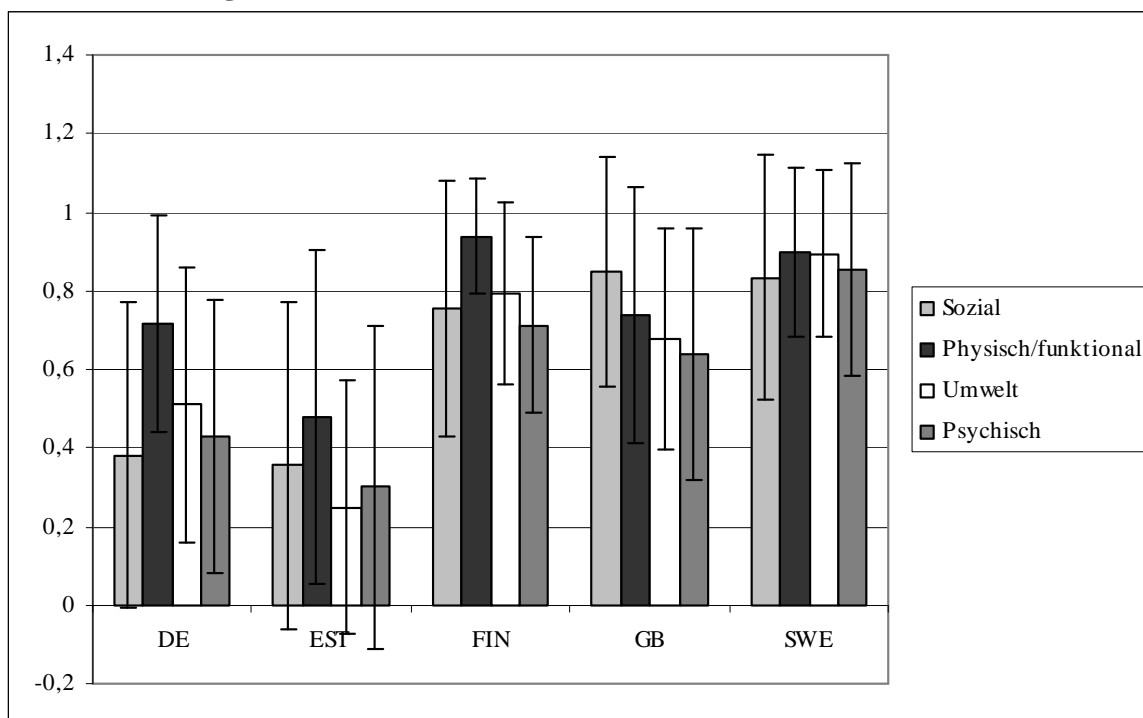
**Abbildung 29: Vollständigkeit der Anamnesedokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen**



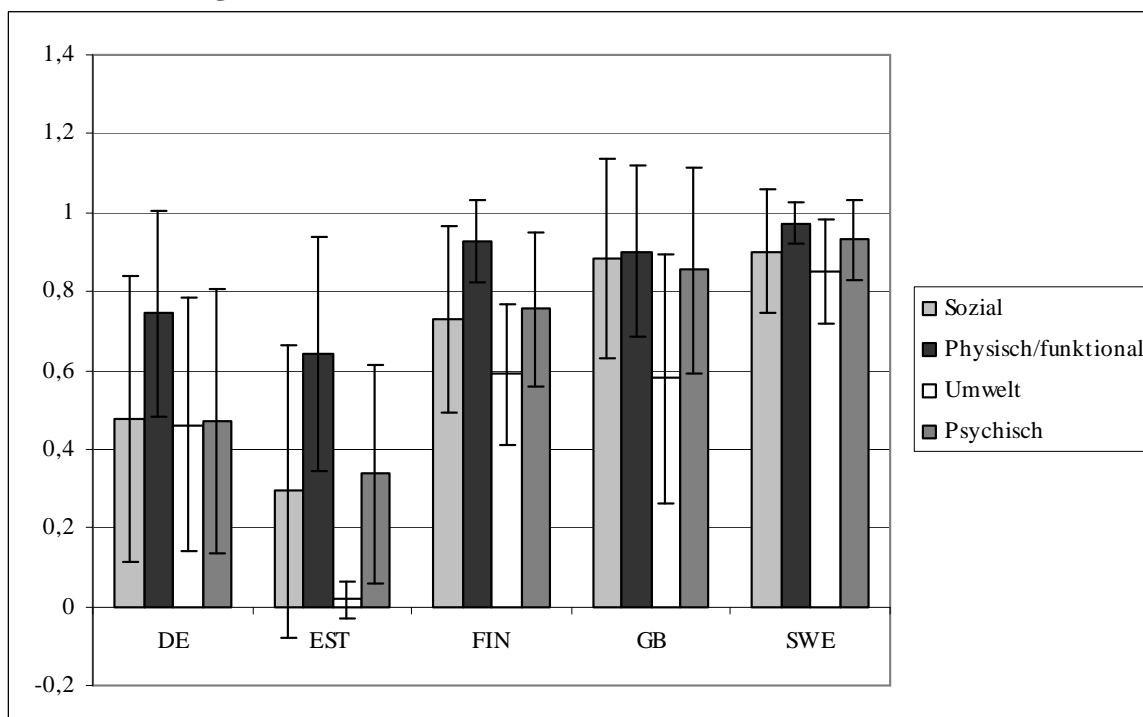
Im Vergleich dieser Grafiken fällt zunächst die in beiden Fällen besonders geringe Dokumentation der Anamnesevariablen in den estnischen Teildatensätzen auf. Für die stationär versorgten estnischen Klientinnen sind die betreffenden Variablen nur zu durchschnittlich etwa 26% dokumentiert. In dem im ambulanten Bereich erhobenen estnischen Teildatensatz ist außerdem die Streuung des Indikators besonders groß. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Dokumentationspraxis dort weitgehend den zuständigen Pflegerinnen überlassen ist. Zumindest für die Anamnesedokumentation scheint es kein konsentiertes Dokumentationskonzept zu geben, das als nationaler State of the Art von der Pflegemanagerin einheitlich vorgegeben wird. Abbildung 28 weist außerdem darauf hin, dass in den Dokumentationen, die dem schwedischen Teildatensatzes der ambulant versorgten Klientinnen zugrunde liegen, die Anamnesevariablen relativ schlecht abgebildet sind. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil sich für die schwedischen Klientinnen anhand fast aller weiteren Indikatoren, die in diesem Abschnitt verglichen werden, eine besonders vollständige Pflegedokumentation nachweisen lässt.

Die folgenden beiden Abbildungen zeigen die Vollständigkeit der Pflegebedarfsdokumentation im Ländervergleich differenziert nach ambulant bzw. stationär versorgten Klientinnen. Wie in Abschnitt 6.4.1 beschrieben, werden die Vollständigkeitsindikatoren getrennt für die Pflegedimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch ausgewiesen.

**Abbildung 30: Vollständigkeit der Pflegebedarfsdokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**



**Abbildung 31: Vollständigkeit der Pflegebedarfsdokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen**



Die beiden Abbildungen zur Vollständigkeit der Pflegebedarfsdokumentation weisen zunächst sowohl für den ambulanten wie auch für den stationären Bereich auf eine besonders gute Dokumentation der Pflegedimension Physisch/funktional hin. In fast allen zehn Teildatensätzen (mit Ausnahme der ambulant versorgten britischen Klientinnen) ist die Dokumentation für diese Dimension die vollständigste. In einigen Teildatensätzen (finnische Klientinnen

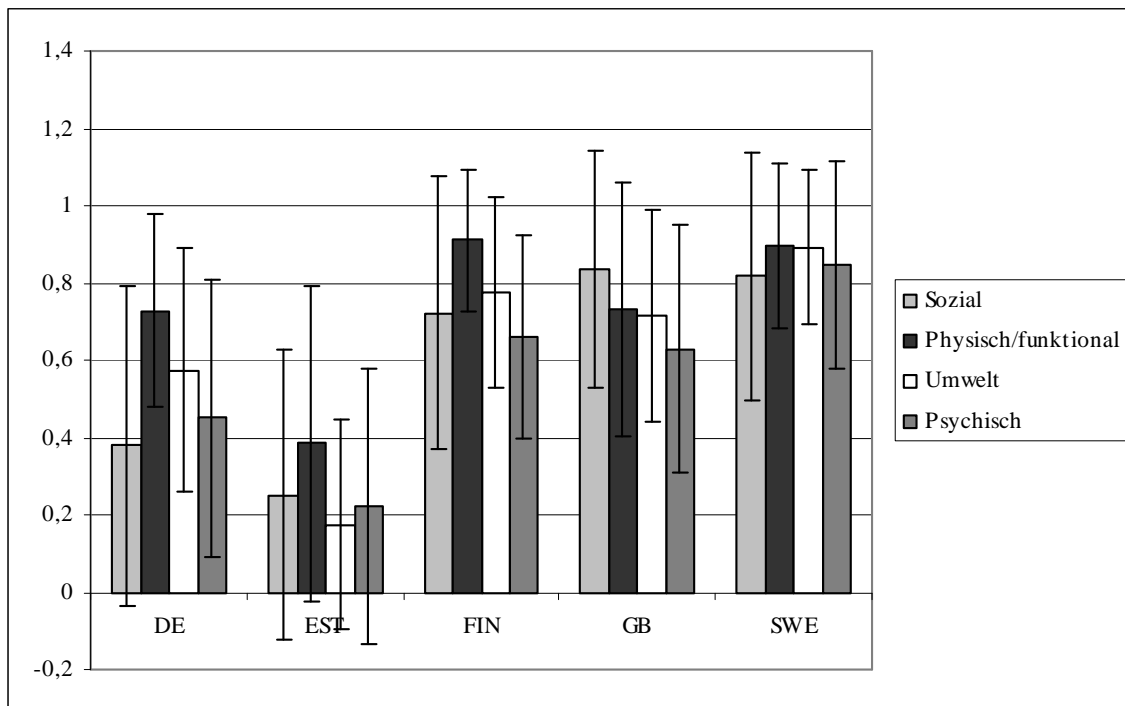
und schwedische Klientinnen in ambulanter Versorgung) reicht die durchschnittliche Dokumentationsvollständigkeit fast an 100% heran. Diese Beobachtung einer besonders ausführlichen Dokumentation körperbezogener Sachverhalte deckt sich mit vielen Ergebnissen anderer empirischer Untersuchungen (vgl. unter 3.1.3). Damit liegt nicht nur eine Bestätigung der Validität der hier verwendeten Indikatoren vor, es bestätigt sich auch die praktische Relevanz der in Kapitel 3 und 5 diskutierten Pflegemodelle: Ohne die Anleitung und Strukturierung des Pflegeprozessgestaltens und -dokumentierens durch solche Modelle ist eine gleichmäßige Berücksichtigung der Pflegebedürfnisse der Klientin nicht sichergestellt (vgl. hierzu insbesondere die These Id zum Metamodell der Pflegeprozessdokumentation in Abschnitt 5.1).

Der Ländervergleich der Pflegebedarfsdokumentation wiederholt für die estnischen Klientinnen zunächst die schon für die Anamnesedokumentation festgestellte besonders lückenhafte Dokumentationspraxis. Für sie wird bezüglich aller vier Pflegedimensionen des ambulanten und stationären Bereichs die am wenigsten vollständige Dokumentation gemessen. Auch hier herrscht jedoch wieder eine besonders große Streuung zwischen den einzelnen estnischen Klientinnen, die wiederum auf eine weitgehende Selbstverantwortung der Pflegerinnen hinweist zu entscheiden, welche Bedarfe dokumentiert werden sollen und welche nicht. Offenbar mangelt es auch hier an einem vereinheitlichenden Dokumentationskonzept und auf deren Grundlage von der Pflegemanagerin eingeführten Verfahren.

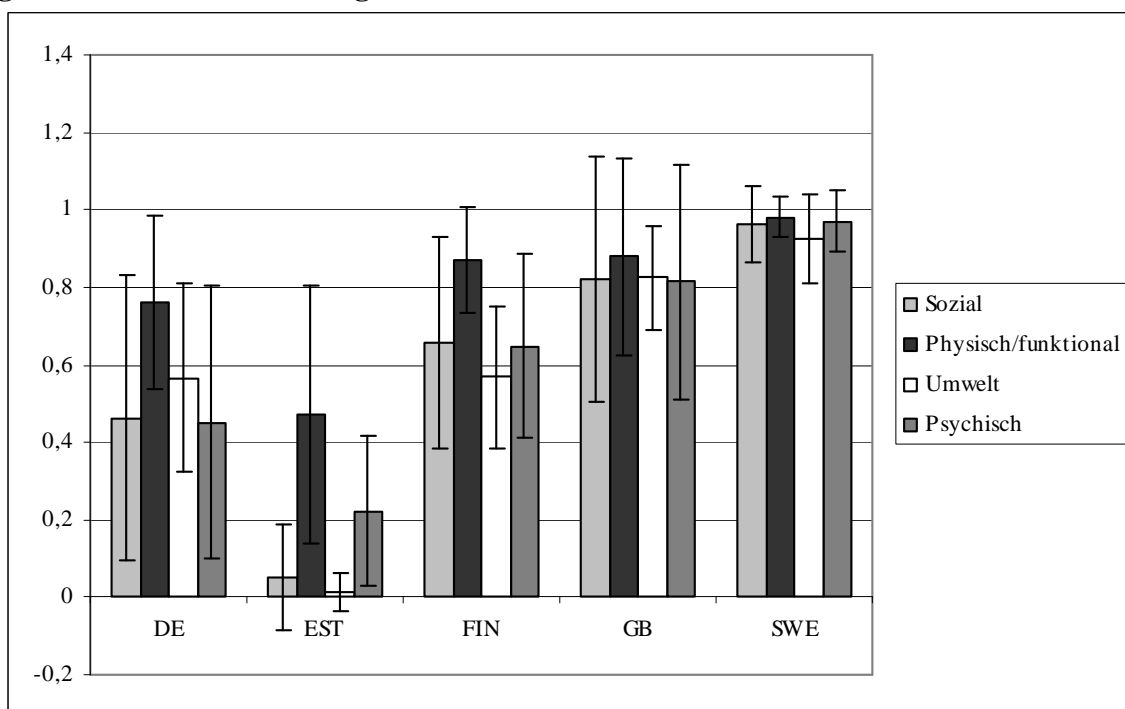
Bei den stationär versorgten estnischen Klientinnen fallen besonders die Lücken in der Pflegebedarfsdokumentation der Dimension Umwelt auf. Diese Pflegedimension ist im stationären Bereich generell die am schlechtesten dokumentierte. Diese institutionenbezogenen Unterschiede dürften daran liegen, dass die entsprechenden Pflegebedarfe (z.B. Kochen, Wäsche waschen, Einkaufen) in stationären Einrichtungen in der Regel systematisch für die Klientinnen übernommen werden. Die Pflegerinnen halten es daher offenbar für obsolet, die Bedarfe im Einzelfall zu prüfen bzw. zu dokumentieren. Eine Reflexion darüber, ob und mit welcher Unterstützung eine Klientin wieder in eine ambulante Versorgung übergeführt werden kann, ist damit nicht möglich.

Die Ergebnisse zur Vollständigkeit der Pflegedurchführungsdokumentationen sind denen zur Pflegebedarfsdokumentation relativ ähnlich; in einigen Ländern (v.a. Estland) bzw. Dimensionen (v.a. Umwelt im Bereich im stationären Bereich) ist die Dokumentation der geleisteten Pflege jedoch um einiges lückenhafter:

**Abbildung 32: Vollständigkeit der Pflegedurchführungsdokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**



**Abbildung 33: Vollständigkeit der Pflegedurchführungsdokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen**

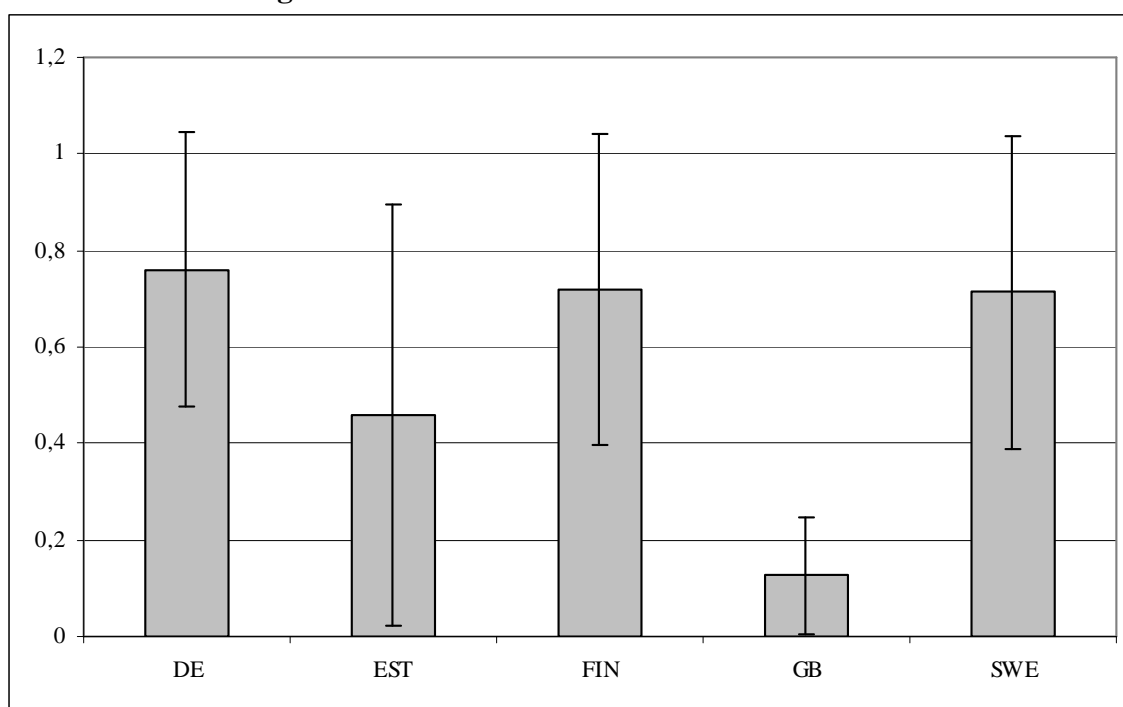


Auch für die Pflegedurchführung fällt eine besonders vollständige Dokumentation in der Dimension Physisch/funktional auf. Diese gilt sowohl für den ambulanten wie auch für den stationären Bereich. Besonders unvollständig dokumentiert hingegen sind bei den ambulant versorgten Klientinnen die Pflegedimensionen Sozial (deutsche, estnische und finnische Klientinnen) und Psychisch (deutsche, estnische, finnische und britische Klientinnen). Im Unterschied zur Pflegebedarfsdokumentation ist die Dimension Umwelt nicht in allen nationalen

Teildatensätzen des stationären Bereichs die am schlechtesten dokumentierte Dimension; besonders große Informationslücken hinsichtlich der Durchführungsdokumentation weist auch die Dimension Sozial auf.

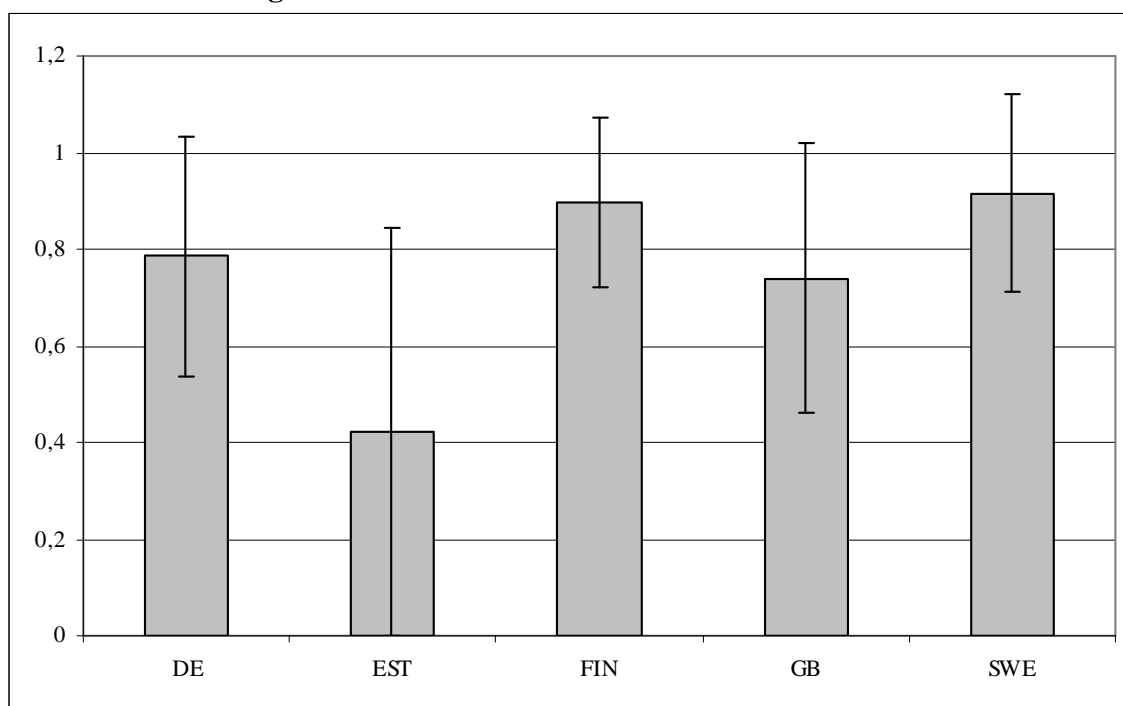
Vergleicht man die länderspezifischen Vollständigkeitsraten der Durchführungsdokumentation, so fällt neben der bereits mehrfach festgestellten besonders lückenhaften Dokumentation im estnischen Teildatensatz (ambulant und stationär versorgte Klientinnen) die in allen Pflegedimensionen fast zu 100% vollständige Dokumentation für die stationär versorgten schwedischen Klientinnen auf. Besonders starke Schwankungen der Dokumentationsvollständigkeit liegen außer bei den estnischen Klientinnen nun auch bei den deutschen Klientinnen vor. Besonders deutlich sind diese Schwankungen in der Pflegedimension Sozial. Für diese Dimension gilt auch im Bereich der ambulant versorgten finnischen und schwedischen Klientinnen eine besonders große Streuung. Abschließend wird nun noch die länderspezifische Vollständigkeit der Pflegeevaluationsdokumentation betrachtet. Wie bereits beschrieben, kann aufgrund der geringen Zahl zugrunde liegender Variablen keine dimensionale Differenzierung erfolgen.

**Abbildung 34: Vollständigkeit der Pflegeevaluationsdokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**





**Abbildung 35: Vollständigkeit der Pflegeevaluationsdokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen**

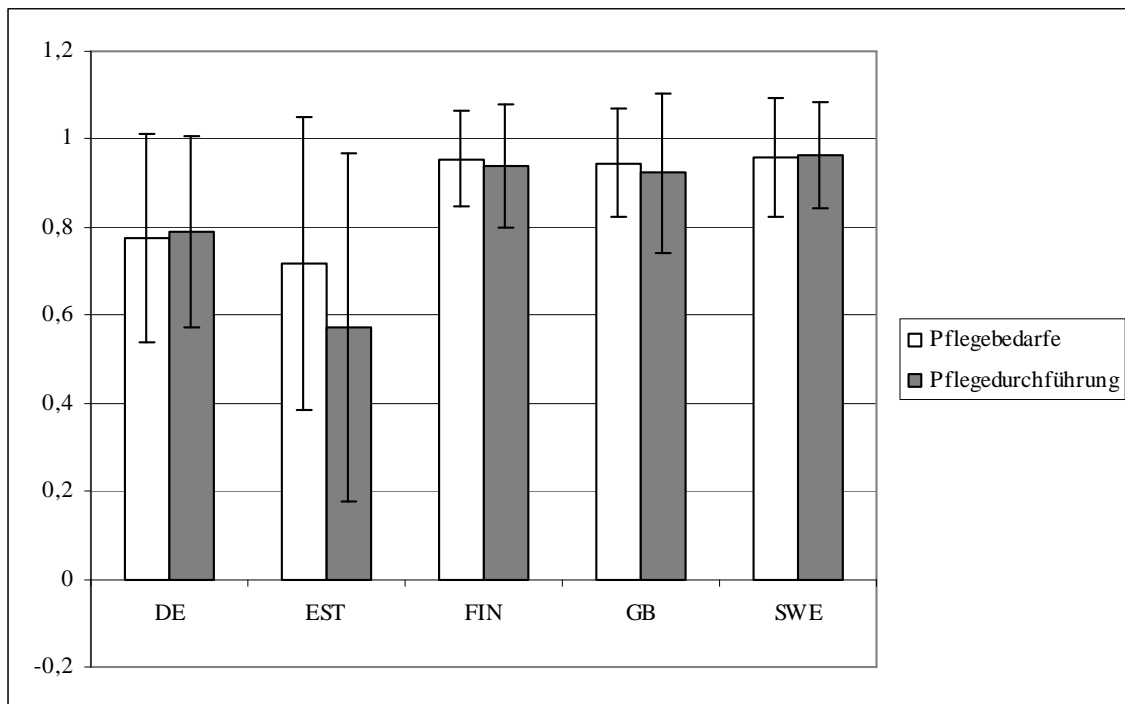


Im Unterschied zu allen bisherigen Indizes weisen bei der Pflegeevaluation der ambulant versorgten Klientinnen nicht die estnischen, sondern die britischen Dokumentationen die größten Informationslücken auf. Dies kann daran liegen, dass die britischen, ‚ambulanten‘ Daten in so genannten Sheltered-Housing-Einrichtungen (in Deutschland vergleichbar mit betreutem Alterswohnen) erhoben wurden. Für diese besondere Gruppe ambulant versorgter Klientinnen sind die Variablen, anhand derer die Pflegeevaluationsdokumentation ausgewertet wurden, möglicherweise weniger relevant. Bemerkenswert ist auch für die Pflegeevaluationsdokumentation die große Streuung des Dokumentationsumfangs für die estnischen Klientinnen (ambulanter und stationärer Bereich).

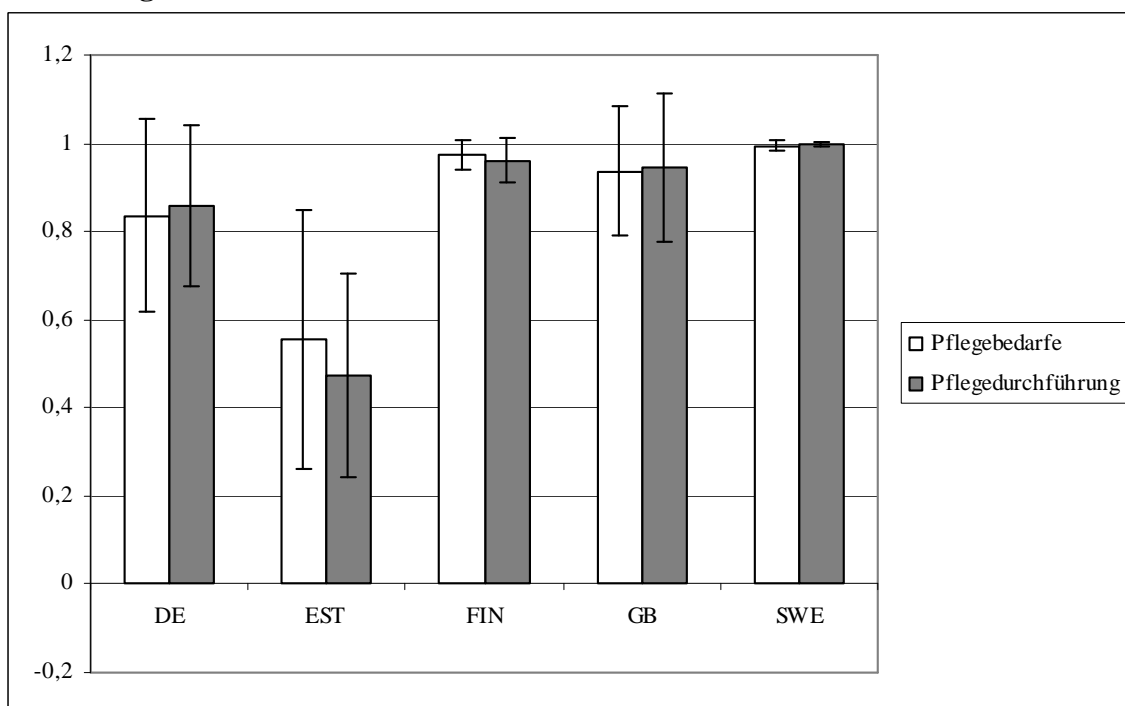
## **(2) Professionelle Perspektive II: Ausgewogenheit**

Die Indikatoren zur Ausgewogenheit geben an, wie gleichmäßig die vier Pflegedimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umwelt und Psychisch in den Dokumentationen Berücksichtigung finden. Einen ländervergleichenden Überblick über die gemessenen Ausgewogenheiten der Pflegebedarfs- und der Pflegedurchführungsdokumentationen geben die folgenden beiden Abbildungen, zunächst für die ambulant, anschließend für die stationär versorgten Klientinnen:

**Abbildung 36: Ausgewogenheit der Pflegedokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**



**Abbildung 37: Ausgewogenheit der Pflegedokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen**



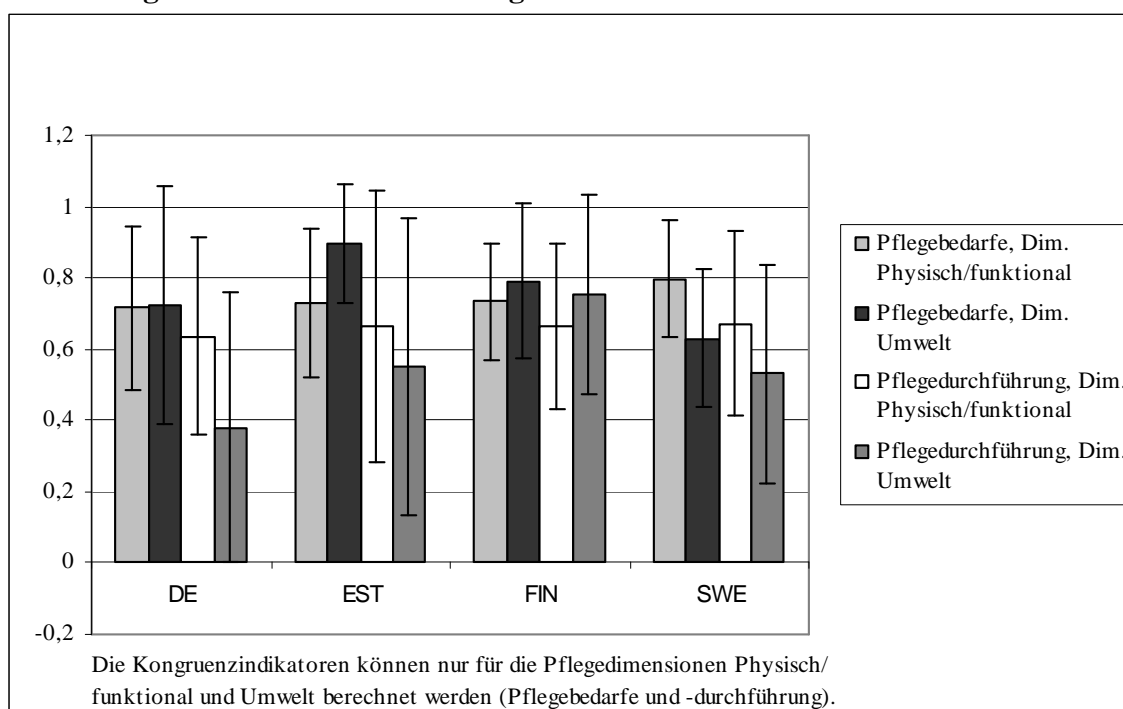
Die beiden Abbildungen zur Ausgewogenheit der Dokumentationen über die betrachteten Pflegedimensionen hinweg weisen sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich für die drei Länder Finnland, Großbritannien und Schweden eine fast perfekte bis perfekte Ausgewogenheit auf. Deutlich zurück bleibt demgegenüber die Ausgewogenheit der deutschen und (nochmals mit deutlichem Abstand) der estnischen Klientinnen. Auffallend ist ferner, dass die Ausgewogenheit der Pflegebedarfsdokumentation und die der Pflegedurch-

führung kaum voneinander abweichen (mit Ausnahme der estnischen Teildatensätze, die eine etwas bessere Ausgewogenheit der Bedarfsdokumentation aufweisen). Wie auch schon in Bezug auf die Vollständigkeit der Dokumentationen streuen die Resultate zur Ausgewogenheit erneut am stärksten in den estnischen Teildatensätzen. Wiederum besteht die Vermutung, dass dies mit möglicherweise lückenhaften konzeptionellen und verfahrensmäßigen Vorgaben durch das Pflegemanagement zu erklären ist.

### (3) Klientinnenperspektive: Kongruenz

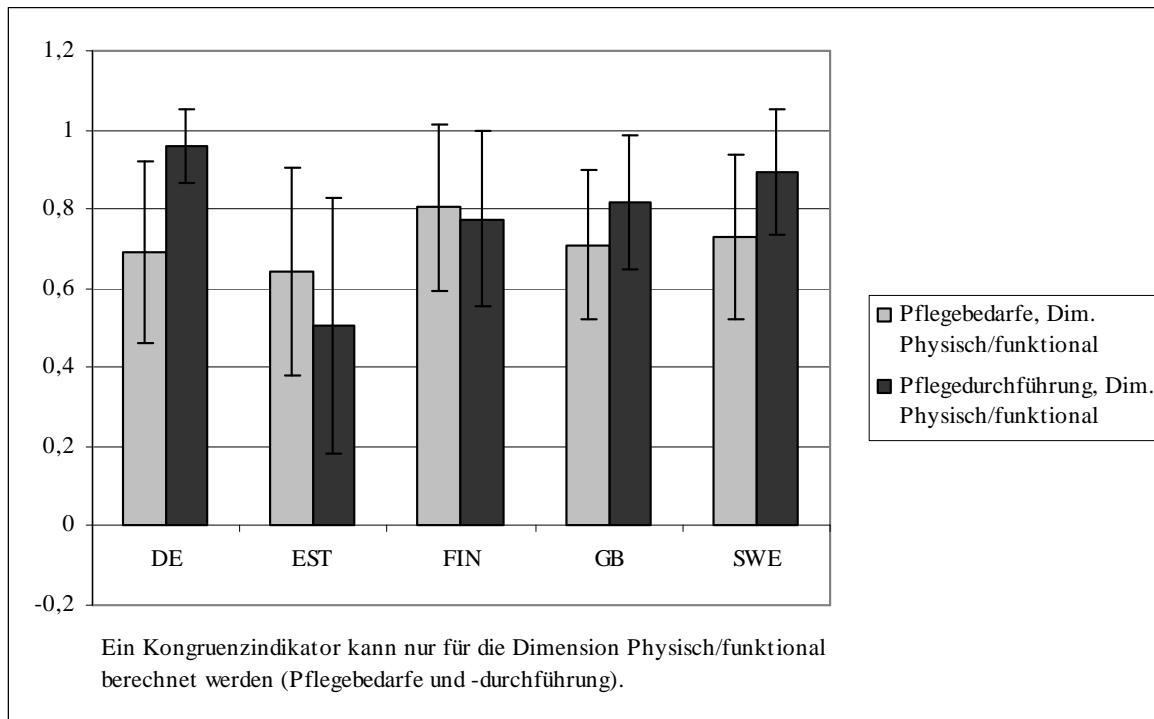
Die folgende Abbildung vergleicht die länderspezifisch gemessenen Kongruenzen der Dokumentationsinhalte für die ambulant versorgten Klientinnen mit deren eigenen Aussagen. Wie in Abschnitt 6.4.3 erläutert, können Kongruenzindikatoren der Pflegebedarfs- und Durchführungsdokumentation nur für die Pflegedimensionen Physisch/funktional und Umwelt berechnet werden.

**Abbildung 38: Kongruenz der Pflegedokumentation mit den Aussagen der Klientinnen – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**



An dieser Grafik wird zunächst deutlich, dass die Kongruenz sowohl bei den Pflegebedarfs- als auch bei den Pflegedurchführungsvariablen in der Dimension Umwelt höher ist als in der Dimension Physisch/funktional; eine Ausnahme bildet lediglich der schwedische Teildatensatz, der jeweils für die Dimension Physisch/funktional perfektere Kongruenzen aufweist. Insgesamt erkennt man außerdem für die Pflegedurchführungsdokumentation in der Dimension Umwelt eine fast durchweg besonders geringe Kongruenz. Im Weiteren sind bei dieser Gegenüberstellung der Kongruenzindizes nationale Unterschiede erkennbar: Während die beiden Indikatoren zur Dokumentationsqualität aus professioneller Sicht (Vollständigkeit und Ausgewogenheit) jeweils meist auf eine besonders schlechte Dokumentationspraxis in Estland und eine besonders gute in Schweden hinweisen, sind die Zusammenhänge hier zumindest teilweise umgedreht. Die höchste Kongruenz findet sich hinsichtlich der Bedarfsdokumentation im estnischen Teildatensatz in der Dimension Umwelt.

**Abbildung 39: Kongruenz der Pflegedokumentation mit den Aussagen der Klientinnen – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen**



Für den stationären Teildatensatz können Indikatoren zur Kongruenz der Dokumentationen mit den Aussagen der Klientinnen nur für die Physisch/funktionale Pflegedimension der Bedarfs- und Durchführungsdokumentation berechnet werden. Hier ist vor allem die relativ schlechte Kongruenz im estnischen Teildatensatz ersichtlich (v.a. verglichen mit den entsprechenden Ergebnissen aus dem ambulanten Bereich).

Die deskriptiven Ergebnisse dieses Abschnitts zur Dokumentationsqualität zusammenfassend, ist auf mehrere Auffälligkeiten hinzuweisen: Zunächst unterstreicht die hohe Variabilität der Dokumentationspraxis, die den estnischen Teildatensatz hinsichtlich der Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentationen kennzeichnet, die in der theoretischen Diskussion erwartete Bedeutung von handlungsleitenden Dokumentationskonzepten und -verfahren. Im Gegensatz zur großen Variabilität der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit bei den estnischen Klientinnen richtet sich die Aufmerksamkeit vor allem auf die schwedischen Dokumentationen sowohl mit einer durchweg besonderen Vollständigkeit und Ausgewogenheit als auch einer hierbei geringen Variabilität. Hier kann durchaus ein Zusammenhang mit der schwedisch-skandinavischen Vorreiterrolle bei der Theorieentwicklung zur Pflegedokumentation gesehen werden, die in den vielen pflegetheoretischen Veröffentlichungen (beispielsweise von Anna Ehrenberg und Margareta Ehnfors) in Abschnitt 3.1 erkennbar wird. Diese Untersuchungen sind nicht nur durch ein hohes theoretisches Niveau gekennzeichnet, sie sind meist auch mit der Erprobung neuer Konzepte verbunden, die in der Praxis offenbar dauerhafte Spuren hinterlassen.

Auffallend ist auch die hohe gemessene Variabilität der Dokumentationsqualität hinsichtlich der vier untersuchten Pflegedimensionen. Dieses Ergebnis bestätigt zum einen entsprechende bereits vorliegende Untersuchungen (vgl. Abschnitt 3.1.3) und damit die Relevanz und Validität der hier verwendeten Indikatoren, es unterstreicht auch die Relevanz der unter 3.1.2 und

5.2 theoretisch diskutierten Pflegemodelle als handlungsleitende Struktur zur Realisierung einer ausgewogenen Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation.

#### 7.4.2 Dokumentation als bürokratische Aufgabe

Vor dem Hintergrund der im vorangegangenen Abschnitt nachvollzogenen Unterschiede der Dokumentationsqualität zwischen den Untersuchungsländern und zwischen den Versorgungsformen werden in diesem und den beiden folgenden Abschnitten drei institutionenökonomisch interpretierte *Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen* vorgestellt. Grundlage dieser Muster sind die länderweisen Zusammenschauen, zu denen die Einzelzusammenhänge zwischen Dokumentationsvoraussetzungen, Dokumentationsqualität und Dokumentationsergebnissen aus den Abschnitten 7.1 bis 7.3 kombiniert werden. In diesen drei Abschnitten war untersucht worden, wie einzelne Konzepte bzw. Indikatoren die Führung der Pflegedokumentation bedingen und wie wiederum die Dokumentation die Pflegeergebnisse beeinflussen. Die Wirkungszusammenhänge wurden dabei getrennt voneinander betrachtet. Durch die folgende Kombination dieser Einzelergebnisse in Wirkungsschemata, welche die von den Managerin geschaffenen Dokumentationsvoraussetzungen, die realisierte Dokumentation und die Pflegeergebnisse aus pflegerischer und Klientinnensicht zu einem Gesamtbild integrieren, können auch einige kaum interpretierbare Einzelbeziehungen besser eingeordnet werden. Der besondere Nutzen dieser Gesamtdarstellungen liegt jedoch in den durch sie erkennbaren *Mustern der Dokumentationsmotive und -wirkungen*, die in Zusammenhang mit den in den Untersuchungsländern geltenden institutionellen Bedingungen stehen.

Zur Identifizierung der *Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen* werden zunächst die empirischen Beziehungen zwischen sechs zentralen Indikatorgruppen zur Dokumentationsqualität, zum Dokumentationsoutput aus professioneller Sicht und zum Dokumentationsergebnis aus Klientinnensicht betrachtet. Damit können für jede Teilstichprobe die folgenden Fragen beantwortet werden:

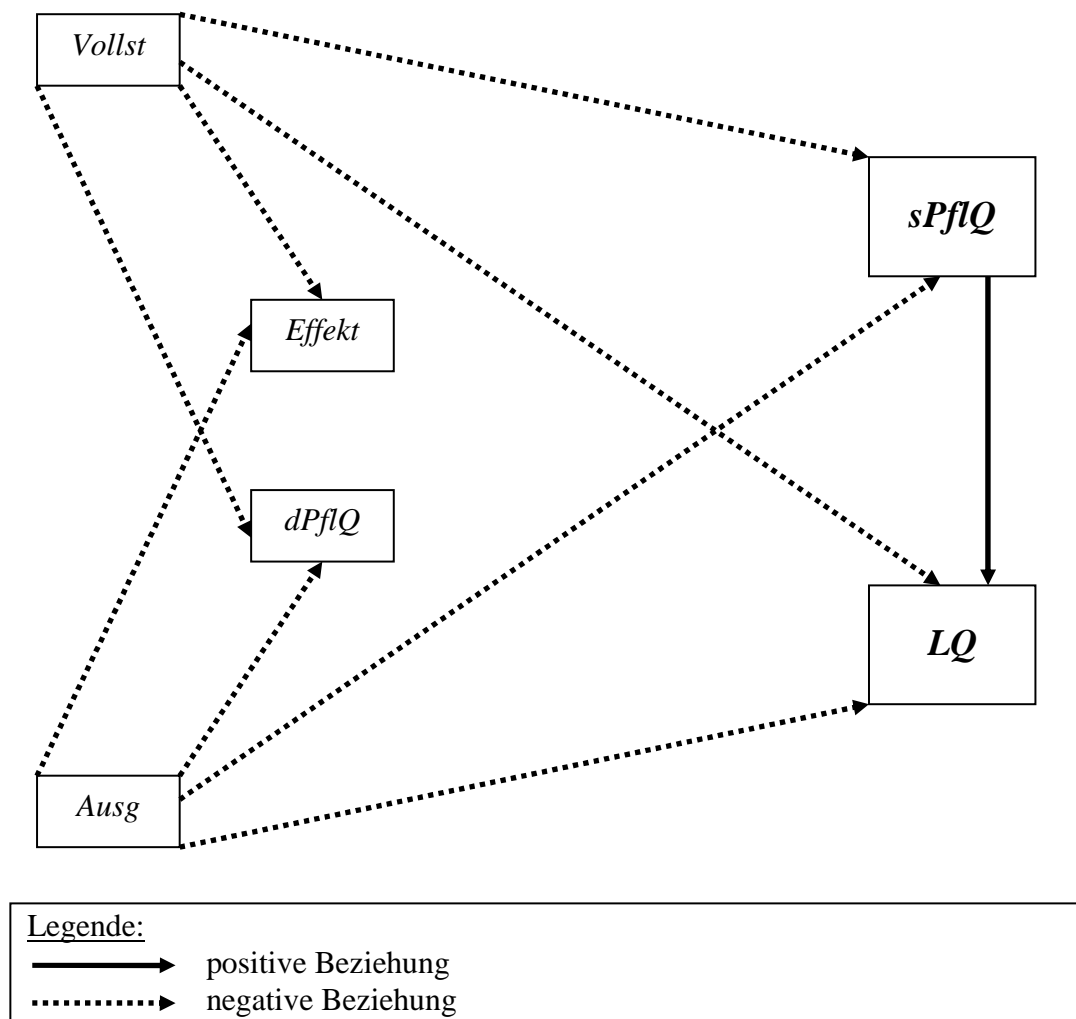
1. Welche Beziehung besteht zwischen der Dokumentationsqualität aus professioneller Sicht (gemessen durch die Indikatoren der Vollständigkeit und der Ausgewogenheit: *Vollst* und *Ausg*) und der Bedarfsadäquanz der Pflege (gemessen vor allem durch die Effektivität der Pflege: *Effekt*)?
2. Welche Beziehung besteht zwischen der Dokumentationsqualität aus professioneller Sicht und der Pflegequalität aus professioneller Sicht (gemessen durch den Indikator der dokumentierten Pflegequalität: *dPflQ*)?
3. Welche Beziehung besteht zwischen der Bedarfsadäquanz der Pflege sowie der Pflegequalität aus professioneller Sicht einerseits und der Sicht der Klientinnen auf die Ergebnisse der Pflege (gemessen durch die subjektiv erlebte Pflegequalität und durch die pflegebezogene Lebensqualität: *sPflQ* und *LQ*) andererseits?
4. Welche direkte Beziehung besteht zwischen der Dokumentationsqualität aus professioneller Sicht und der Sicht der Klientinnen auf die Ergebnisse der Pflege?

Diese Fragen erlauben, einen Vergleich herzustellen zwischen der mittelbaren Wirkung der Dokumentation auf die klientinnenbezogenen Pflegeoutcomes (über den ‚Umweg‘ der professionellen Pflegequalität) einerseits und dem unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Dokumentation und den Pflegeoutcomes aus Klientinnensicht andererseits. Betrachtet werden somit primär die empirischen Zusammenhänge im Dreieck zwischen Dokumentationsqualität, professioneller Pflegequalität und Pflegequalität aus Klientinnensicht. Der Fokus richtet sich darauf, welche professionelle Wirkung durch die Dokumentation erreicht werden kann und

was von dieser Wirkung bei der Klientin ankommt. Im Hintergrund bleiben hingegen zunächst die Wirkungen des Managementhandelns (Managementinput) und die Kongruenz der Dokumentationsinhalte mit dem Erleben durch die Klientinnen. Diese Indikatoren werden anschließend zur weiteren Spezifizierung und Differenzierung der ermittelten Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen betrachtet. Für die Wirkung des Management-Inputs wurden im Übrigen auch schon bei der Betrachtung der Einzelbeziehungen, die von ihnen ausgehen, regelmäßig befriedigende Interpretationen gefunden (Abschnitt 7.1).

Gemäß den pflegetheoretischen Annahmen aus Kapitel 3 müssten zwischen allen sechs exemplarisch betrachteten Indikatorgruppen positive Beziehungen vorliegen. Das sich ergebende theoretische Konstrukt wurde in Abbildung 24 (S. 179) bereits vorgestellt. Wie in Abschnitt 5.2 in den Fragen (7) und (8) an die empirischen Analysen formuliert, wird jedoch erwartet, dass insituationenökonomische Einflüsse (vgl. hierzu den Überblick in Abschnitt 4.3) dieses positive Beziehungsgeflecht beeinträchtigen. Die induktiv-heuristische Interpretation des empirischen Materials erlaubt die Unterscheidung von drei Mustern der Dokumentationsmotive und -wirkungen. Im Folgenden wird als erstes dieser Muster das der *Dokumentation als bürokratische Aufgabe* beschrieben. Es lässt sich vornehmlich an den in den beiden estnischen Teildatensätzen gemessenen Zusammenhängen nachweisen. Mittels der entsprechend modifizierten Abbildung 24 wird es wie folgt schematisch dargestellt:

**Abbildung 40: Dokumentationsmotive und -wirkungen nach dem Muster *Dokumentation als bürokratische Aufgabe* – charakteristische Zusammenhänge**



Auf den ersten Blick fällt bei diesem Dokumentationsmotiv- und Dokumentationswirkungsmuster das starke Übergewicht negativer Einflussbeziehungen auf. Ein negativer Einfluss besteht dabei nicht nur zwischen den Indikatoren der Dokumentationsqualität und der Pflegequalität aus professioneller Perspektive, sondern auch zwischen der Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation und der von den Klientinnen erlebten Pflegequalität und der pflegebezogenen Lebensqualität. Positiv ist lediglich die Beziehung zwischen der subjektiven Pflegequalität und der Lebensqualität der Klientin – ein Zusammenhang, der allen nationalen Teildatensätzen gemeinsam ist. Die Wirkung zwischen den Pflegeergebnissen aus professioneller Sicht und denen aus Klientinnensicht fehlt bzw. sie ist nicht charakteristisch.

Im Mittelpunkt dieses Musters steht ein Verständnis der Dokumentation als bürokratisches Instrument, mit dem die Pflegerinnen vornehmlich einer Rechenschaftspflicht nachkommen. Eine Nutzung der Dokumentation für die alltägliche Gestaltung der Pflege findet hingegen eher nicht statt. Der Zeitaufwand, der mit der Dokumentation verbunden ist, beeinflusst die Pflegequalität sowohl aus professioneller Perspektive als auch aus Sicht der Klientinnen sogar negativ. Am besten erkennbar wird das Dokumentationsmotiv- und Dokumentationswirkungsmuster der *Dokumentation als bürokratische Aufgabe* im estnischen Teildatensatz der stationär versorgten Klientinnen. Um dies zeigen zu können, werden nachfolgend alle in den Abschnitten 7.1 bis 7.3 gemessenen Einzelbeziehungen zu einem Gesamtschaubild für die

Klientinnengruppe zusammengefasst. Dazu müssen die Einzelbeziehungen, die als signifikante Regressoren gemessen werden, zu einer überblicksartigen Darstellung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Indikatorengruppen (z.B. der Vollständigkeit der Dokumentation oder der pflegebezogenen Lebensqualität) kombiniert werden. Dabei wird folgendermaßen vorgegangen:

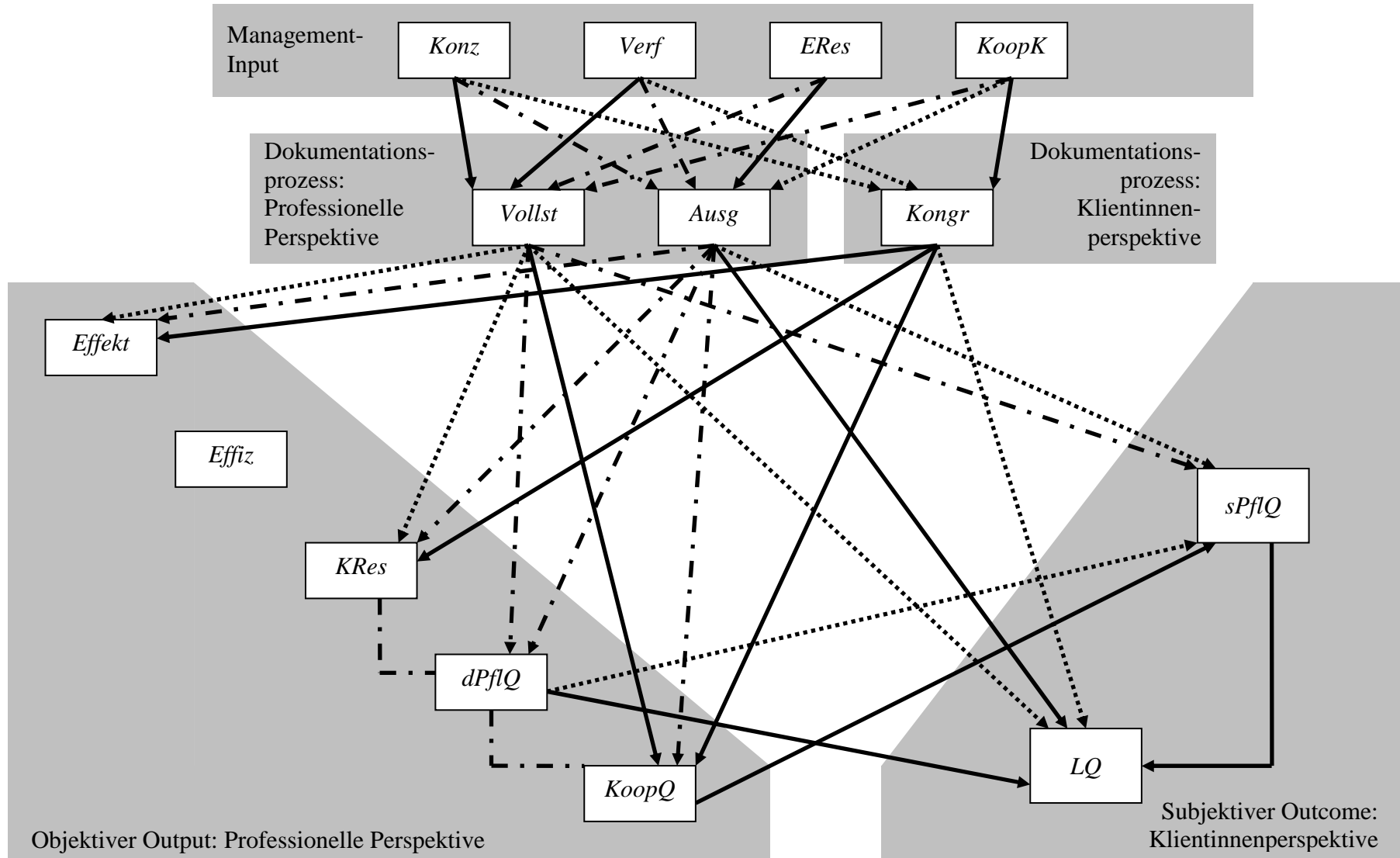
**Tabelle 57: Vorgehen bei der Zusammenstellung der Einzelbeziehungen aus den Abschnitten 7.1 bis 7.3**

<b>Kombination von Einzelbeziehungen auf die bzw. von der Dokumentationsqualität zu länder- und versorgungsspezifischen Gesamtdarstellungen:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wie bereits in Abbildung 40 (S. 271) werden positive Zusammenhänge zwischen den einzelnen Indikatorengruppen durch durchgezogene Pfeile dargestellt und negative Zusammenhänge durch gestrichelte Pfeile.</li> <li>2. Uneinheitliche Kombinationen aus positiven und negativen Beziehungen werden durch Strichpunkt-Pfeile symbolisiert.</li> <li>3. Die Indikatorgruppen werden folgendermaßen abgekürzt: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Management-Input: Managementkonzept – <i>Konz</i>, von der Managerin vorgegebene Verfahren – <i>Verf</i>, Einrichtungsressourcen – <i>ERes</i>, Kooperationskonzept – <i>KoopK</i></li> <li>b) Dokumentationsqualität: Dokumentationsvollständigkeit – <i>Vollst</i>, Ausgewogenheit der Dokumentation – <i>Ausg</i>, Kongruenz der Dokumentation mit dem Pflegegerleben durch die Klientin – <i>Kongr</i></li> <li>c) Objektiver Dokumentationsoutput aus professioneller Perspektive: Effektivität – <i>Effekt</i>, Effizienz – <i>Effiz</i>, klientinnenspezifische Ressourcen – <i>KRes</i>, dokumentierte Pflegequalität – <i>dPflQ</i>, Kooperationsqualität – <i>KoopQ</i></li> <li>d) Subjektiver Dokumentationsoutcome aus Klientinnensicht: subjektive Pflegequalität – <i>sPflQ</i>, pflegebezogene Lebensqualität – <i>LQ</i></li> </ol> </li> <li>4. Der Zusammenhang zwischen zwei Indikatorengruppen wird dann als uneinheitlich beschrieben, wenn der Anteil der seltener vorkommenden Beziehungsrichtung (positiv oder negativ) ein Drittel aller signifikanten Beziehungen (Regressoren) übersteigt.</li> <li>5. Beziehungen zwischen Indikatorgruppen werden in den Gesamtschaubildern nur dann berücksichtigt, wenn es sich dabei nicht lediglich um Einzelzusammenhänge handelt. Diese Frage wird durch einen Vergleich entschieden zwischen der Zahl der signifikanten Regressoren und der Anzahl signifikanter Regressoren, die für den jeweiligen Zusammenhang in den anderen nationalen Teildatensätzen festgestellt wurden, z.B.: Wird in einem Teildatensatz eine Indikatorgruppe nur durch einen einzigen signifikanten Regressor beeinflusst, während in den anderen Teildatensätzen aber regelmäßig mindestens fünf Regressoren relevant sind, so wird der einzelne Regressor vernachlässigt. Bei dieser Entscheidung werden auch das Bestimmtheitsmaß und das Signifikanzniveau mit berücksichtigt.</li> </ol>

Die sich so ergebende Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge für die stationär versorgten ethnischen Klientinnen sieht wie folgt aus:



Abbildung 41: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – estnische Klientinnen, stationär



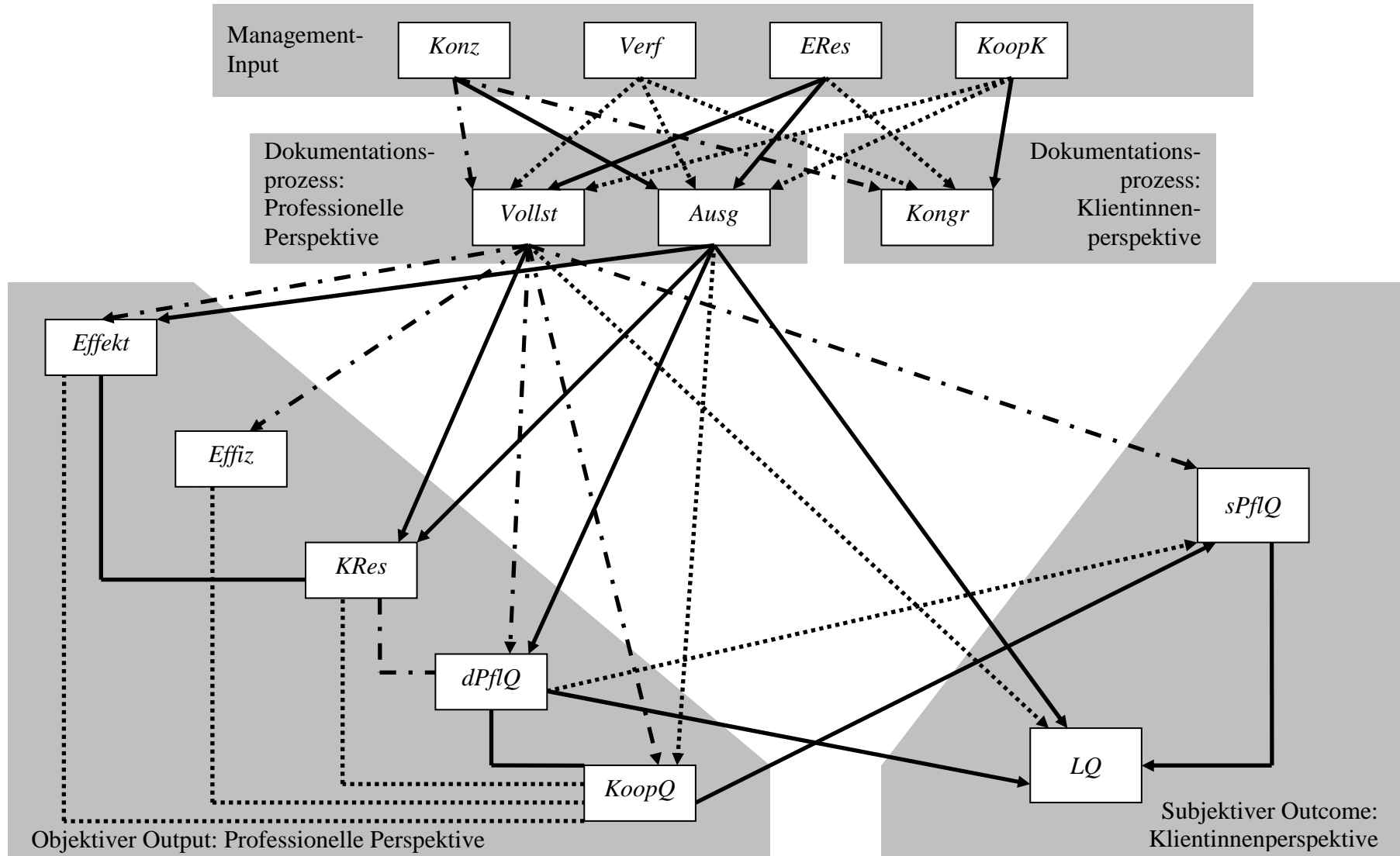
An dieser Gesamtdarstellung fallen zunächst die (mit Ausnahme der Beziehung zwischen der Vollständigkeit und der Kooperationsqualität) ausschließlich negativen oder uneinheitlichen Wirkungen der Vollständigkeit und Ausgewogenheit auf den professionellen Pflegeoutput auf. Negativ beeinflusst werden insbesondere die Effektivität und die klientinnenspezifischen Ressourcen. Diese negative Wirkung der Dokumentationsqualität aus professioneller Sicht wiederholt sich in deren Wirkung auf die Pflegeoutcomes aus Klientinnenperspektive. Hier sind vor allem die negativen Beziehungen von der Dokumentationsvollständigkeit auf die Lebensqualität und der negative Zusammenhang der Ausgewogenheit mit der subjektiven Pflegequalität erkennbar.

Somit zeigt sich, dass die Pflegerinnen die Dokumentation in einer Weise führen, dass weder der Pflegeoutput aus professioneller Sicht noch der Pflegeoutcome aus Klientinnensicht davon profitiert. Welchen Nutzen haben die Pflegerinnen in diesem Fall von einer umfangreicheren und sogar ausgewogeneren Dokumentation? Nahe liegend ist die Interpretation, wonach die Pflegerinnen ihr Dokumentationshandeln vor allem als bürokratische Zusatzaufgabe wahrnehmen. Sie sehen diese Aufgabe zusätzlich zum ‚eentlichen‘ Pflegehandeln, nicht integriert (wie gemäß These IIc für eine erfolgreiche Pflegedokumentation im Metamodell der Pflegeprozessdokumentation gefordert, vgl. Abschnitt 5.1), und – wie bereits im vorangegangenen Abschnitt vermutet – ohne bei der Verwendung der Dokumentation von einem angemessenen Konzept der Pflegeprozessdokumentation angeleitet zu werden. Sich dennoch akkurat an den bürokratischen Dokumentationsauflagen (so wenig hilfreich diese auch sein mögen) zu orientieren, könnte den estnischen Pflegerinnen jedoch ein Gefühl der Sicherheit verschaffen, dessen diese besonders bedürfen angesichts des rapiden und grundlegenden Wandels, dem die Systeme der sozialen Sicherung und mithin das Pflegewesen und die hier Beschäftigten in Estland ausgesetzt sind (vgl. Pieper 2005). Im Bemühen, selbst unangemessenen bürokratischen Dokumentationsvorschriften nachzukommen, kann eine Bestätigung des Dokumentationsmotivs der Risikoreduzierung (vgl. unter 4.2.2 sowie These IIIb in Abschnitt 5.1) gesehen werden. Wie wenig zweckmäßig die bürokratischen Anforderungen an die Dokumentation jedoch sind, erweist sich an deren teilweise negativen, im besten Fall uneinheitlichen Wirkungen auf die professionellen und klientinnenbezogenen Pflegeergebnisse. Die Tatsache, dass positive Wirkungen der Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation am ehesten zur Kooperationsqualität bestehen, stört diese Interpretation nicht: Auch wenn die Kooperation nicht durch die Informationen in der unzureichend bürokratisch geführten Dokumentation unterstützt werden kann, ist denkbar, dass Pflegeeinrichtungen, die sich um eine bessere Erfüllung der bürokratischen Notwendigkeiten bemühen, auch mehr Anstrengungen zur einrichtungsexternen Kooperation unternehmen.

Bemerkenswert an der Gesamtdarstellung aller für die estnischen Klientinnen in stationärer Versorgung gemessenen Zusammenhänge ist im Übrigen die tendenziell positivere Wirkung des Dokumentationsqualitätsindikators der Ausgewogenheit im Unterschied zu dem der Vollständigkeit. Dies gilt sowohl für den Pflegeoutput aus pflegerisch-professioneller als auch für den Pflegeoutcome aus Sicht der Klientinnen. Damit zeigt sich, wie eine positivere Dokumentationswirkung weniger durch die Erhöhung des Dokumentationsvolumens als durch die Verbesserung von deren dimensionalen Ausgewogenheit erzeugt werden kann. Bestätigung finden damit die Thesen Id und IId des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation in Abschnitt 5.1, wonach eine erfolgreiche Dokumentation auf zentrale Indikatoren beschränkt sein kann, die alle vier Pflegedimensionen berücksichtigen.

Auch die Zusammenschau der für die estnischen Klientinnen in ambulanter Versorgung gemessenen Einzelzusammenhänge kann im Sinne des Musters der Dokumentation als bürokratischer Notwendigkeit verstanden werden:

Abbildung 42: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – estnische Klientinnen, ambulant

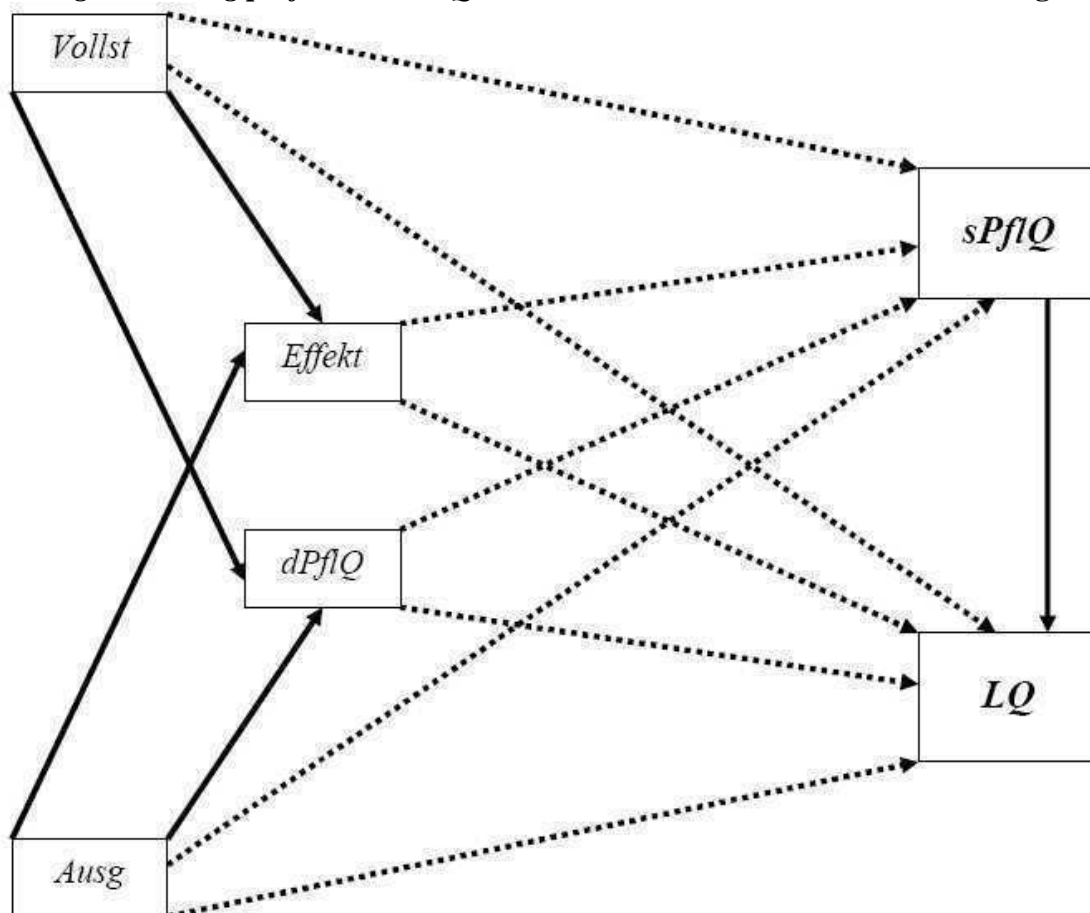


An dieser Zusammenschau für die estnischen Klientinnen in ambulanter Versorgung wird noch stärker als in der vorherigen Darstellung für den stationären Bereich erkennbar, wie sehr die Ausgewogenheit der Dokumentation die Pflegeergebnisse verbessern kann – im Gegensatz zu einer bloßen (bürokratisch fehlgesteuerten) Ausdehnung ihres Umfangs. Dies gilt sowohl für die Wirkung der Dokumentation auf den professionellen Output der Effektivität und der dokumentierten Pflegequalität als auch für den klientinnenbezogenen Outcome der pflegebezogenen Lebensqualität. Auch diese Gesamtdarstellung kann entsprechend des Musters der *Dokumentation als bürokratische Aufgabe* verstanden werden. Die Interpretationen der Gesamtdarstellung für die in Estland stationär gepflegten Klientinnen sind entsprechend übertragbar.

### 7.4.3 Dokumentation zur Signalisierung professioneller Qualität

Die *Dokumentation zur Signalisierung professioneller Qualität* als Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen findet sich vornehmlich in den beiden finnischen Teildatensätzen. In einer – idealtypischen – Darstellung kann es durch folgende zentrale Zusammenhänge charakterisiert werden:

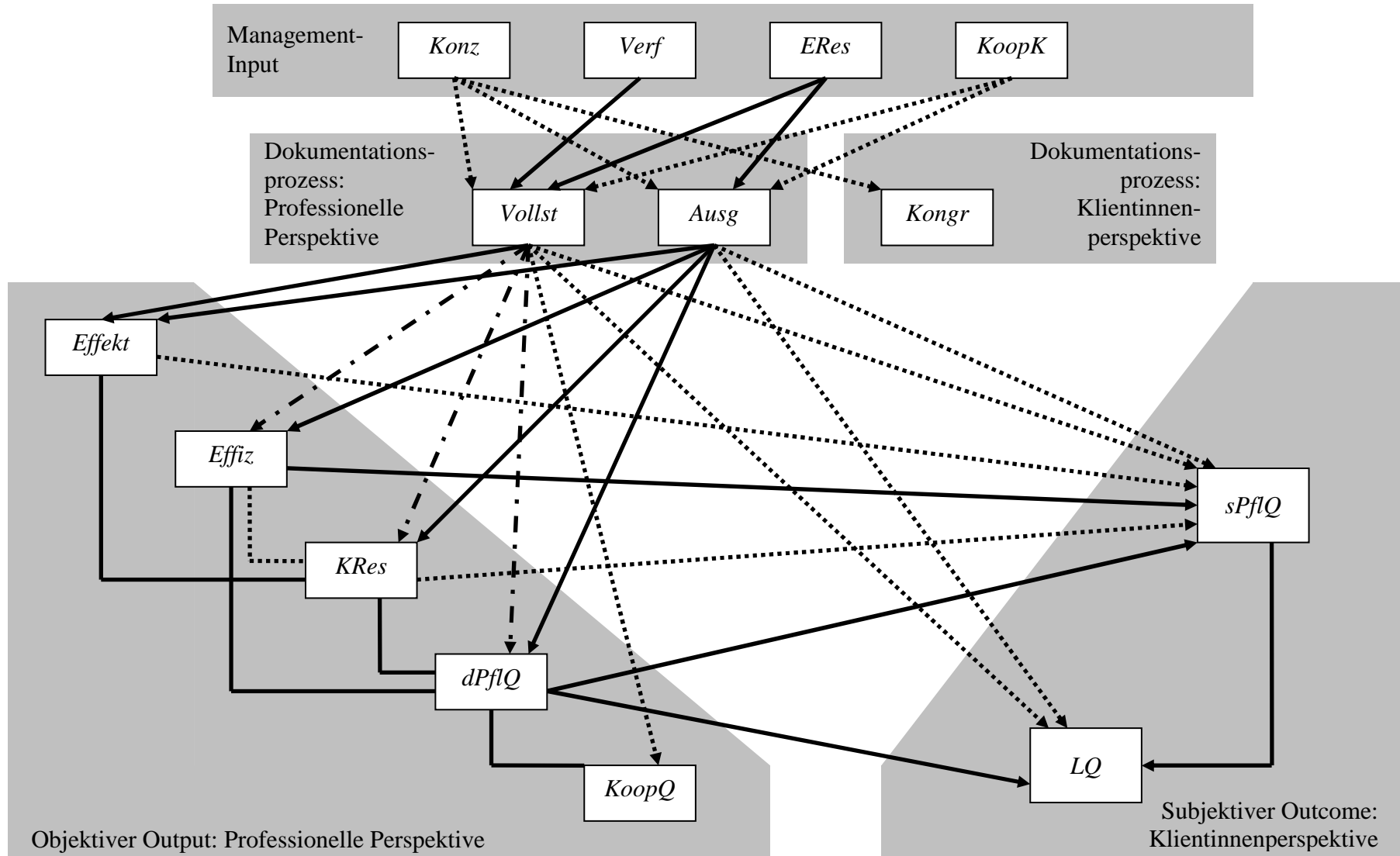
**Abbildung 43: Dokumentationsmotive und -wirkungen nach dem Muster *Dokumentation zur Signalisierung professioneller Qualität* – charakteristische Zusammenhänge**



Wie in der Abbildung dargestellt, sind für die *Dokumentation zur Signalisierung pflegerischer Qualität* eine positive Wirkung der Vollständigkeit und Ausgewogenheit auf den professionellen Pflegeoutput bei einer negativen Wirkung dieser Dokumentationsqualitätsindikatoren auf die klientinnenbezogenen Outcomes charakteristisch. Die Pflegerinnen nutzen die Doku-

mentation, um eine professionell qualitätvolle Pflege erkennbar zu machen (vgl. hierzu das in Abschnitt 4.2.3 beschriebene institutionenökonomische Modell und die These IIIc zum Metamodell der Pflegeprozessdokumentation in Abschnitt 5.1). Diese Bemühungen beeinträchtigen aber den klientinnenspezifischen Outcome der Pflege, abgebildet durch die gestrichelten Pfeile von den Indikatoren der Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Indikatorgruppen der subjektiven Pflegequalität und der pflegebezogenen Lebensqualität. Am besten lässt sich dieses Muster der *Dokumentation zur Signalisierung pflegerischer Qualität* anhand der Zusammenschau der im finnischen Teildatensatz der stationär versorgten Klientinnen gemessenen Einzelbeziehungen nachvollziehen:

Abbildung 44: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – finnische Klientinnen, stationär



Betrachtet man bei dieser Gesamtdarstellung zunächst den Einfluss der Dokumentationsqualitätsindikatoren aus professioneller Perspektive auf den Pflegeoutput aus professioneller Sicht, so erkennt man fünf negative und drei uneinheitliche Wirkungen auf die Effektivität, die Effizienz, die klientinnenspezifischen Ressourcen und die dokumentierte Pflegequalität. Daran ist insbesondere bemerkenswert, dass damit alle Indikatoren, die ihrerseits aus der Pflegedokumentation berechnet werden, positiv von Dokumentationsumfang und -ausgewogenheit beeinflusst werden. Lediglich die Kooperationsqualität, die aus der Befragung der Managerinnen aus deren Sicht gewonnen wird, wird negativ durch die Dokumentationsvollständigkeit beeinflusst.

Aus diesem Befund könnte nun geschlossen werden, dass es den Pflegerinnen gelingt, mittels einer umfangreicheren und ausgewogeneren Dokumentation die Pflegequalität positiv zu beeinflussen. Dem stehen jedoch vier negative Wirkungen der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit auf den Pflegeoutcome aus Klientinnensicht entgegen. Die subjektive Pflegequalität und die pflegebezogene Lebensqualität stehen damit in ausschließlich negativer Abhängigkeit von der Dokumentation. Mit anderen Worten: So sehr auf der einen Seite die in der Dokumentation abgebildete professionelle Pflegequalität von der Dokumentation selbst profitiert, so sehr wirkt sich ebendiese Dokumentation negativ auf den Klientinnen-Outcome aus. In dieses Bild passt, dass der professionelle Pflegeoutput hier teilweise negative Wirkungen auf die subjektive Pflegequalität hat. Dies steht zumindest für die Wirkung der Pflegeeffektivität auf die Lebensqualität in Widerspruch zu anderen diesbezüglichen Untersuchungsergebnissen (Heislbetz et al. 2007).

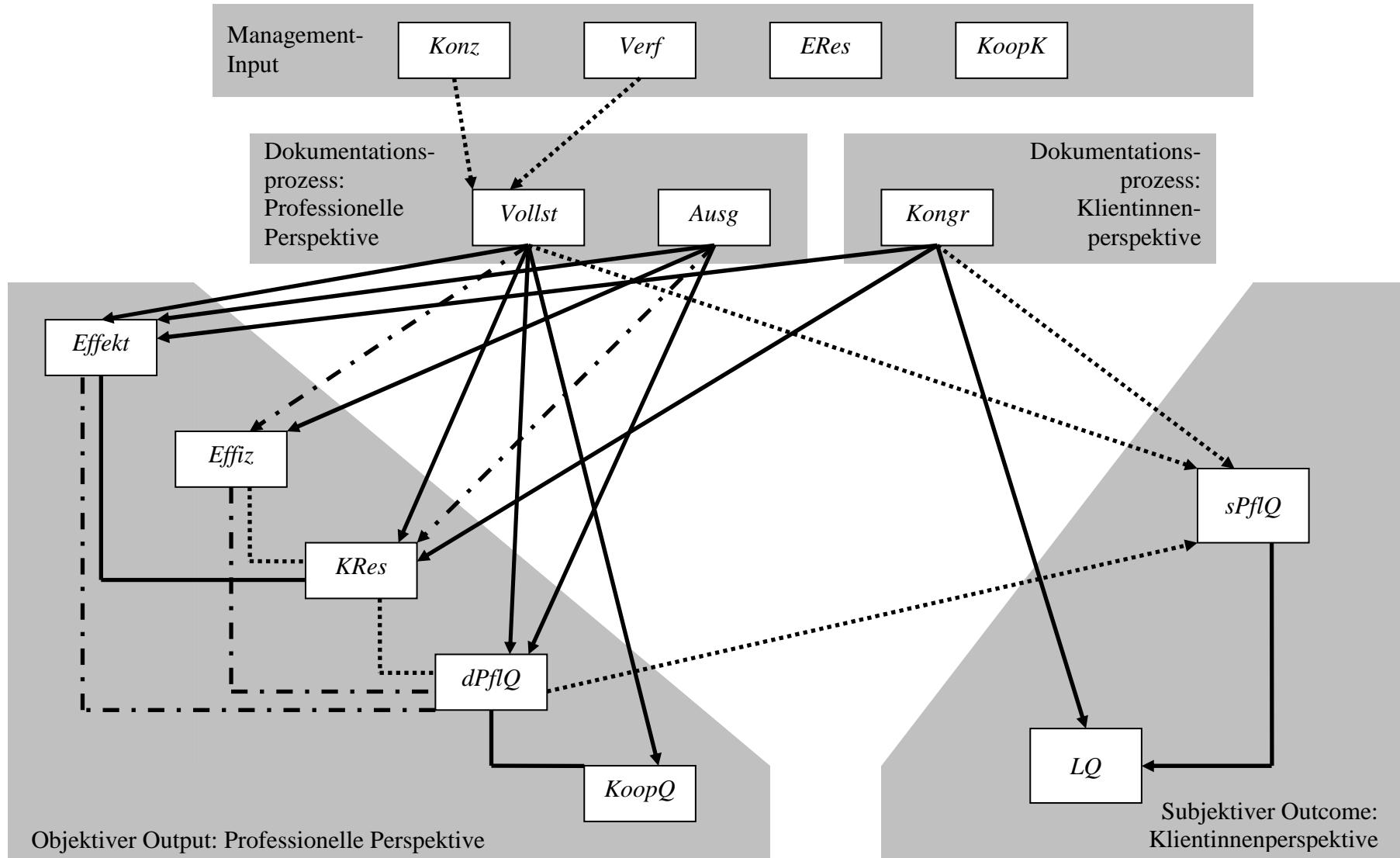
Sehr fraglich ist jedoch, ob die professionelle Qualität durch eine vollständigere und ausgewogenere Pflegedokumentation tatsächlich verbessert wird oder ob die zusätzliche Qualität – zugespitzt formuliert – durch die Dokumentation nur suggeriert wird. Für letzteres spricht die eindeutig negative Wirkung des Dokumentationshandelns auf den klientinnenspezifischen Pflegeoutcome. Dies bedeutet, Pflegerinnen und Pflegeeinrichtungen, die auf eine besonders vollständige und ausgewogene Dokumentation achten, vernachlässigen über diesen Bemühungen die Klientinnen. Die in Abschnitt 3.1.2 mehrfach wiedergegebene Kritik an Pflegeprozess und Pflegeprozessdokumentation, diese werde als einseitiges professionelles Definitionsinstrument ohne Einbeziehung der Klientin verwendet, erfährt hier eine eindrucksvolle Bestätigung. Offen bleibt in diesem Zusammenhang, ob die mittels der Dokumentation dargestellte professionelle Pflegequalität tatsächlich nur suggeriert wird (durch ein verzerrtes Dokumentieren) oder ob die Pflegerinnen beispielsweise von einem überkommenpaternalistischen Pflegeleitbild ausgehen, in dessen Sinne sie eine gute Pflegequalität in der Dokumentation darstellen wollen. Ergebnis eines solchen paternalistischen Pflegebilds könnte die einseitige Konzentration auf den professionellen Pflegeoutput unter gleichzeitiger Vernachlässigung der Beziehung zur Klientin sein.

Wie kann dieses Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen interpretiert werden? Offensichtlich gelingt es den Pflegerinnen mit der Dokumentation eine besondere professionelle Qualität darzustellen – unabhängig von der Frage, ob diese besondere Qualität in diesem Ausmaß überhaupt existiert. Die Bezeichnung *Dokumentation zur Signalisierung pflegerischer Qualität* für dieses Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen wird aus diesem Grund gewählt. Das Dokumentationsmuster bestätigt das in 4.2.3 entwickelte institutionenökonomische Modell des Dokumentationshandelns und die daraus formulierte These IIIc des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation in Abschnitt 5.1. Allerdings enthält der vorliegende Datensatz keine Informationen, ob das Signal den Pflegerinnen bzw. ihren Pflegeeinrichtungen einen besonderen Nutzen stiftet (wie in dem institutionenökonomischen Modell des Dokumentationshandelns vorausgesetzt) bzw. welcher Art dieser Nutzen sein könnte.

Sollte ein solcher Anreiz bestehen, so wäre nachvollziehbar, dass gerade die Pflegerinnen unter den institutionellen Bedingungen Finnlands auf eine über alle Pflegedimensionen hinweg sichtbare Effektivität der Pflege achten. Schließlich dürften die finnischen Pflegerinnen durch ihre Einbindung in die umfassenden kommunalen Versorgungssysteme viel stärker deren multidimensionaler Gesamtverantwortung (Giarchi 1996, S. 49-61) verpflichtet sein als etwa die deutschen Pflegerinnen und Pflegemanagerinnen, die aufgrund des begrenzten Pflegebedürftigkeitsbegriff des deutschen Pflegeversicherungsrechts und der Zersplitterung des deutschen Hilfesystems auf verschiedene Kosten- und Leistungsträger nur für einen relativ kleinen Ausschnitt aus den Pflegebedarfen der Klientin verantwortlich sind (vgl. hierzu das anschließend insbesondere anhand der beiden deutschen Teildatensätze dargestellte Modell der *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos*). Ein ebenso wie die für die finnischen Klientinnen in stationärer Versorgung erhobenes Gesamtbild ergibt sich auch bei der Zusammenstellung der für die ambulant versorgten Klientinnen gemessenen Einzelzusammenhänge:



Abbildung 45: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – finnische Klientinnen, ambulant

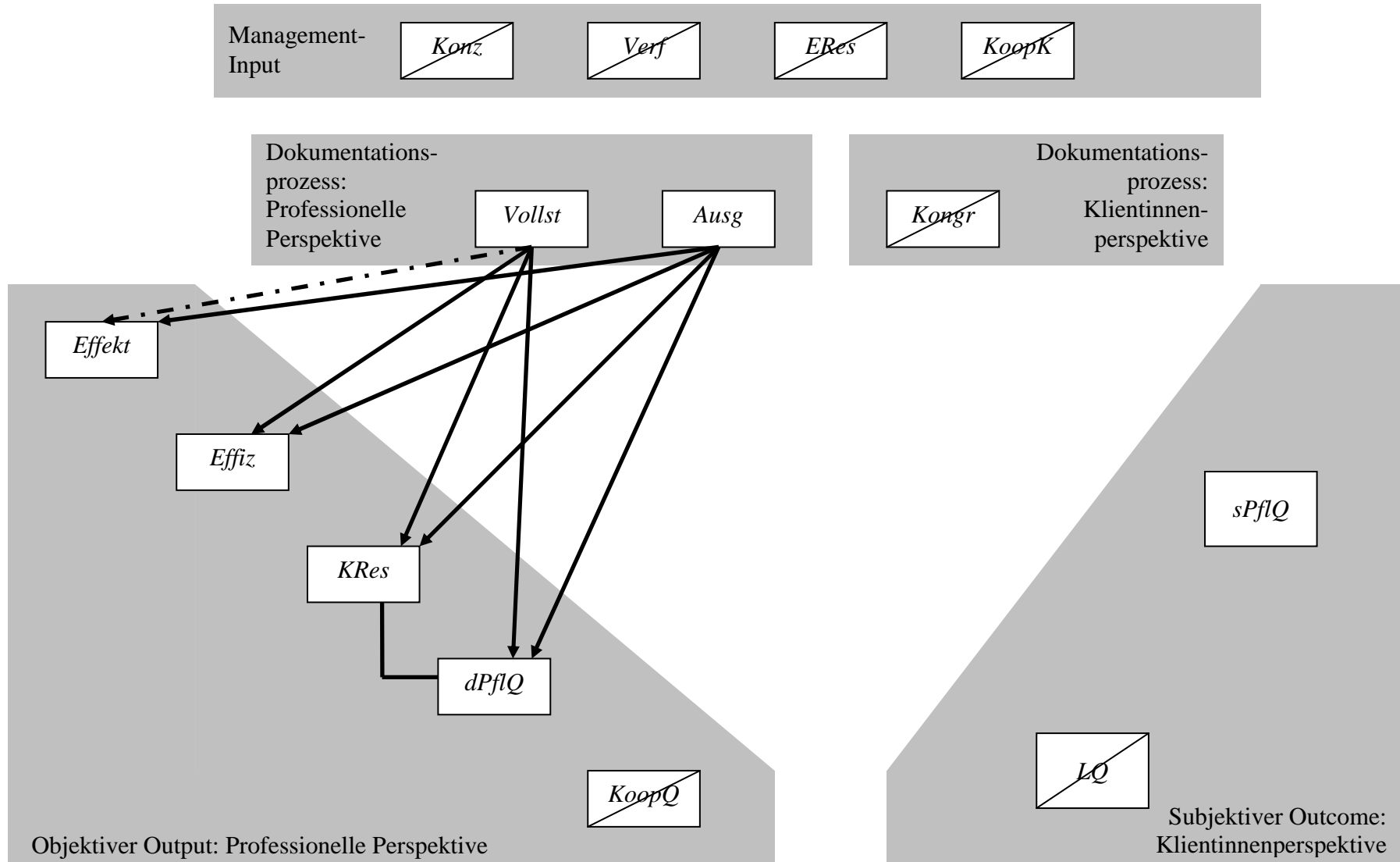


Auch hier richtet sich die Aufmerksamkeit zunächst auf die (fast) ausschließlich positiven Wirkungen der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit auf den Pflegeoutput aus professioneller Perspektive. Sie betreffen wiederum alle aus der Dokumentation selbst berechneten Indikatoren der pflegerischen Qualität. Im Unterschied zu den stationär versorgten Klientinnen wird der subjektive Pflegeoutcome aus Klientinnensicht jedoch weniger stark negativ durch die professionellen Dokumentationsqualitätsindizes beeinflusst. Eine negative Wirkung der Vollständigkeit besteht lediglich auf die subjektive Pflegequalität aus Klientinnensicht. Darin muss jedoch kein Widerspruch zur Interpretation dieses Gesamtbilds als *Dokumentation zur Signalisierung pflegerischer Qualität* gesehen werden.

Interessant an dieser Zusammenschau der Einzelergebnisse für die ambulant versorgten finnischen Klientinnen ist weiterhin die Wirkung der Kongruenz der Dokumentation mit dem Pflegeerleben der Klientinnen. Die Kongruenz wirkt nicht nur positiv auf die Effektivität und die klientinnenspezifischen Ressourcen, sondern auch positiv auf die Lebensqualität der Klientinnen. Betrachtet man die Kongruenz der Dokumentation als ein Proxy für die Einbeziehung der Klientinnen in die Gestaltung des Pflegeprozesses, so kann deren gleichzeitige positive Wirkung auf die Pflegeeffektivität und auf die Lebensqualität der Klientin als Indiz dafür gewertet werden, dass sich das Streben nach professioneller Pflegequalität und jenes nach einer Verbesserung der pflegebezogenen Lebensqualität der Klientin nicht gegenseitig ausschließen müssen. Schwer nachzuvollziehen ist in diesem Zusammenhang die negative Wirkung der Kongruenz der Dokumentation auf die subjektive Pflegequalität aus Klientinnenperspektive.

Anzeichen für eine Dokumentation nach dem Muster der *Dokumentation zur Signalisierung pflegerischer Qualität* finden sich auch für die ambulant versorgten britischen Klientinnen. Jedoch fehlen die negativen Wirkungen der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit auf die subjektive Pflegequalität aus Klientinnensicht. Die Berechnung der Zusammenhänge mit der Lebensqualität musste mangels Daten ebenso unterbleiben wie die Berechnung der Wirkungen von und auf die Indikatoren aus der Managementbefragung:

Abbildung 46: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – britische Klientinnen, ambulant

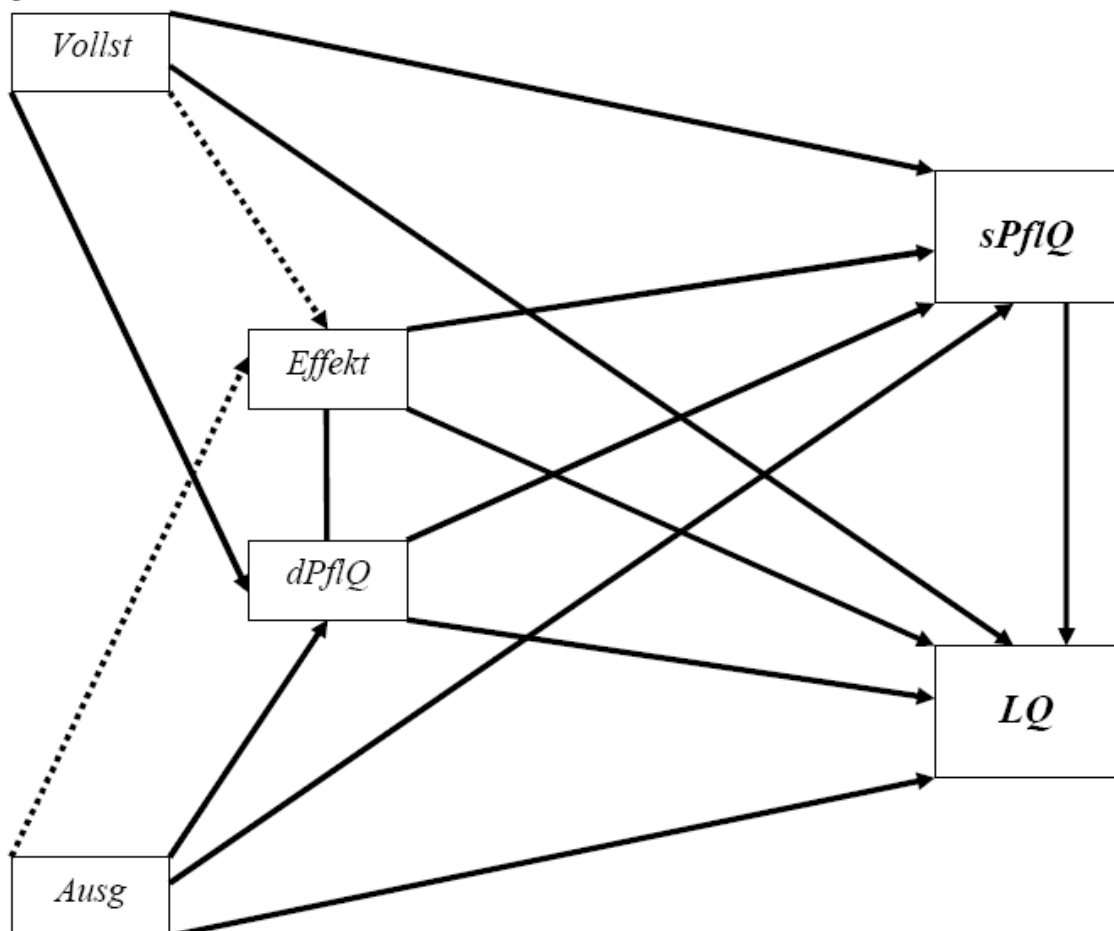


Diese Zusammenschau der einzelnen Zusammenhangsmessungen im britischen Datensatz der ambulant versorgten Klientinnen ähnelt in den (fast) ausschließlich positiven Beziehungen zwischen der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit sowie dem pflegerisch-professionellen Pflegeoutput den beiden finnischen Beispielen zum Dokumentationsmuster der *Dokumentation zur Signalisierung pflegerischer Qualität*. Das zweite charakteristische Merkmal dieses Dokumentationsmusters, die negative Wirkung der Dokumentationsqualitätsindikatoren aus Professionssicht auf den Pflegeoutcome aus Klientinnenperspektive, kann jedoch nicht nachgewiesen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Wirkungszusammenhänge zur pflegespezifischen Lebensqualität überhaupt nicht gemessen werden und dass Werte zur subjektiven Pflegequalität nur für achtzehn ambulant versorgte britische Klientinnen berechnet werden können (vgl. Tabelle 50, S. 228).

#### 7.4.4 Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos

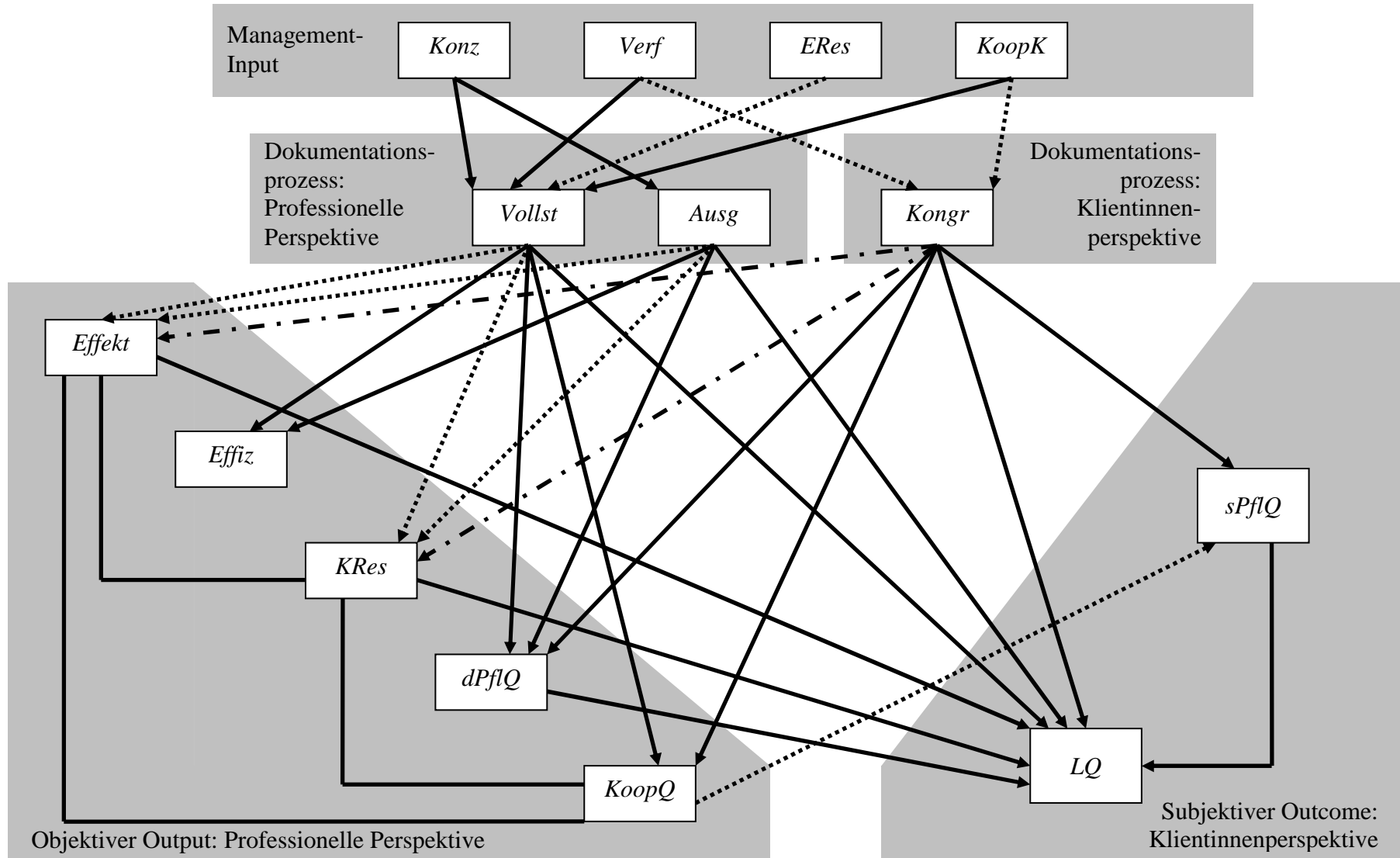
Die *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos* als Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen lässt sich am eindeutigsten in den beiden deutschen Teildatensätzen nachweisen. Es kann durch folgende, idealtypische Zusammenhänge charakterisiert werden:

**Abbildung 47: Dokumentationsmotive und -wirkungen nach dem Muster *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos* – charakteristische Zusammenhänge**



Zentrales Merkmal dieses Dokumentationsmusters ist die negative Wirkung der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit auf die Effektivität der Pflege. Diese negativen Beziehungen stehen in Widerspruch zu den positiven Wirkungen der Dokumentationsqualität auf die dokumentierte Pflegequalität und den Pflegeoutcome aus Klientinnensicht. Auch die Effektivität und die dokumentierte Pflegequalität weisen einen positiven Zusammenhang mit der subjektiven Pflegequalität und der Lebensqualität auf. Eine Erläuterung und Interpretation dieses Dokumentationsmusters erfolgt zunächst am Beispiel des deutschen Teildatensatzes der ambulant versorgten Klientinnen:

Abbildung 48: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – deutsche Klientinnen, ambulant



Die Abbildung zeigt, dass eine negative Wirkung der professionellen Dokumentationsqualität nicht nur zur Pflegeeffektivität, sondern auch zu den klientinnenspezifischen Ressourcen besteht. Im Übrigen beeindruckt, wie einheitlich positiv die Beziehungen von der Dokumentationsqualität zum professionellen Pflegeoutput und zum Outcome aus Klientinnenperspektive sind. Ergänzt wird dieses positive Beziehungsgeflecht durch die ebenfalls positive Wirkung des professionellen Pflegeergebnisses auf den Klientinnen-Outcome. Neben den negativen Beziehungen zur Effektivität und zu den klientinnenspezifischen Ressourcen besteht nur noch eine einzige negative Wirkung der (aus der Befragung der Managerinnen aus deren Sicht erhobenen) Kooperationsqualität auf die subjektive Pflegequalität.

Wie kann dieser Befund und dabei vor allem die negative Wirkung der Dokumentationsqualität auf die Effektivität und Ressourcenversorgung interpretiert werden? Gegen die Annahme, die vermehrten Dokumentationsanstrengungen führten dazu, dass die Pflegerinnen weniger Zeitressourcen zur Verfügung haben, die pflegerische Effektivität sicherzustellen, spricht der eindeutig positive Zusammenhang der Dokumentationsqualität mit der subjektiven Pflegequalität und der Lebensqualität. Im Dokumentationsmuster *Dokumentation als bürokratische Aufgabe* (Abschnitt 7.4.2) wurde ein solcher Zusammenhang erkannt. Dort wirkte sich die Dokumentation gleichzeitig negativ auf den professionellen *und* auf den klientinnenbezogenen Pflegeoutcome aus, so dass unterstellt werden konnte, die Dokumentationsaufgaben hielten die Pflegerinnen von der direkten Pflege an der Klientin ab.

Hier jedoch wirkt sich die Dokumentationstätigkeit positiv auf den Klientinnen-Outcome und auch auf die pflegerische Effizienz und die dokumentierte Pflegequalität aus. Das heißt, auch die Datenerheberinnen bewerten insbesondere diejenigen Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Pflegequalität als positiv, die besonders vollständige und ausgewogene Dokumentationen aufweisen und bei denen in den Dokumentationen Mängel in der Pflegeeffektivität und Ressourcenversorgung erkennbar werden. Da als Datenerheberinnen ausschließlich erfahrene Pflegekräfte eingesetzt wurden (vgl. unter 6.2), besteht Grund zur Annahme, dass diesen die geringere Befriedigung der Pflegebedürfnisse der Klientinnen, die durch die ausführlichere Dokumentation zum Ausdruck kommt, durchaus auffiel. Umso bemerkenswerter ist die *positive* Einschätzung der professionellen Pflegequalität bei umfangreicherer Dokumentation. Offenbar stoßen sich die professionellen Datenerheberinnen ebenso wenig wie die Klientinnen an der durch die Dokumentation erkennbaren geringeren Effektivität der Pflege.

Die nahe liegendste Erklärung für dieses Phänomen ist, dass die Effektivitätsprobleme bei den Klientinnen und Einrichtungen, die über eine vollständigere und ausgewogenere Dokumentation verfügen, in Wirklichkeit gar nicht größer sind als bei anderen Klientinnen und Einrichtungen. Vielmehr könnten durch die bessere Dokumentation Probleme der mangelnden Bedürfnisbefriedigung überhaupt erst erkennbar werden, die bei den Klientinnen mit eher lückenhafter Dokumentation zwar genauso bestehen, dort aber eben nicht dokumentiert werden. Dabei ist relativ einfach erklärbar, warum dieser Effekt gerade in den deutschen Teildatensätzen auftritt.

Wie bereits bei der Erläuterung der Berechnungen der Indizes zur Effektivität und Ressourcenadäquanz in Abschnitt 6.5.2 beschrieben, beruhen diese Indizes auf einem Vergleich der Pflegebedarfe mit der geleisteten Pflege. Der Pool möglicher Pflegebedarfe wurde hierfür während des Forschungsprojekts Care Keys auf der Grundlage eines Crosswalks über international anerkannte Pflege-theorien gebildet. Das Kriterium war dabei die vollständige Abbildung der vier Pflegedimensionen Physisch/funktional, Psychisch, Sozial und Umweltbezogen. Die so festgelegten Variablen sind in Anhang 1b (Tabelle 60, S. 345 bis Tabelle 67, S. 348) zusammengefasst.

Die bei der Messung der Pflegebedarfsbefriedigung und der Adäquatheit der für die individuelle Pflege zur Verfügung stehenden Ressourcen betrachteten Pflegebedarfe folgen somit ausdrücklich nicht gesetzlich-administrativen Rahmenvorgaben. Deshalb ist vor allem für jene Untersuchungsländer eine systematische Ressourcen- und Bedarfsdeckungslücke zu erwarten, in denen die rechtliche Zuständigkeit der Pflege besonders eng gefasst ist. Unter dem Stichwort der *sozialrechtlich definierten Pflegebedürftigkeit* wird dies insbesondere für Deutschland beklagt. Aus dem folgenden Exkurs über die gesetzliche Pflegebedürftigkeitsdefinition kann somit zweierlei nachvollzogen werden: Zum einen wird damit erklärt, warum eine ausführlichere Dokumentation im deutschen Teildatensatz zur Messung einer verringerten Pflegebedarfsbefriedigung führt. Zum anderen werden damit auch – ganz im Sinne des Kapitels 4 – die institutionenökonomischen Bedingungen des Pflegehandelns deutlich, die sich, wie anschließend gezeigt wird, im Sinne des Dokumentationsmotivs der *Risikoreduzierung* (Abschnitt 4.2.2, vgl. hierzu die These IIIb des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation in Abschnitt 5.1) auf die Dokumentationsaktivitäten der Pflegerinnen auswirken.

Der Begriff der sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeit wird in der deutschen Diskussion in Bezug auf die 1995 in Kraft getretene Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)<sup>56</sup> verwendet. Die Regelungen zur gesetzlichen Pflegebedürftigkeit sind darin im zweiten Kapitel zusammengefasst. In § 14, Abs. 1 SGB XI wird dabei zunächst der Kreis der Personen eingegrenzt, die als pflegebedürftig gelten können. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen „einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung“, aufgrund derer die pflegebedürftige Person bei ihren „regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße [...] der Hilfe“ bedarf. In Abs. 4 dieses Paragraphen werden vier Bereiche dieser gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen unterschieden, in denen der Hilfebedarf bestehen kann. Dabei handelt es sich um den Bereich der

1. Körperpflege, in dem folgende Verrichtungen genannt werden: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- oder Blasenentleerung,
2. Ernährung, in dem die Verrichtungen der mundgerechten Zubereitung und die Aufnahme der Nahrung genannt werden,
3. Mobilität mit den Verrichtungen selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. hauswirtschaftliche Versorgung mit den Verrichtungen Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und Beheizen.

Vergleicht man diese Verrichtungen mit den der Messung von Effektivität, Effizienz und individueller Ressourcenversorgung zugrunde gelegten Pflegebedarfsvariablen (vgl. Anhang 1b: Tabelle 60, S. 345 bis Tabelle 67, S. 348), so erkennt man, dass keiner der dort in den Dimensionen Psychisch und Sozial betrachteten Pflegebedarfe in § 14, Abs. 4 SGB XI Berücksichtigung findet. Zusätzlich fehlen aber auch aus der Pflegedimension Physisch/funktional wichtige Pflegebedarfe, unter anderem Schmerzmanagement, Hören, Sehen, Kommunikation und Gedächtnis. Die Aussage, wonach „der Begriff der [gesetzlichen] Pflegebedürftigkeit eng auf körperliche Defizite und körperliche Verrichtungen begrenzt“ bleibt (Hasseler/Görres 2005, S. 18), ist demnach zwar richtig, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch bedeutende körperbezogene Pflegebedarfe ignoriert werden.

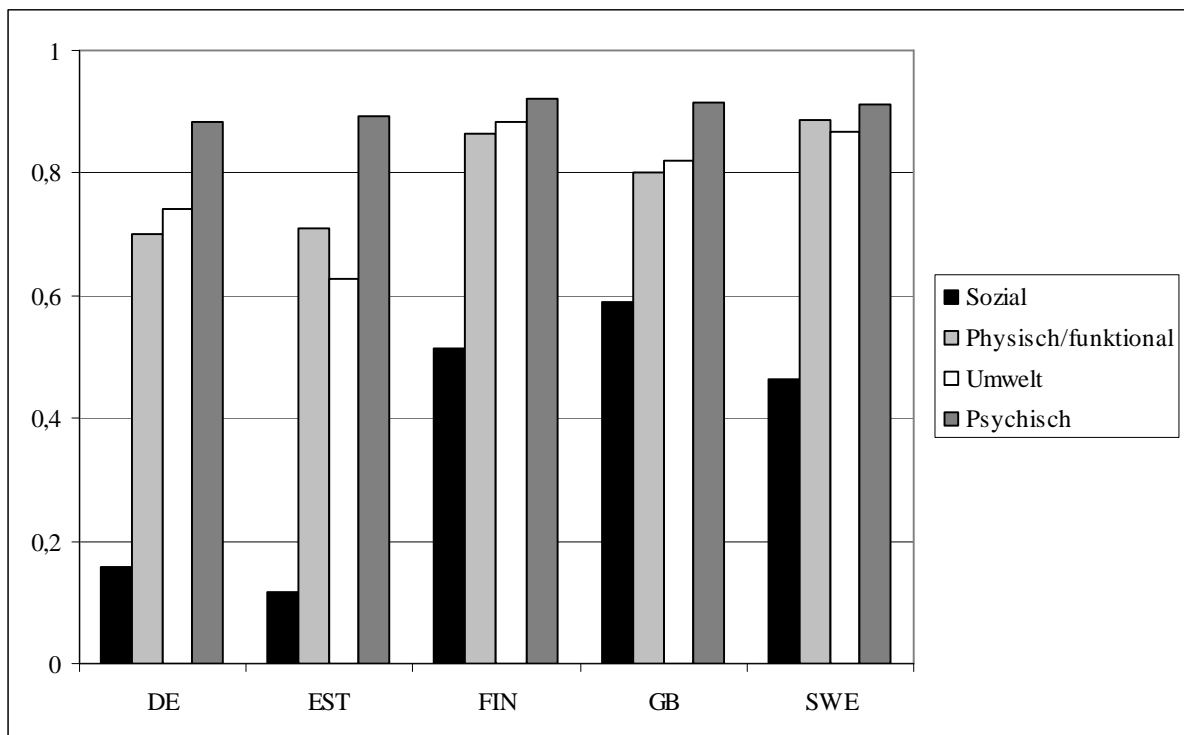
---

<sup>56</sup> Die Ausführungen beziehen sich hier auf die Fassung des SGB XI, die 2005/06 gültig war, also zu der Zeit, während der die empirischen Daten, die hier interpretiert werden, erhoben wurden.



Das einseitige und zugleich reduzierte Pflegeverständnis hinter dem gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist insofern folgenschwer, als die Einteilung der Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen (§ 15, Abs. 1 SGB XI) und damit die für die Pflege zur Verfügung stehenden Ressourcen ebenfalls an den in § 14, Abs. 4 aufgezählten Pflegebereichen sowie -verrichtungen orientiert ist. Die Folge ist eine strukturelle Effektivitäts- und Ressourcendeckungslücke, die in der einschlägigen Literatur vielfach diskutiert wird (vgl. z.B. Bartholomeyczik 2002; Hasseler et al. 2007; Hofemann/Naegele 2003, S. 236-241; Wingefeld 2003; Zintl-Wiegand/Krumm 2003). Diese Lücke lässt sich für die deutschen Klientinnen empirisch auch mit dem vorliegenden Datensatz nachweisen. Die folgende Grafik zeigt dies am Beispiel der mittleren Pflegebedarfsbefriedigung der ambulant versorgten Klientinnen. Wie in Abschnitt 6.5.2 beschrieben, wird die Effektivität der Pflege als Anteilswert berechnet, der bei perfekter Bedarfsbefriedigung den Wert 1 erreicht (eine vollkommene Nicht-Befriedigung aller Pflegebedarfe entspräche hingegen den Wert 0):

**Abbildung 49: Mittlere Befriedigung der Pflegebedarfe (Effektivität der Pflege) – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**



Quelle: Eigene Abbildung nach Heislbetz et al. 2007, S. 249.

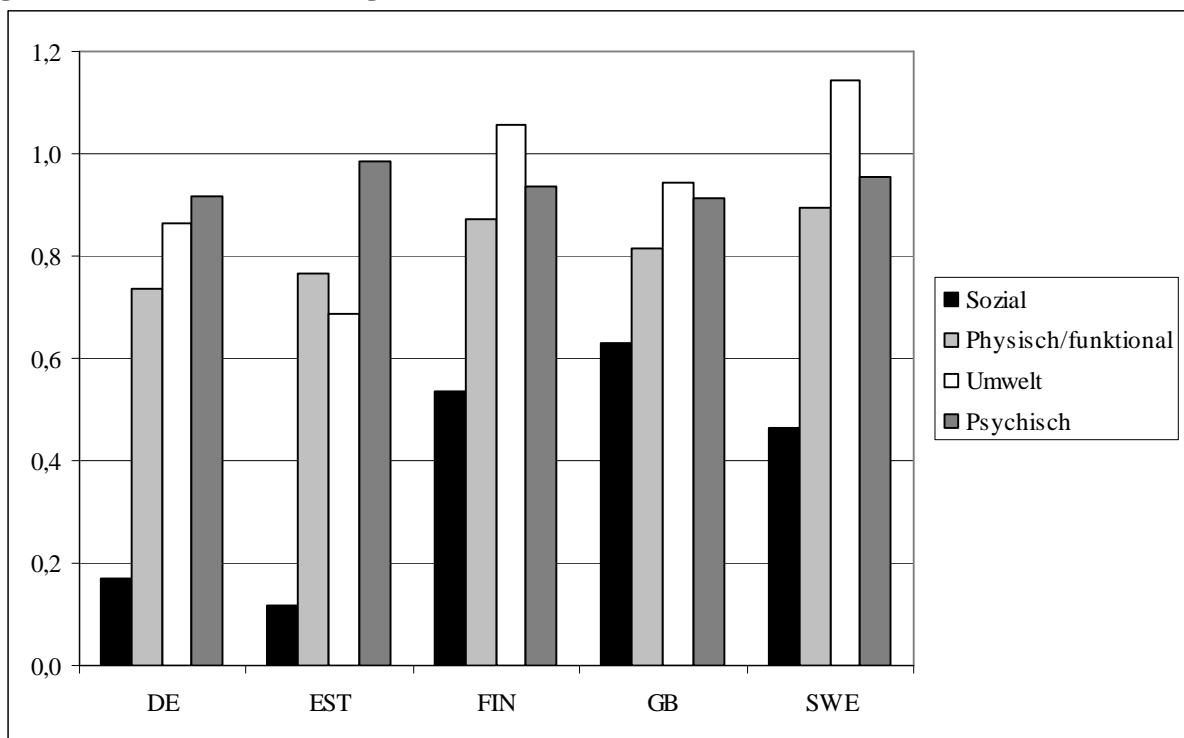
Ohne auf alle Ergebnisse dieser international vergleichenden Effektivitätsmessung eingehen zu wollen, sollte kurz erwähnt werden, dass in allen Ländern die größten Defizite der Bedarfsbefriedigung in der Dimension Sozial festgestellt werden. Dies ist sicherlich weniger erstaunlich als die stets sehr gute Bedarfsbefriedigung in der Dimension Psychisch. Dabei weisen viele empirische Studien (wie auch die auch gegenwärtige, vgl. die Abschnitte 3.1.3 und 7.4.1) eine tendenzielle Vernachlässigung dieser Dimension nach – ein Umstand, der eher auf eine schlechte Befriedigung psychischer Pflegebedarfe schließen lässt. Eine Erklärung für die besonders hohe Effektivität der Pflege in der Dimension Psychisch ist vermutlich in den Variablen (vgl. Tabelle 62, S. 346) zu suchen, mit denen diese Messung vorgenommen wurde. In der Erwartung großer Effektivitätsprobleme in dieser Dimension wurden nämlich während des Forschungsprozesses auch einige besonders ‚weiche‘ Kriterien gewählt und so operationalisiert, dass sie relativ leicht zu erfüllen sind. Beispielsweise wird die Variable „Emoti-

onale Unterstützung“ durch „Aufheitern“ und „Ermutigen“ operationalisiert und auch die regelmäßige „Ermutigung/Anleitung der Klientinnen zu selbstständiger täglicher Pflege, um größere Unabhängigkeit zu erlangen“ werden wohl die allermeisten Pflegerinnen für sich in Anspruch nehmen. Andere Bedarfsvariablen hingegen wie vor allem die Sterbebegleitung wurden naheliegenderweise insgesamt selten bejaht.

Betrachtet man die Unterschiede der Effektivitätsmessungen zwischen den Untersuchungsländern, so fällt auf, dass – abgesehen von der Dimension Psychisch – die durchweg schlechtesten Effektivitätswerte für die deutschen und estnischen Klientinnen gemessen werden. Gut interpretierbar ist dies im Falle Estlands durch den rapiden Transformationsprozess, in dem sich dieses Land befindet und der Ältere eher als Jüngere zurückbleiben lässt (vgl. Saks/Tiit 2007). Die gemessenen enormen Defizite der Bedarfsbefriedigung bei den deutschen Klientinnen verlangen freilich eine andere Erklärung. In Frage kommen dabei letztlich nur rechtlich-institutionelle Besonderheiten der Organisation des deutschen Pflegewesens. Hier wird die oben bereits erläuterte strukturelle Divergenz zwischen den Pflegebedarfen und der gesetzlich definierten Pflegebedürftigkeit empirisch manifest.

Diese Divergenz kann auch an der klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit nachvollzogen werden. Die Berechnung dieser Indikatoren ist ebenfalls in Abschnitt 6.5.2 beschrieben. Vereinfacht ausgedrückt, werden dabei die Pflegeleistungen und die Pflegebedarfe ins Verhältnis gesetzt. Dieser Vergleich geschieht unabhängig von der tatsächlichen Allokation der Ressourcen, als welche die Gesamtheit der Pflegeleistungen interpretiert werden. Ergibt dieser Vergleich Pflegebedarfe und -ressourcen in genau der gleichen Höhe, so ist – eine optimale Allokation der Ressourcen auf die Bedarfe vorausgesetzt – eine vollkommene Befriedigung aller Bedarfe möglich, ohne dass die betreffende Klientin überversorgt ist. Diese Situation wird durch einen Ressourcenverfügbarkeits-Index von 1 ausgedrückt. Liegt dieser Wert über 1, so entfallen auf die betreffenden Klientinnen mehr Ressourcen als notwendig. Und bei einem Wert unter 1 können selbst bei einer optimalen Allokation der Ressourcen die Pflegebedarfe nicht gedeckt werden. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Messung der mittleren pflegerischen Ressourcenverfügbarkeit der ambulant versorgten Klientinnen über alle Untersuchungsländer, differenziert nach Pflegedimensionen, wiedergegeben:

**Abbildung 50: Mittlere individuelle pflegerische Ressourcenverfügbarkeit – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen**



Quelle: Eigene Abbildung nach Heislbetz et al. 2007, S. 250.

Diese Abbildung bestätigt im Wesentlichen die Ergebnisse der Effektivitätsmessung. Ebenso wie für die estnischen liegt demnach für die deutschen Klientinnen in ambulanter Pflege eine besonders niedrige Ausstattung mit pflegerischen Ressourcen in den Dimensionen Sozial, Physisch/funktional und Umwelt vor. Die so zutage tretende Effektivitäts- und Ressourcenlücke findet jedoch in der Effizienz der Ressourcenverwendung keine Wiederholung (hier nicht abgebildet, vgl. Heislbetz et al. 2007, S. 249). Mit der Effizienz der Pflege wird gemessen, inwieweit die einschlägigen Pflegeleistungen ausschließlich bei tatsächlich vorliegenden Pflegebedarfen erbracht werden; andernfalls würden Ressourcen verschwendet (vgl. auch hierzu die Erläuterungen unter 6.5.2). Wenn also für die ambulant versorgten deutschen Klientinnen in allen Pflegedimensionen eine weitgehend perfekte Effizienz gemessen wird, so bedeutet das zusammen mit den anderen Ergebnissen zum Pflegebedarf- und Pflegeleistungsvergleich: Die für die Pflege der einzelnen Klientinnen zur Verfügung stehenden Ressourcen reichen nicht aus, um die Befriedigung aller Pflegebedarfe zu ermöglichen. Dies bestätigt sich in den gemessenen Effektivitätslücken. Die Effizienz der Ressourcenverwendung zeigt aber, dass alle Ressourcen weitgehend so eingesetzt werden, dass sie tatsächlich Pflegebedarfe befriedigen.

Wie in Abbildung 48 (S. 286) gezeigt, besteht für die deutschen Klientinnen in ambulanter Versorgung eine negative Wirkung lediglich von der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit auf die Effektivität und Ressourcenverfügbarkeit, nicht jedoch auf die Effizienz der Pflege sowie auf die anderen Indikatoren des professionellen Pflegeoutput. Die bisherigen Ausführungen in diesem Abschnitt lassen Zweifel daran entstehen, ob der negative Zusammenhang mit dem Grad der Bedarfsbefriedigung und der Ressourcenverfügbarkeit tatsächlich besteht oder ob es sich dabei nicht um einen Scheinzusammenhang handelt. Wie dargestellt, führt die institutionell-rechtliche Situation, in der die deutschen Klientinnen gepflegt werden, stets dann zu einer strukturellen Lücke zwischen Pflegebedarfen einerseits und den möglichen Pflegeleistungen andererseits, wenn Pflegerinnen und Klientinnen nicht in der La-

ge sind, die fehlenden Ressourcen anderweitig zu beschaffen (etwa durch Spenden oder private Eigenmittel). Dass dies regelmäßig möglich ist, ist nicht anzunehmen. Die gemessene schlechtere Pflegebedarfsbefriedigung und Ressourcenausstattung bei Klientinnen mit vollständigerer und ausgewogenerer Dokumentation dürfte somit vor allem darauf zurückzuführen sein, dass bei diesen Klientinnen auch Pflegebedarfe dokumentiert werden, die aus strukturellen Gründen nicht befriedigt werden können.

Tatsächlich ist es sogar möglich, dass bei Klientinnen mit einer besseren Dokumentation auch die Pflegeeffektivität in Wirklichkeit *besser* ausfällt, auch wenn die Indikatoren eine Verschlechterung suggerieren. Dies ist insofern anzunehmen, als lediglich die von der strukturellen Ressourcenlücke betroffenen Indikatoren der Effektivität und Ressourcenausstattung in diesem Teildatensatz negativ durch die Dokumentation beeinflusst werden. Hinsichtlich aller übrigen professionellen Pflegeoutput-Indikatoren (Effizienz, dokumentierte Pflegequalität und Kooperationsqualität) sowie den klientinnenbezogenen Pflegeergebnissen (subjektive Pflegequalität und Lebensqualität) gelingt es den Pflegerinnen, wie in Kapitel 3 pflegetheoretisch begründet, aus einer vollständigeren und ausgewogeneren Dokumentation Vorteile zu ziehen. Warum dies nicht auch für die Bedarfsbefriedigung und Ressourcenausstattung gelten soll, ist nicht nachvollziehbar – nicht zuletzt, da der positive Zusammenhang mit der Effizienz zeigt, wie die Pflegerinnen die Dokumentation dazu zu nutzen wissen, die Pflegebedarfe und -leistungen besser in Deckung zu bringen.

Dabei bedarf es aber noch einer Erklärung, was die Pflegerinnen motiviert, die Dokumentation so vollständig und ausgewogen zu führen, dass die Effektivitäts- und Ressourcenprobleme in der beschriebenen Weise erkennbar werden. Die Antwort liegt auch hier in der positiven Wirkung der Dokumentationsaktivitäten auf alle anderen professionellen und klientinnenbezogenen Pflegeergebnisse. Die Pflegerinnen dokumentieren, um hinsichtlich aller Outputdimensionen eine qualitätvollere Pflege zu ermöglichen und um diese auch nachzuweisen. Die zugleich zutage tretenden Bedarfsbefriedigungs- und Ressourcenprobleme schmälern die pflegerische Leistung nicht. Im Gegenteil, indem die Pflegerinnen offensiv auf dieses nicht von ihnen zu verantwortende Qualitätsproblem hinweisen, beugen sie diesbezüglichen Vorwürfen vor. Sie signalisieren gegenüber ihrem eigenen Management, Controlling-Instanzen wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und letztlich auch gegenüber den Klientinnen und deren Angehörigen, dass sie die strukturellen Unzulänglichkeiten ihrer Bemühungen kennen und darauf – soweit möglich – in ihrem Handeln Rücksicht nehmen. Im Sinne des in Abschnitt 4.2.2 diskutierten institutionenökonomischen Motivs der Risikoreduzierung durch die Pflegedokumentation entspricht dieses Verhalten dem Bemühen, erwartete negative Pflegeergebnisse von Beginn an als extern (in der ökonomischen Terminologie als Wirkung der *Natur*) zu kennzeichnen. Die Bedeutung der Dokumentation ist somit in der *Qualitätssicherung* und in der *Reduzierung des Risikos* gleichermaßen zu sehen (daher die Bezeichnung diese Musters der Dokumentationsmotive und -wirkungen). Dies wird sowohl professionell als auch durch die Klientinnen anerkannt, erkennbar anhand der positiven Einschätzungen der Pflegequalität durch die Datenerheberinnen und der positiven Rückmeldungen durch die Klientinnen (subjektive Pflegequalität und Lebensqualität).

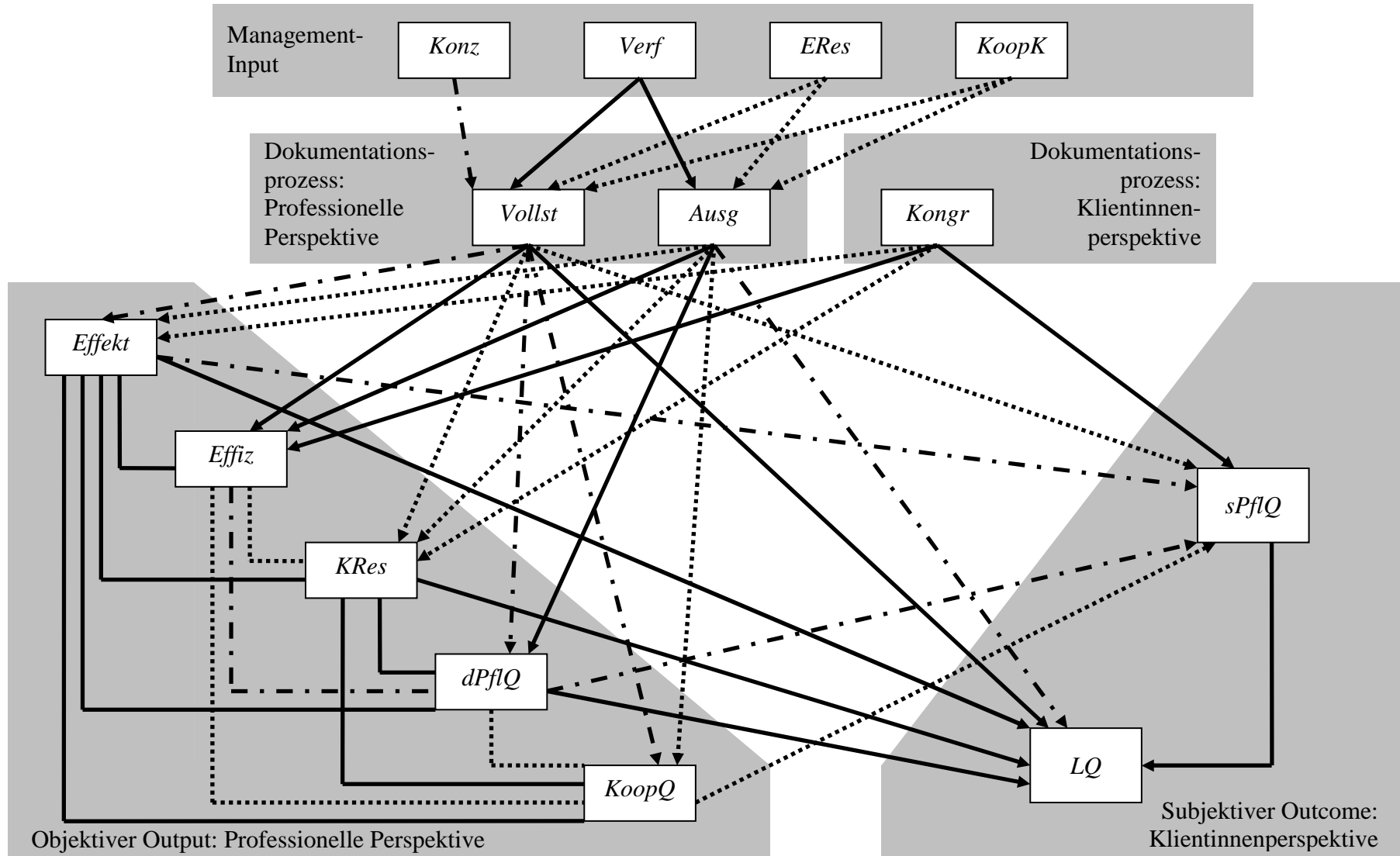
Der Zusammenfassung aller im deutschen Teildatensatz der ambulant versorgten Klientinnen (Abbildung 48, S. 286) können zusätzlich zu den bisherigen Ausführungen zu dem darin zum Ausdruck kommenden Dokumentationsmuster weitere interessante Zusammenhänge entnommen werden. So zeigt sich eine positive Abhängigkeit der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit vom Managementkonzept, von den durch die Managerin eingeführten Verfahren und vom Kooperationskonzept. Vor allem der letztere Zusammenhang ist bemerkenswert, da er eine Fortsetzung in der ebenfalls positiven Wirkung der Dokumentationsvoll-

ständigkeit auf die Kooperationsqualität hat. Diese wiederum wirkt sich negativ auf die subjektive Pflegequalität aus, was allerdings schwer zu interpretieren ist.

Auch die Kongruenz der Dokumentationsinhalte mit dem Pflegeerleben der Klientinnen verdient eine nähere Betrachtung: Von der Kongruenz gehen zum einen positive Beziehungen auf den Pflegeoutcome aus Klientinnensicht aus (subjektive Pflegequalität und Lebensqualität). Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen an die Wirkung der Dokumentationskongruenz, die, wie bereits erwähnt, auch als Proxy für die Einbeziehung der Klientinnen in die Gestaltung der Pflege betrachtet werden kann. Interessant ist eher die positive Beziehung der Kongruenz mit der dokumentierten Pflegequalität, die darauf hinweist, dass die Einbeziehung der Klientinnen nicht notwendigerweise in einem Konfliktverhältnis zur professionellen Pflegequalität stehen muss.

Dokumentationsmotive und -wirkungen nach dem Muster der *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos* finden sich auch anhand der im Teildatensatz der stationär gepflegten deutschen Klientinnen gemessenen Zusammenhänge, deren Zusammenfassung nachfolgend abgebildet wird:

Abbildung 51: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – deutsche Klientinnen, stationär



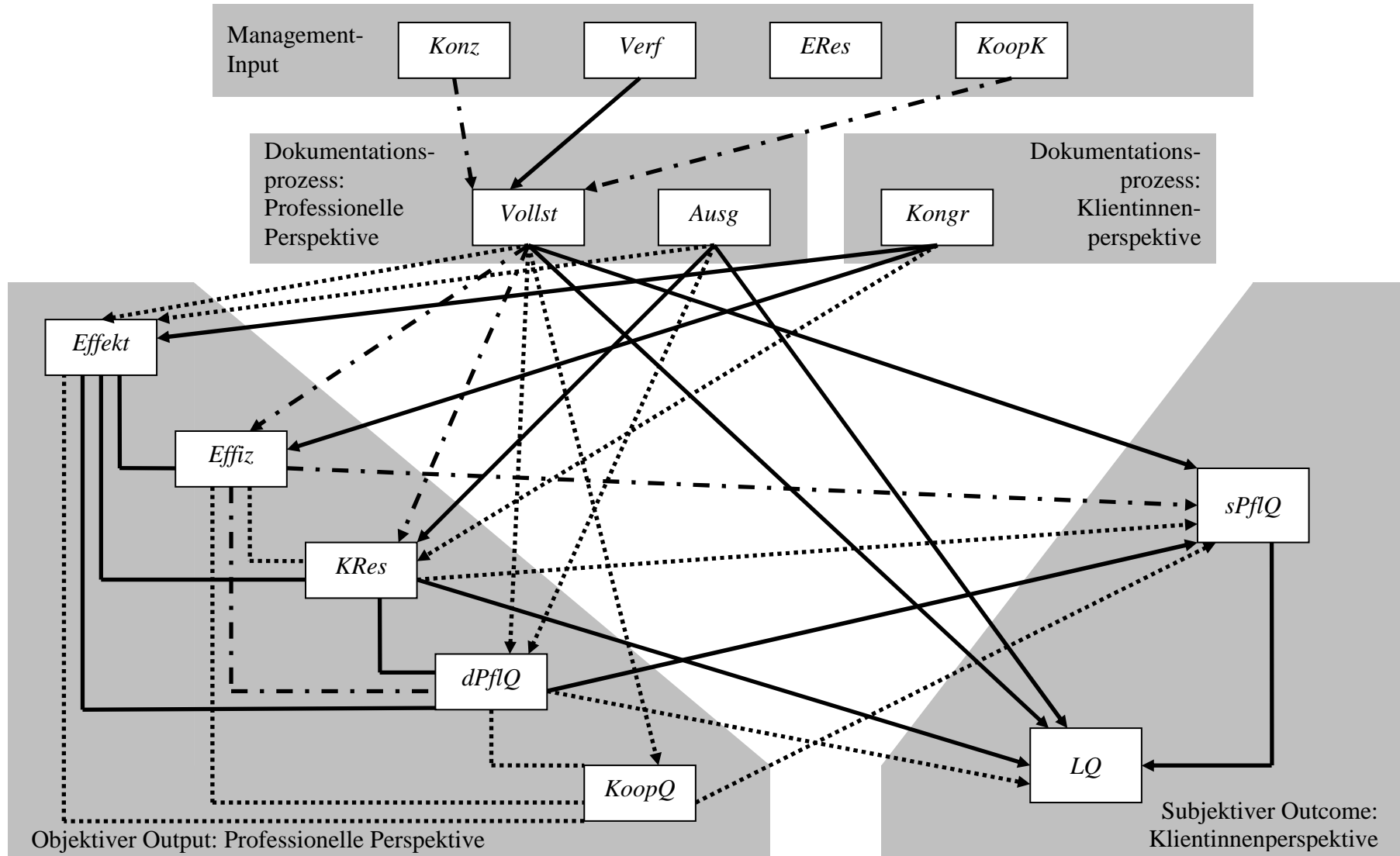
Diese Zusammenfassung aller für die stationär versorgten deutschen Klientinnen gemessenen Einzelzusammenhänge weist große Parallelen zu der zuvor diskutierten ambulanten Pflege auf. Wie im ambulanten Teildatensatz wirken sich die Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation (fast) ausschließlich negativ auf den Grad der Bedarfsbefriedigung der Pflege und auf die klientinnenbezogene Ressourcenausstattung aus. Die Wirkung auf die Effizienz der Ressourcenverwendung und auf die Pflegequalität aus professioneller Sicht ist hingegen (fast) ausschließlich positiv. Weniger eindeutig als zuvor ist jedoch die Wirkung der professionellen Dokumentationsqualitätsmerkmale auf den Pflegeoutcome aus Klientinnensicht. Hier findet sich eine überwiegend negative Wirkung der Dokumentationsvollständigkeit auf die subjektive Pflegezufriedenheit, während die Lebensqualität positiv beeinflusst wird. Doch auch die Ausgewogenheit der Dokumentation hat – teils positiv, teils negativ – Einfluss auf die Lebensqualität.

Die negative Abhängigkeit der Effektivität und Ressourcenausstattung von der Dokumentationsvollständigkeit und -ausgewogenheit bei einer gleichzeitigen positiven Abhängigkeit der Pflegeeffizienz und -qualität aus professioneller Sicht kann ebenso wie im ambulanten Teildatensatz als *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos* interpretiert werden. Da auch hier die negative Wirkung auf die Pflegebedarfsbefriedigung und Ressourcenausstattung durch die positive Wirkung auf die Effizienz und auf die Qualitätseinschätzung seitens der Datenerheberinnen kontrastiert wird, kann diese Interpretation aufrechterhalten werden, auch wenn sich die Dokumentationsqualität den Klientinnen-Outcome teilweise negativ beeinflusst. Im Übrigen fällt auf, dass auch hier die Kongruenz der Dokumentationsinhalte mit dem Pflegeerleben der Klientinnen und die Effektivität sowie Ressourcenausstattung in einem negativen Verhältnis stehen, während die Kongruenz und die Effizienz positiv verknüpft sind.

Betrachtet man die Abhängigkeit der Dokumentationsqualität vom Managementinput, so erkennt man bedeutsame positive Wirkungen der von der Managerin vorgegebenen Verfahren bei gleichzeitig negativen Einflüssen durch die Einrichtungsressourcen und das Konzept zur externen Kooperation. Auch dieser Befund ist allerdings schwer zu interpretieren.

Die Gesamtschau aller im schwedischen Teildatensatz der ambulant versorgten Klientinnen gemessenen Zusammenhänge weist ebenfalls gewisse Ähnlichkeiten mit dem Muster der *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos* auf:

Abbildung 52: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – schwedische Klientinnen, stationär



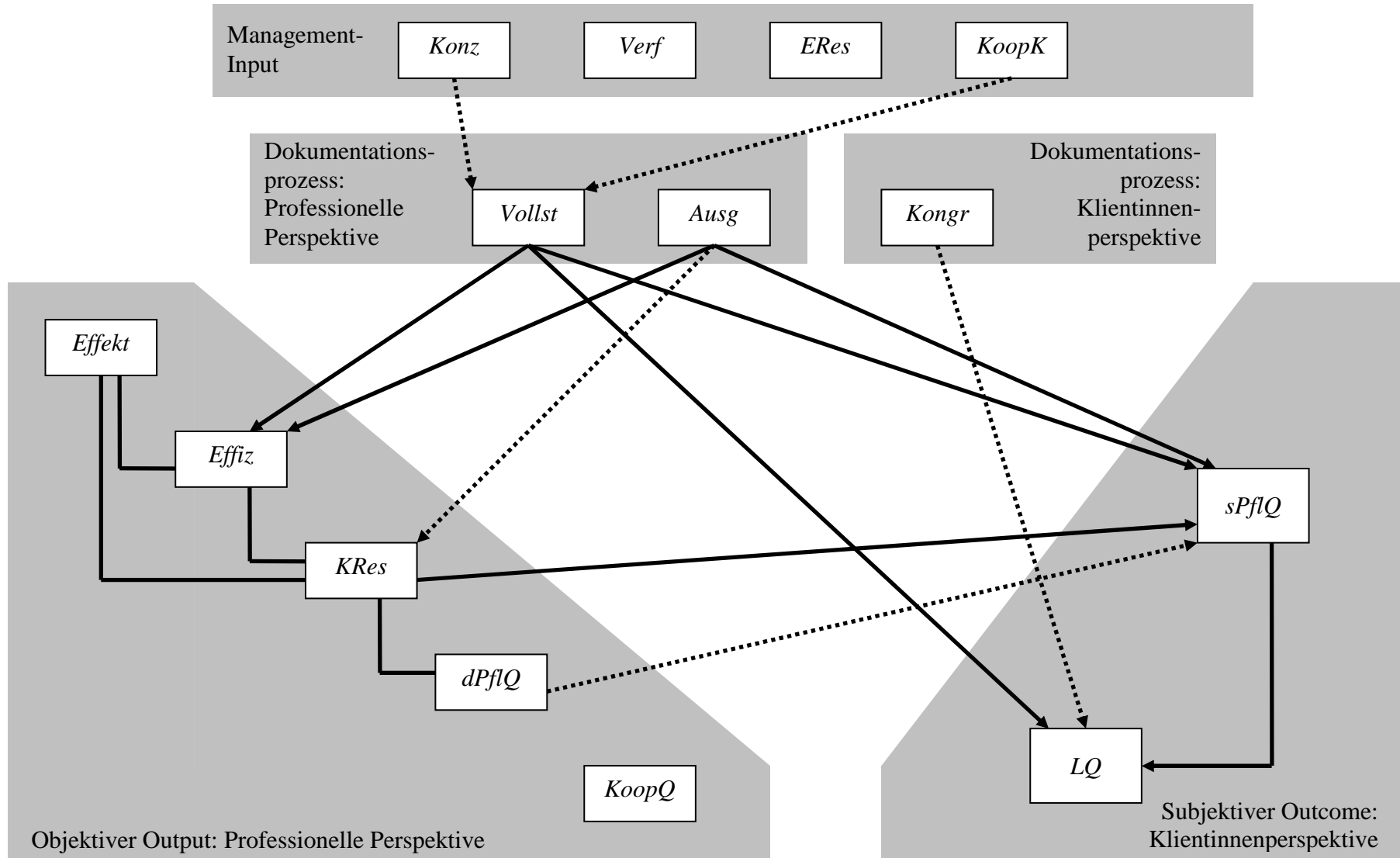


Auch hier wirken sich die Vollständigkeit und die Ausgewogenheit der Dokumentation negativ auf die gemessene Pflegebedarfsbefriedigung aus. Da von diesen Dokumentationsqualitätsindikatoren gleichzeitig positive Beziehungen auf die von den Klientinnen empfundene subjektive Pflegequalität und die Lebensqualität ausgehen, könnte es ebenso wie in den beiden deutschen Teildatensätzen sein, dass die schlechtere Effektivität durch die vollständigere und ausgewogenere Dokumentation erst erkennbar wird. Die negative Wirkung Dokumentationsqualität aus professioneller Sicht steht dieser Interpretation nicht entgegen, da es möglich ist, dass die schwedischen Datenerheberinnen die durch die umfangreichere Dokumentation erkennbar werdenden Effektivitätsprobleme kritischer betrachten. Letzteres könnte daran liegen, dass eine nur teilweise Befriedigung der Pflegebedarfe in dem skandinavischen Land mit der Zuständigkeit der lokalen Gemeinde für alle pflegerischen Belange (Giarchi 1996, S. 75-90) durch die Datenerheberinnen weniger anerkannt bzw. akzeptiert wird.

Bemerkenswert ist hier außerdem noch das weitgehende Fehlen eines Einflusses des Managementinputs auf die Dokumentationsqualität. Lediglich die Vollständigkeit der Dokumentation steht in einer tendenziell positiven Abhängigkeit von den Managementkonzepten und -verfahren.

Auch unter den im schwedischen Teildatensatz der ambulant versorgten Klientinnen gemessenen Einzelzusammenhängen finden sich gewisse Parallelen zum Muster der *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos*:

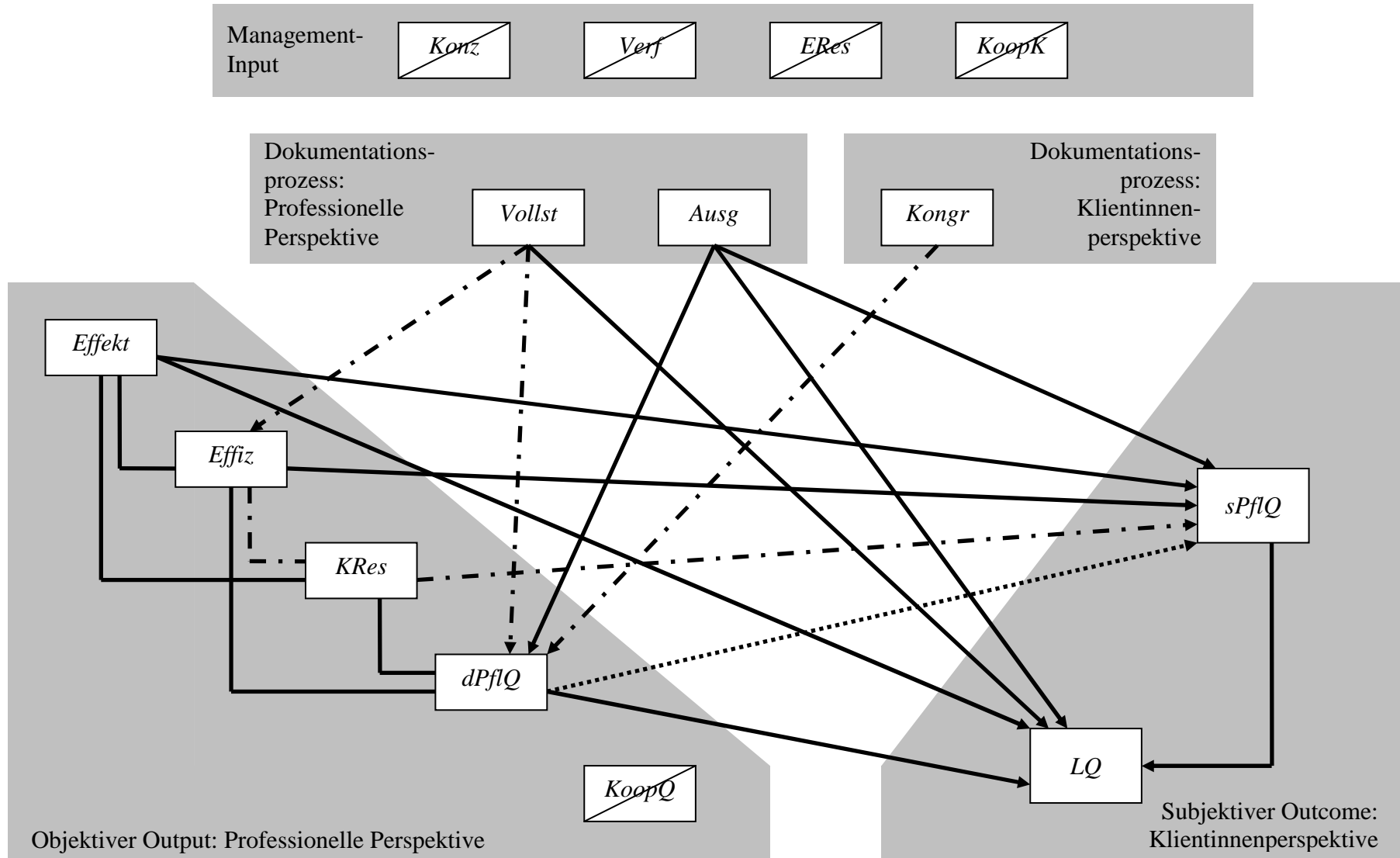
Abbildung 53: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – schwedische Klientinnen, ambulant



Wie zuvor fallen auch an dieser Gesamtschau die positiven Beziehungen zwischen der Dokumentationsvollständigkeit sowie -ausgewogenheit und dem Pflegeoutcome aus Klientinnensicht auf. Positive Wirkungen bestehen sowohl auf die subjektive Pflegequalität als auch auf die Lebensqualität. Den Pflegerinnen gelingt also auch hier, die Dokumentation im Sinne des Klientinnen-Outcomes positiv zu nutzen. Dies entspricht ebenso dem Muster der *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos* wie die positive Wirkung der Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege und wie die negative Beziehung zwischen der Ausgewogenheit und der Ressourcenverfügbarkeit. Auch hier zeigt die bessere Dokumentation Probleme der Ressourcenausstattung auf, trägt jedoch gleichzeitig zu einer zielgenaueren Verwendung der vorhandenen Mittel bei. Dies äußert sich zwar nicht wie zuvor in einer positiveren Einschätzung der Pflegequalität durch die Datenerheberinnen (diese sehen die zu Tage tretenden fehlenden Ressourcen möglicherweise ebenso kritisch wie bei den schwedischen Klientinnen in ambulanter Versorgung), aber eben in der beschriebenen eindeutig positiven Wirkung der Dokumentation auf die klientinnenspezifischen Pflegeergebnisse.

Abschließend sollen nun noch die im britischen Teildatensatz der ambulant gepflegten Klientinnen gefundenen signifikanten Regressionsbeziehungen vorgestellt werden. Diese Gesamtschau weist Widersprüchlichkeiten gegenüber allen in diesem Kapitel beschriebenen Mustern der Dokumentationsvoraussetzungen und -wirkungen auf, am wenigsten jedoch gegenüber dem Muster der *Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos*. Die Berechnung der Indikatoren (und Regressionsbeziehungen) zum Managementinput und zur Kooperationsqualität muss dabei wegen fehlender Daten aus der Befragung der Managerinnen unterbleiben.

Abbildung 54: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – britische Klientinnen, stationär



Auch an dieser Zusammenstellung beeindruckt die eindeutig positive Wirkung der Dokumentationsqualität aus professioneller Perspektive auf die Pflegeergebnisse aus Klientinnensicht. Die Lebensqualität der Klientinnen wird sowohl durch die Vollständigkeit als auch durch die Ausgewogenheit der Dokumentation positiv beeinflusst, die subjektive Pflegezufriedenheit durch die Ausgewogenheit. Insgesamt wurden damit in diesem Abschnitt in vier Teildatensätzen überwiegend positive Beziehungen zwischen den professionellen Indikatoren der Dokumentationsqualität und dem klientinnenspezifischen Pflegeoutcome beschrieben. Berücksichtigt man, dass unter den wenigen der in Abschnitt 3.1.3 vorgestellten empirischen Untersuchungen, die überhaupt den Bogen zwischen der Dokumentationsqualität aus pflegerischer Sicht und den Pflegeereignissen aus Klientinnensicht spannen, kaum signifikante (positive noch negative) Beziehungen gemessen wurden, so ist alleine dies eine eindrucksvolle Bestätigung des Potentials der Pflegedokumentation auch für das subjektive Wohlergehen der Klientinnen in der Pflegesituation.

Umso bemerkenswerter sind die teilweise negativen Wirkungen, die von der Dokumentation in den hier beschriebenen Teildatensätzen auf den Pflegeoutput aus professioneller Sicht ausgehen. Am markantesten sind die negativen Beziehungen zur Ressourcenausstattung und zur Pflegebedarfsbefriedigung. Hier kann auf den empirischen Effekt der Sichtbarmachung dieser Probleme durch die Dokumentation verwiesen werden. Die Einschätzung der Pflegequalität aus professioneller Sicht fällt dennoch teilweise positiver aus, auch wenn durch die Dokumentation etwa Effektivitätsprobleme erst erkennbar werden. Als Ursache hierfür wurde diskutiert, dass die Datenerheberinnen Probleme der Ressourcenausstattung, die nicht in den Verantwortungsbereich der Pflege fallen, nicht als Grund für eine schlechtere professionelle Pflegequalität betrachten. Im Teildatensatz der stationär gepflegten britischen Klientinnen fallen die Zusammenhänge zwischen der Dokumentationsvollständigkeit sowie -ausgewogenheit und der Pflegeeffizienz und Pflegequalität aus professioneller Sicht zumindest teilweise negativ aus. Sollten hier wie auch in den anderen Teildatensätzen dieses Abschnitts durch die Dokumentation Probleme der Pflegeeffektivität und Ressourcenausstattung zutage treten (die aber nicht signifikant gemessen werden können), so sind sie in diesem Pflegesystem offenbar weniger leicht entschuldbar.

## IV. FAZIT UND AUSBLICK

Am Anfang dieser Untersuchung stand die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen zu erwarten ist, dass die Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Altenpflege einen positiven Beitrag zur Pflegequalität aus professioneller und Klientinnensicht und zur pflegebezogenen Lebensqualität der Klientinnen liefert. Die zu untersuchenden Voraussetzungen umfassten in diesem Zusammenhang sowohl die pflegetheoretisch-professionellen Orientierungen von Pflege und Pflegemanagement als auch die institutionenökonomischen Bedingungen, unter denen das Dokumentationshandeln stattfindet.

Der theoretisch erwartete Beitrag der Pflegedokumentation zur Pflegequalität aus professioneller Sicht kann in drei Bereiche aufgeteilt werden: Die Dokumentation unterstützt die Pflege bei der operativen Bewältigung des Pflegealltags (vgl. Abschnitt 3.1.1), sie dient einer erfolgreichen Pflegeprozessgestaltung (vgl. Abschnitt 3.1.2) und trägt, indem sie die Reflexion des pflegerischen Handelns ermöglicht, zur Professionalität der Pflege bei (vgl. Abschnitt 3.1.3). Die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung durch die Dokumentation ist unumstritten: So erleichtert die Dokumentation die Informationsweitergabe innerhalb des Pflegeteams und an das Pflegemanagement ebenso wie an externe Professionen (zum Beispiel Therapeutinnen). Neben diesem interpersonalen Informationsfluss unterstützt die Dokumentation aber auch den intrapersonalen Informationsfluss, wenn eine Pflegerin zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf ihre eigenen Informationen zurückgreift.

Viele praxisorientierte Veröffentlichungen sehen in der Schaffung von Rechtssicherheit eine zentrale (oder sogar *die* zentrale) Aufgabe der Dokumentation in der Altenpflege. Tatsächlich erweist sich die Dokumentation in vielen Rechtsbereichen vom Sozial- über das Arbeits- bis hin zum Privathaftungs- und Strafrecht als bedeutsames Nachweismittel. Andererseits wird auch kritisiert, die Fixierung der Pflegepraxis auf die rechtliche Bedeutung der Dokumentation führe dazu, dass andere mit ihr verbundene professionelle Aufgaben vernachlässigt oder sogar verunmöglicht werden. So wird auch in den institutionenökonomischen Analysen des Dokumentationshandelns gezeigt, wie die Notwendigkeit, mittels der Dokumentation unge-rechtfertigte Vorwürfe aufgrund negativer Pflegeergebnisse abzuwenden, andere Motive des Dokumentationshandelns in den Hintergrund drängen kann. Dies ist insbesondere dann problematisch, wenn rechtliche Risiken nur vermieden werden können, wenn bei der Dokumentationsführung die Nutzung ihres professionellen Potentials unterbleibt. So kann es beispielsweise dazu kommen, dass aus Sorge um mögliche rechtliche Folgen die Pflege nur lückenhaft bzw. verzerrt in der Dokumentation abgebildet wird und damit der kritischen Selbstreflexion nicht zur Verfügung steht. Der Nachweis einer solchen Fehlsteuerung gelingt im empirischen Untersuchungsteil am Beispiel der beiden estnischen Teildatensätze. Hier erwächst aus mutmaßlich bürokratischen Erfordernissen eine zu umfangreiche Dokumentation, die das Pflegehandeln nicht nur nicht unterstützt, sondern durch den mit ihr verbundenen zusätzlichen Arbeitsaufwand sogar zu einer Verschlechterung der Pflegeergebnisse aus professioneller und Klientinnensicht führt.

Die Rolle der Dokumentation bei der Pflegeprozessgestaltung ist in der Literatur ebenso umstritten wie die prozessuale Betrachtung der Pflege selbst. Vorbehalte gegen eine solche Gestaltung der Pflege manifestieren sich vor allem an technizistisch interpretierten kybernetischen Pflegeprozessmodellen. Der so orientierten Dokumentation wird vorgehalten, einer Zerstückelung des Pflegehandelns in einzelne Schritte, die nach einem unflexiblen Muster abzuarbeiten sind, Vorschub zu leisten. Hier können alternative Pflegeprozessmodelle Abhilfe

schaffen. Jedoch ist grundsätzlich festzuhalten, dass die Differenzierung von Handlungsschritten wie Informationssammlung, Handlungsplanung, Handlungsdurchführung und Evaluation Kennzeichen jedes erfolgskontrollierten, professionellen Handelns ist. Auch hat der Pflegeprozess eine natürliche Entsprechung im Prozess der Pflegebedürftigkeit, mit dem die Klientin stets konfrontiert ist. Auf diesen Prozess hin ausgerichtet, erhält das Handeln der Pflegerin zwangsläufig prozessualen Charakter; die Frage ist nur, ob die Pflegerin dieses prozessuale Handeln bewusst als solches gestaltet und reflektiert. Die prozessuale Gestaltung und Reflexion sieht zwar eine analytisch getrennte Betrachtung der einzelnen Pflegeprozessschritte vor, diese Trennung bedeutet aber nicht, dass die einzelnen Prozessschritte nicht parallel betrachtet werden können. Dem in Abschnitt 5.1 in Anlehnung an Alfaro-LeFevre (1998) vorgestellten Metamodell der Pflegeprozessdokumentation liegt eine solche parallele Sichtweise auf die einzelnen Prozessschritte zugrunde. Ebenso wenig zwangsläufig bedeutet die prozessuale Orientierung der Pflege, dass das pflegerische Handeln starr in *einen* Regelkreis gepresst werden muss. Der Vielschichtigkeit der Pflegeprobleme der Klientin entsprechend ist vielmehr von einer Vielzahl sich überschneidender, größerer oder kleinerer Pflegeprozesse auszugehen.

Zusammen mit dem Vorhalt, die Pflegeprozessorientierung und -dokumentation führe zu einer Zerstückelung des Pflegehandelns, wird der Vorwurf geäußert, die Pflegeprozessgestaltung beschränke sich auf eine verfahrensmäßige Anleitung, bleibe aber im Übrigen inhaltlich unbestimmt. Eine solche inhaltliche Beliebigkeit lässt sich durch die Orientierung an Pflegemodellen vermeiden. Hierzu werden in Abschnitt 3.1.2 verschiedene Modelle und deren Anwendung zur Pflegeprozessgestaltung vorgestellt. Die in diesem Rahmen differenzierten Aspekte von Pflege lassen sich mittels des Metamodells der pflegerischen Qualitätsdimensionen (Abschnitt 2.2) auf vier Dimensionen reduzieren, die für eine inhaltlich umfassende Beschreibung der Pflege erforderlich sind, und zwar die physisch/funktionale, die psychische, die umweltbezogene und die soziale Dimension pflegerischen Handelns. Diese vier Dimensionen sind ebenso Teil des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation (Abschnitt 5.1), wie die diskursive Einbeziehung der Klientinnen in die Prozessgestaltung. Durch sie wird vermieden, dass dem Pflegeprozesshandeln die Vorstellung eines Ein-Personen-Modells zugrunde gelegt wird und so die Dokumentation zu einem „Definitionsinstrument“ (Höhmman et al. 1996, S. 108) der Pflegerin über die Klientin wird. Eine gelingende diskursive Einbeziehung der Klientin setzt hingegen die Anerkennung des Spannungsfeldes zwischen dem Prozess der Pflegebedürftigkeit und jenem der professionellen Gestaltung der Pflege voraus. Wie in dem einführenden Abschnitt 2.4 dargestellt, gelingt die diskursive Reflexion der Pflegehandlungen und -ergebnisse eher, wenn die Diskursbeziehungen als Dreiecksbeziehungen gestaltet werden können (z.B. durch Einbeziehung von Angehörigen oder der Pflegemanagerin).

Weitgehend unstrittig dürfte die Bedeutung sein, welche die Pflegedokumentation bei der Sicherung der Professionalität der Pflege haben kann. Wie in Abschnitt 3.2 unter Bezugnahme auf Oevermann festgestellt, ist die Reflexion praktischen Handelns auf der Grundlage theoretischen Wissens eines der wesentlichen Kennzeichen von Professionalität. Diese Reflexion, wie sie beispielsweise in Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Supervision oder in Qualitätszirkeln geschieht, kann durch die Dokumentation unterstützt werden.

Die bis hierher zusammengefassten Ergebnisse betrachteten die Dokumentation sowie ihre Voraussetzungen und Wirkungen aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive. In der einschlägigen Literatur weitgehend ausgeklammert blieben bis jetzt die ökonomischen Bedingungen und Implikationen des Dokumentationshandelns. Ausgehend von der Feststellung, dass die Dokumentation Pflege transparent zu machen und damit Informationsasymmetrien zwischen den beteiligten Stakeholdern, z.B. zwischen der Pflegerin und der Pflegemanagerin, abzubauen vermag, wurden in Kapitel 4 verschiedene institutionenökonomische Bedingungen

analysiert, unter denen erwartet werden kann, dass eine ökonomisch handelnde Pflegerin zu einer solchen Transparenz bereit ist. Das Transparenzhandeln wird vor dem Hintergrund der ökonomischen Bedingungen gesehen, die der Pflegerin aus ihrem Eingebundensein in einem Pflorgeteam entsteht (Abschnitt 4.2.1). Als institutionelle Grundlage der Pflgetransparenz wird insbesondere die Vertragsgestaltung betrachtet, innerhalb derer die Pflegerin handelt bzw. dokumentiert. Ein Motiv für das Dokumentationshandeln liegt zunächst in dem Wunsch, mittels der Dokumentation eine pflegefehlerfreie Auftrags erledigung nachzuweisen, um so, wie zu Beginn der Zusammenfassung bereits angesprochen, das Risiko zu reduzieren, zu Unrecht für nicht selbst verschuldete negative Pflegeergebnisse verantwortlich gemacht zu werden. Das damit explizierte Dokumentationsmotiv der Risikoreduzierung taucht in den empirischen Analysen in zwei Varianten auf – zum einen als Risikoreduzierung durch Ausrichtung der Dokumentation auf bürokratische Erfordernisse (Abschnitt 7.4.2) und zum anderen als Risikoreduzierung durch offensives Transparentmachen einer nicht selbst zu verantwortenden, strukturellen Unterversorgung (Abschnitt 7.4.4) – beide empirische Ergebnisse werden unten noch einmal erläutert.

Ein zweites ökonomisches Dokumentationsmotiv besteht in dem Wunsch, durch die Dokumentation auf die Fähigkeit hinzuweisen, Pflegeergebnisse von besonderer Qualität bereit zu stellen. Die dokumentierende Pflegerin geht diesem Modell zufolge davon aus, dass der Auftraggeber der Pflege mangels informatorischen Zugangs zum Pflegehandeln und dessen Ergebnissen sich hinsichtlich der Beurteilung der Pflegequalität an der zugänglichen Pflegedokumentation orientiert. Auch für dieses Modell findet sich in den empirischen Analysen ein Beleg, bei dem gezeigt wird, wie die Pflegerinnen mittels der Dokumentation eine möglichst perfekte professionelle Pflegequalität darstellen wollen (Abschnitt 7.4.3). Dabei stellt sich jedoch heraus, dass sich der erwartete positive Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zu besonderer Dokumentationsqualität und der Fähigkeit zu herausragenden Pflegeergebnissen auch auf die Pflegequalität aus professioneller Sicht beschränken kann.

Die professionell-fachlichen und die institutionenökonomisch begründeten Motive zur Führung der Dokumentation nebeneinandergestellt, wird konstatiert, dass der pflegewissenschaftlich begründete Beitrag der Dokumentation zur Pflegequalität nur dann wie erwartet realisiert werden kann, wenn dem keine institutionenökonomischen Hindernisse entgegenstehen. Wie bereits ausgeführt, kann dies beispielsweise dann der Fall sein, wenn Pflegerinnen, um nicht haftbar gemacht zu werden, gezwungen werden, Pflegefehler in der Dokumentation zu verschleiern und damit einer professionellen Reflexion zu entziehen. Eine besondere Bedeutung hat hier das Motiv der Risikoreduzierung durch die Dokumentation. In Abschnitt 4.3 wurde erläutert, wie für eine risikoaverse Pflegerin das Motiv, mittels der Dokumentation zu verhindern, zu Unrecht für negativ bewertete Pflegeergebnisse verantwortlich gemacht zu werden, stets einen höheren Stellenwert hat, als das Motiv, durch die Dokumentation eine besondere Pflegequalität zu erreichen und zu zeigen. Wie die empirischen Ergebnisse zeigen, beschränken sich die Pflegerinnen in diesem Fall tendenziell auf eine professionell kaum nutzbare, bürokratisch ausgerichtete Minimaldokumentation.

Das in Kapitel 5 vorgestellte Metamodell der Pflegeprozessdokumentation stellt eine Synthese aus den professionell-fachlichen und den ökonomischen Bedingungen des Dokumentationshandelns dar. Das Metamodell beschränkt sich, soweit möglich, auf theoretische Prinzipien. Es kann somit beispielsweise mit verschiedenen Pflegeprozess- und Pflegemodellen operationalisiert werden. Im Mittelpunkt des Pflegeprozesshandelns steht demnach der sich in der Krise befindliche Alltag der Klientin. Orientierung bieten Pflgetheorien im Allgemeinen und die darin integrierten Pflegemodelle im Besonderen. Hinsichtlich der zum Einsatz kommenden Verfahren empfiehlt das Metamodell unter anderem die in Abschnitt 3.2 vorgestellte



Methode des professionellen Fallverstehens. Der Gegenstand der Pflege, die Lebensbewältigung bei Versehrtheit und Nicht-Wohlbefinden, ist prozesshaft zu verstehen und die Pflege daher mittels eines integrierten Pflegeprozessmodells zu strukturieren. Aus der Dokumentation der Pflegeprozessschritte lassen sich relevante Indikatoren zur Steuerung der Pflegequalität ermitteln; darüber hinausgehende Dokumentationsnotwendigkeiten ergeben sich aus den operativen Erfordernissen der Pflegepraxis. Die in dem Metamodell angesprochenen Bedingungen der Pflegeprozessgestaltung und -dokumentation sind auch ökonomischer Natur. Eine gelingende Pflegeprozessdokumentation ist, insbesondere in zeitlicher Hinsicht, auf ausreichende Ressourcen angewiesen. Anschließend werden in das Metamodell die beiden zentralen ökonomischen Motive des Dokumentationshandelns integriert – die Risikoreduzierung und die Signalisierung pflegerischer Qualität. Betont wird die Notwendigkeit, die institutionenökonomischen Bedingungen des Dokumentationshandelns so zu gestalten, dass die Notwendigkeit, die Dokumentation als Nachweisinstrument einer pflegefehlerfreien Leistungserbringung zu nutzen, deren Bedeutung für die prozessuale Gestaltung der Pflege nicht in den Hintergrund drängt. Abschließender Bestandteil des Metamodells ist die partnerschaftliche Einbeziehung der Klientin und der weiteren Kooperationspartner bei der Gestaltung des Pflegeprozesses.

Nicht alle der zum Metamodell der Pflegeprozessdokumentation formulierten Thesen konnten in den sekundäranalytischen empirischen Untersuchungen mittels des Datensatz aus dem EU-Forschungsprojekt Care Keys verifiziert werden. So mussten die Indikatoren zu den vom Pflegemanagement eingeführten Dokumentations- und Kooperationskonzepten sowie den Verfahren und bereitgestellten Dokumentationsressourcen insgesamt eher unspezifisch bleiben. Die Erkenntnisse aus den damit vorgenommenen Untersuchungen zur Bedeutung des Managementinput für Dokumentationsqualität (Abschnitt 7.1) blieben auf interessante Einzelzusammenhänge beschränkt. So bestätigte sich die bereits im theoretischen Teil der Studie beschriebene besondere Bedeutung der mündlichen Kommunikationskultur unter den Pflegerinnen auch für deren Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnerinnen des sozialen Bereichs: Konzepte zur besseren Kooperation mit sozialen Partnerinnen wirkten sich nicht oder sogar negativ auf die Dokumentationsqualität aus. Hingegen nahmen die dokumentierenden Pflegerinnen die ausformulierten Kooperationskonzepte hinsichtlich medizinischer Partnerinnen zum Anlass, detaillierter zu dokumentieren.

Der große Stellenwert der Managementvorgaben für die Dokumentationsführung und -wirkungen zeigte sich aber auch an der empirischen Relevanz der von den Pflegemanagerinnen gestalteten bzw. vermittelten institutionenökonomischen Bedingungen des Dokumentierens. Gezeigt werden konnte, wie Wirkungsketten – ausgehend von der Dokumentationsqualität über die objektive Pflegequalität aus professioneller Sicht bis hin zur subjektiv erlebten Pflegequalität und Lebensqualität der Klientinnen durch die vom Management geschaffenen Dokumentationsbedingungen – beeinflusst werden. Dazu wurden drei Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen unterschieden. Aufgrund entsprechender Managementvorgaben betrachteten die Pflegerinnen die Dokumentation im ersten Fall als bürokratische Aufgabe (Abschnitt 7.4.2). Dabei konnten positive Wirkungen des Dokumentationsumfangs weder auf die Pflegequalität aus professioneller Sicht noch auf die Pflegeergebnisse aus Sicht der Klientinnen festgestellt werden. Die Tatsache, dass eine ausführlichere Dokumentation die individuell erlebte Pflegequalität und die pflegebezogene Lebensqualität hier sogar verschlechtern, zeigt, wie die bürokratisch motivierte Dokumentationsführung die Pflegerinnen in ihrem Alltag eher belastet als unterstützt. Die Pflegerinnen kommen den bürokratischen Vorgaben trotzdem nach, um das Risiko zu vermeiden, für fehlende Dokumentationsdaten verantwortlich gemacht zu werden.

In einem zweiten Dokumentationsmotiv- und Dokumentationswirkungsmuster sehen sich die Pflegerinnen aufgrund ökonomischer Notwendigkeiten veranlasst, mittels der Dokumentation eine besondere Pflegequalität nachzuweisen (Abschnitt 7.4.3). Die Dokumentationsqualität steht hier in einem positiven Zusammenhang mit der professionellen Pflegequalität aus der Sicht der Pflege (Effektivität und Effizienz der Pflege, klientinnenbezogene Ressourcenverfügbarkeit sowie dokumentierte Pflegequalität). Die Pflegerinnen signalisieren mittels der Dokumentation eine besonders gute Auftragserledigung. Gleichzeitig fällt die Wirkung der Dokumentation auf die Pflegeergebnisse aus Klientinnensicht (Pflegequalität und Lebensqualität) eher negativ aus. Geschlussfolgert wird, dass die Bemühungen der Pflegerinnen, mittels der Dokumentation eine professionell besonders qualitätvolle Pflege darzustellen, den klientinnenspezifischen Outcome der Pflege in den Hintergrund drängen. Der Fokus auf die Darstellung der eigenen Fachlichkeit hindert die Pflegerinnen letztlich daran, die Dokumentation im Sinne der Klientinnen zu nutzen. Es gelingt ihnen nicht, eine positive Wirkungskette von der Dokumentationsqualität über die professionelle Pflegequalität hin zu den Pflegeergebnissen aus Klientinnensicht zu schließen.

Das unter 7.4.4 dargestellte Muster der Dokumentationswirkungen wird auf eine zweite Variante des institutionenökonomisch begründeten Dokumentationsmotivs der Risikoreduzierung zurückgeführt. Wie oben bereits angedeutet, ist den Pflegerinnen daran gelegen, durch ein offensives Transparentmachen struktureller Unterversorgung die Grenzen der eigenen Verantwortlichkeit deutlich zu machen. Erkennbar wird dies an der negativen Wirkung der Dokumentationsqualität auf die (aus der Dokumentation erhobenen) Indikatoren der pflegerischen Bedürfnisbefriedigung und der individuellen Ressourcenversorgung. Dem steht eine positive Wirkung der Dokumentationsqualität auf die Effizienz der Pflege und auf die Pflegequalitätsindikatoren gegenüber, die von Pflege erfahrenen Datenerheberinnen ebenfalls aus der Dokumentation eingeschätzt wurden. Da sich hier die Dokumentationsqualität auch positiv auf die Pflege- und Lebensqualität aus Sicht der Klientinnen auswirkt, wird in diesem Fall eine fast ausschließlich positiven Wirkungskette, ausgehend von der Dokumentationsqualität über die Pflegequalität aus professioneller Sicht bis hin zu den Pflegeergebnissen aus Klientinnensicht, festgestellt. Die Pflegerinnen nutzen die Dokumentation zu einer professionell als vorbildlich beurteilten Pflege, die – wie ebenfalls aus der Dokumentation ablesbar – aufgrund struktureller Probleme zwar manche Pflegebedürfnisse unbefriedigt lassen muss, aber dennoch von den Klientinnen als qualitativvoll und der eigenen pflegebezogenen Lebensqualität zuträglich erlebt wird.

Welches abschließende Resümee kann nun zur Frage gezogen werden, ob und unter welchen Voraussetzungen die Pflegedokumentation einen positiven Beitrag zur Pflegequalität aus professioneller und Klientinnensicht und zur pflegebezogenen Lebensqualität der Klientinnen liefert? Sowohl die theoretischen als auch die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Studie erlauben es, diese Frage grundsätzlich zu bejahen. Festgestellt wurden allerdings auch verschiedene Faktoren, die dazu führen können, dass das Potential der Dokumentation nicht zum Tragen kommt. Die beiden zentralen empirisch festgestellten Hindernisse weisen auch auf die Bedeutung der theoretisch begründeten Konzepte und Modelle hin: So zeigt das Beispiel der fachfremd bürokratisch fehlgesteuerten Dokumentation die Bedeutung der inhaltlichen Anleitung des Dokumentationshandelns durch Pflegemodelle und dessen Strukturierung durch Pflegeprozessmodelle. Ebenfalls wird in den empirischen Analysen erkennbar, wie den Pflegerinnen institutionell der Freiraum verschafft werden muss, die Dokumentation professionell nutzen zu können. Dazu darf das Dokumentationshandeln nicht durch kontraproduktive ökonomische Zwänge dominiert werden – etwa durch die Notwendigkeit, mittels der Dokumentation die auftragsgemäße Pflege nachzuweisen, um zu verhindern, für negative Pflegeergebnisse außerhalb des eigenen Einflussbereichs verantwortlich gemacht zu werden. Auch das öko-

nomische Erfordernis, die Dokumentation zur Darstellung der besonderen eigenen Fachlichkeit zu verwenden, kann von der Klientin als der eigentlichen Adressatin des Dokuments- und Pflegehandelns ablenken. Bei diesem Befund handelt es sich um einen institutionenökonomisch erklärbaren, empirisch festgestellten Zusammenhang, der durch eine professionell-diskursive Einbeziehung der Klientin und ihrer Angehörigen in die Gestaltung des Pflegeprozesses vermieden werden kann.

Nicht zuletzt, indem die vorliegenden Forschungsergebnisse theoretisch und empirisch den Bogen von den Dokumentationsvoraussetzungen über die Dokumentationsqualität hin zu den Dokumentationswirkungen sowohl aus professionell-fachlicher als auch aus Sicht der Klientinnen spannen, gehen sie deutlich über den bisherigen Forschungsstand hinaus, der sich weitgehend auf die professionell-fachlichen Aspekte der Pflegedokumentation beschränkte. Die gefundenen Ergebnisse sollten nun einer weiteren Differenzierung und Fundierung unterzogen werden. So ist zu erwarten, dass die beschriebenen institutionenökonomischen Bedingungen des Dokumentationshandelns durch weitere Motive ergänzt werden können. Und schließlich sollten die empirischen Untersuchungen an einem speziell für die vorliegende Fragestellung zusammengestellten Datensatz verifiziert werden. Damit könnten zum einen die Details der gefundenen Muster der Dokumentationsmotive und -wirkungen überprüft und ergänzt werden und zum anderen weitere theoretisch begründete Thesen zur Pflegeprozessdokumentation in den Blick genommen werden.

# Literatur

Aaronson, Lauren S. und Mary E. Burmann, 1994: Use of Health Records in Research: Reliability and Validity Issues. *Research in Nursing & Health* 17: S. 67-73.

Abraham, Ann, 2003: Inadequate nursing care and the failure to keep adequate records. *Professional Nurse* 18: S. 347ff.

Abt-Zegelin, Angelika, 2000: Noch einmal: der Pflegeprozess. *Die Schwester/Der Pfleger* 39: S. 500f.

Abt-Zegelin, Angelika, 2005: Sprache und Pflegedokumentation. S. 111-130, in: Angelika Abt-Zegelin und Martin W. Schnell (Hg.): *Sprache und Pflege*. 2. Aufl., Bern et al.: Hans Huber.

Abt-Zegelin, Angelika, Helmut Budroni und Christina Greving, 2003: Brennpunkt: Pflegedokumentation. Ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation, 1. Teil. *Die Schwester/Der Pfleger* 42: S. 296-300.

Abt-Zegelin, Angelika, Hans Böhme und Peter Jacobs, 2004: Pflegedokumentation „Patient unauffällig“ – Rechtliche und pflegfachliche Anforderungen an die Dokumentation unter besonderer Berücksichtigung von DRGs und PQsG (Teil 1). *Die Schwester/Der Pfleger* 43: S. 132-135.

Adamsen, Lis und Marianne Tewes, 2000: Discrepancy between Patients' Perspectives, Staff's Documentation and Reflections on Basic Nursing Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14: S. 120-129.

Akerlof, George A., 1970: The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics* 84: S. 488-500.

Albrecht, Mary Nies, Jeanette E. Cook, Marvel Jean Riley und Vicki Andreoni, 1992: Factors influencing staff nurses' decisions for non-documentation of patient response to analgesia administration. *Journal of Clinical Nursing* 1: S. 243-251.

Alchian, Armen A. und Harold Demsetz, 1972: Production, Information Costs, and Economic Organization. *American Economic Review* 62: S. 777-795.

Alfaro-LeFevre, Rosalinda, 1998: *Applying Nursing Process, A Step-By-Step Guide*. 4. Aufl., Philadelphia und New York: Lippincott.

Allen, Davina, 1998: Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. *Journal of Advanced Nursing* 27: S. 1223-1230.

Ammenwerth, Elske, Ronald Eichstädter und Ulrich Schrader, 2003: *EDV in der Pflegedokumentation. Ein Leitfadens für Praktiker*. Hannover: Schlütersche.

Arrow, Kenneth J., 1963: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53: S. 941-973.

Arrow, Kenneth J., 1985: The Economics of Agency. S. 37-51, in: Principals and Agents: The Structure of Business. John W. Pratt und Richard J. Zeckhauser (Hg.), Boston: Harvard Business School Press.

Aufenanger, Stefan und Margit Lenssen, 1986: Einleitung: Zum Problem der objektiven Hermeneutik. S. 1-18, in: Stefan Aufenanger und Margit Lenssen (Hg.): Handlung und Sinnstruktur: Bedeutung und Anwendung der objektiven Hermeneutik. München: Kindt.

Backhaus, Klaus, Bernd Erichson, Wulff Plinke und Rolf Weiber, 2000: Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 9. Aufl., Berlin et al. Springer.

Banks, Dwayne, Elliott Parker und Jeanne Wendel, 2001: Strategic Interaction among Hospitals and Nursing Facilities: The Efficiency Effects of Payment Systems and Vertical Integration. Health Economics 10: S. 119-134.

Bartholomeyczik, Sabine, 1996: Pflege. Zwischen Wissenschaftsanspruch und ritualisiertem Handwerk. Dr. med. Mabuse 21 (100)<sup>57</sup>: S. 42-46

Bartholomeyczik, Sabine, 2002: Analyse des Pflegebedarfs Schwerstpflegebedürftiger im außerstationären Bereich. S. 199-217, in: Doris Schaeffer und Michael Ewers (Hg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte Pflege Schwerkranker. Bern: Hans Huber.

Bartholomeyczik, Sabine, 2003: Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. S. 67-106, in: Beate Rennen-Allhoff und Doris Schaeffer (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa.

Bartholomeyczik, Sabine, 2005: Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? S. 19-29, in: Angelika Abt-Zegelin und Martin W. Schnell (Hg.): Sprache und Pflege. 2. Aufl., Bern et al.: Hans Huber.

Bartholomeyczik, Sabine, 2007: Geleitwort zur ersten deutschsprachigen Auflage. S. 15f., in: Ruth A. Brobst et al.: Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. Aufl., Jürgen Georg (Hg.), Bern et al.: Hans Huber.

Bartholomeyczik, Sabine und Maria Morgenstern, 2004a: Die Pflegedokumentation. S. 267-280, in: Sabine Bartholomeyczik und Berta Schrems: Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Bartholomeyczik, Sabine und Maria Morgenstern, 2004b: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. Pflege 17: S. 187-195.

Baumol, William J. und Maco Stewart, 1971: On the Behavioral Theory of the Firm. S. 118-143, in: Robin Marris und Adrian Wood (Hg.): The Corporate Economy: Growth, Competition and Innovative Potential. London und Basingstoke: Macmillan.

Bechtler, Adelheid und Elke Köhler, 1984: Einführung der Pflegedokumentation. Ein Weg zur patientenorientierten Pflege. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 37: S. 285-288.

---

<sup>57</sup> Im Unterschied zu den meisten anderen Fachzeitschriften bezieht sich bei Dr. med. Mabuse die Seitennummerierung auf die Ausgabennummer, die bei diesem Medium deshalb mit angegeben wird.

- Behrens, Johann und Markus Zimmermann, 2006: Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39: S. 165-172.
- Benner, Patricia, 1994: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern et al.: Hans Huber.
- Berga Joachim und Rüdiger Pangritz, 2004: Pflegedokumentation für Ausbildung und Praxis. Troisdorf: Bildungsverlag Eins.
- Bernick, Laurie und Pat Richards, 1994: Nursing Documentation: A Programme to Promote and Sustain Improvement. *Journal of Continuing Education in Nursing* 25: S. 203-208.
- Bienstein, Christel, 1990: Pflege als Profession. S. 12-18, in: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V. (Hg.): Dekubitus. Prophylaxe und Therapie. Eschborn: Verlag Krankenpflege.
- Bishop, Christine E., 1988: Competition in the Market for Nursing Home Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 13: S. 341-360.
- Björvell, Catrin, 2002: Nursing Documentation in Clinical Practice. Instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Nursing.
- Björvell, Catrin, Regina Wredling und Ingrid Thorell-Ekstrand, 2002: Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16: S. 34-42.
- Björvell, Catrin, Regina Wredling und Ingrid Thorell-Ekstrand, 2003: Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing* 43: S. 402-410.
- Blomqvist, Åke, 1991: The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics* 10: S. 411-432.
- Bohle, Hartwig und Dieter Grunow, 1981: Verberuflichung der sozialen Arbeit. S. 151-176, in: Projektgruppe Soziale Berufe (Hg.): Sozialarbeit: Professionalisierung und Arbeitsmarkt. Expertisen III. München: Juventa.
- Böhme, Hans, 1996: Eine Botschaft von Expertin zu Expertin: Die Pflegedokumentation. *Pflege Aktuell* 50: S. 186-189.
- Bond, Senga und Lois H. Thomas, 1991: Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 16: S. 1492-1502.
- Brandenburg, Hermann und Thomas Klie, 2003: Aufgaben und Kompetenzprofile in der professionellen Pflege. S. 142-194, in: Thomas Klie und Hermann Brandenburg (Hg.): Gerontologie und Pflege. Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen. Hannover: Vincentz.

- Braun Ute und Reinhold Halisch, 1989: Der Pflegeprozess als Arbeitsstil. Hannover: Vincentz.
- Breyer, Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann, 2005: Gesundheitsökonomik. Berlin et al.: Springer.
- Briggs, Michelle und Katherine L. Dean, 1998: A qualitative analysis of nursing documentation of post-operative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 7: S. 155-163.
- Brobst, Ruth A., Arlene M. Clarke Coughlin, Diane Cunningham, Joyce Martin Feldman, Robert G. Hess Jr., Joan E. Mason, Lois A. Fenner McBride, Renee Perkins, Carol A. Romano, Judith J. Warren und Wendy Wright, 2007: Der Pflegeprozess in der Praxis. 2. Aufl., Jürgen Georg (Hg.), Bern et al.: Hans Huber.
- Brucker, Uwe, 1999: Qualitätssicherung im stationären Bereich aus der Sicht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) Essen. S. 53-62, in: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Qualitätssicherung in der Pflege. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Brucker, Uwe, Gerdi Ziegler, Sylvia Theis, Ursula Jodes-Laßner, Claudia Köhler, Ulrike Reus, Achim Uhl und Anne Veit-Zenz, 2005: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hg.), Essen: Selbstverlag.
- Brüggemann, Jürgen, 1999: Pflegeprozess: Steuern statt schlingern. Erfahrungen und Anforderungen im Umgang mit der Pflegedokumentation. *Forum Sozialstation* 23: S. 40-43.
- Budnik, Birgitt, 2005: Pflegeplanung leicht gemacht. Für Gesundheits- und Krankenpflege. 5. Aufl., München und Jena: Elsevier.
- Bühlmann, Josi und Hanna Siegwart, 2002: Zusammenfassende Einschätzung und Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung. S. 31f., in: Josi Bühlmann et al.: Die Evaluation des Pflegeprozesses auf den Bettenstationen des Universitätsspitals Zürich. Schlussbericht. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.
- Burmester, Elisabeth, 1988: Das Pflegedokumentationssystem. Ein Plädoyer. *Dr. med. Mabu-se* 13 (54): S. 44f.
- Chalkley, Martin und James M. Malcomson, 2000: Government Purchasing of Health Services. S. 847-890, in: Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam et al.: Elsevier.
- Cheater, Francine M., 1993: Retrospective document survey: identification, assessment and management of urinary incontinence in medical and care of elderly wards. *Journal of Advanced Nursing* 18: S. 1734-1746.
- Clark, June und Norma Lang, 1992: Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. *International Nursing Review* 39: S. 109-112 und 128.

Clayton, Ellen Wright, Gerald B. Hickson, Penny B. Githens und Frank A. Sloan, 1993: Doctor-Patient Relationships. S. 50-71, in: Frank A. Sloan et al.: Suing for Medical Malpractice. Chicago und London: University of Chicago Press.

Cohen, Joel W. und William D. Spector, 1995: The effect of Medicaid reimbursement on quality of care in nursing homes. *Journal of Health Economics* 15: S. 23-48.

Committee on Nursing Home Regulation (Institute of Medicine), 1986: Improving the Quality of Care in Nursing Homes. Washington/DC: National Academy Press.

Corben, Veronica, 1997: The Buckinghamshire nursing record audit tool: a unique approach to documentation. *Journal of Nursing Management* 5: S. 289-293.

Curell, Rosemary und Christine Urquhart, 2003: Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, Hoboken NJ: Wiley.

Cutler, David M. und Richard J. Zeckhauser, 2000: The Anatomy of Health Insurance. S. 563-643, in: Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam et al. Elsevier.

Däbritz, Susanne, 2003: Anspruch und Wirklichkeit von Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Bericht über eine Fachtagung des Deutschen Vereins. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 83: S. 17-20.

Darmer, Mette Rosendal, Lena Ankersen, Bettina Geissler Nielsen, Gitte Landberger, Elisabeth Lippert und Ingrid Egerod, 2004: The effect of a VIPS implementation on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18: S. 325-332.

Darmer, Mette Rosendal, Lena Ankersen, Bettina Geissler Nielsen, Gitte Landberger, Elisabeth Lippert und Ingrid Egerod, 2006: Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing* 15: S. 525-534.

Davis, Bryn D., Jennifer R. Billings und Richard K. Ryland, 1994: Evaluation of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing* 19: S. 960-968.

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Arbeitskreis Pflege, 2003: Positionspapier – Professionelle Pflege alter Menschen. S. 210-231, in: Thomas Klie und Hermann Brandenburg (Hg.): *Gerontologie und Pflege. Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen*. Hannover: Vincentz.

Dewe, Bernd, 2000: Perspektiven der modernen Professionstheorie für sozialpädagogisches Handeln. S. 289-302, in: Siegfried Müller, Heinz Sünker, Thomas Olk und Karin Böllert (Hg.): *Soziale Arbeit. Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven*. Neuwied und Kriftel: Luchterhand.

Dewe, Bernd und Hans-Uwe Otto, 1984: Professionalisierung. S. 775-811, in: Hanns Eyferth, Hans-Uwe Otto und Hans Thiersch (Hg.): *Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Neuwied und Darmstadt: Luchterhand.



Dewe, Bernd und Hans-Uwe Otto, 1996: Zugänge zur Sozialpädagogik. Reflexive Wissenstheorie und kognitive Identität. Weinheim und München: Juventa.

Ditton, Hartmut, 1998: Mehrebenenanalyse. Grundlagen und Anwendungen des Hierarchisch Linearen Modells. Weinheim und München: Juventa.

Dionne, Georges und André-Pierre Contandriopoulos, 1985: Doctors and their Workshops. A Review Article. *Journal of Health Economics* 4: S. 21-33.

Donabedian, Avedis, 1969: Some issues in evaluation the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*, 59, S. 1833–1836.

Duden, Dudenredaktion, 2005: Duden. Das Fremdwörterbuch. 8. Aufl., Mannheim et al.: Dudenverlag.

Edelstein, Jacqueline, 1990: A Study of Nursing Documentation. *Nursing Management* 21: S. 40-43.

Ehnfors, Margareta, 1993a: Quality of Care from a Nursing Perspective. Methodological Considerations and Development of a Model for Nursing Documentation. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Ehnfors, Margareta, 1993b: Nursing Documentation Practice on 153 Hospital Wards in Sweden as Described by Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7: S. 201-207.

Ehnfors, Margareta und Björn Smedby, 1993: Nursing care as documented in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 7: S. 209-220.

Ehnfors, Margareta, Ingrid Thorell-Ekstrand und Anna Ehrenberg, 1991: Towards basic nursing information in patient records. *Vård i Norden* 21: S. 12-31.

Ehnfors, Margareta, Anna Ehrenberg und Ingrid Thorell-Ekstrand, 1997: The VIPS model – implementation and validity in different areas of nursing care. *Studies in Health Technology Informatics* 46: S. 408ff.

Ehrenberg, Anna und Margareta Ehnfors, 1999: Patient Records in Nursing Homes. Effects of Training on Content and Comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13: S. 72-82.

Ehrenberg, Anna und Margareta Ehnfors, 2001: The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15: S. 303-310.

Ehrenberg, Anna, Margareta Ehnfors und Ingrid Thorell-Ekstrand, 1996: Nursing documentation in patient records: Experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing* 24: S. 853-867.

Ehrenberg, Anna, Margareta Ehnfors und Björn Smedby, 2001: Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Science* 15: S. 133-141.

Eilers, Peter, 1987: Widerstände bei der Einführung von Pflegedokumentation und Pflegeplanung. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 40: S. 175-177.

Ekardt, Hanns-Peter, 2003: Das Sicherheitshandeln freiberuflicher Tragwerksplaner: Zur arbeitsfunktionalen Bedeutung professioneller Selbstverantwortung. S. 167-193, in: Harald Mieg und Michaela Pfadenhauer (Hg.): Professionelle Leistung – Professional Performance. Positionen zur Professionssoziologie. Konstanz: UVK.

Elias, Norbert, 1995: Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Wandlungen der Gesellschaft. Zweiter Band: Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. 19. Aufl., Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Elkeles, Thomas, 2000: Gesundheits- und Pflegeberichterstattung in Deutschland. Zu Stand und Perspektiven. Pflege 13: S. 27-32.

Ellenbecker, Carol Hall und Kathy Shea, 1994: Documentation in Home Health Care Practice. Evidence of Quality Care. Nursing Clinics of North America 29: 495-506.

Ellis, Peter M., Gareth Blackshaw, Gordon L. Purdie und Graham W. Mellsop, 1991: Clinical information in psychiatric practice: what do doctors know, what do they think is known and what do they record? Medical Education 25: S. 438-443.

Engel, Harold, Rainer Burk, Thomas Kapitza und Ottilie Randzio, 2004: Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI – Modellprojekt zur Verbindung von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit in stationären Pflegeeinrichtungen. G+G Wissenschaft 4: S. 26-34.

Engelke, Ernst, 1998: Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Freiburg/Breisgau: Lambertus.

Engelke, Ernst, 2003: Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen. Freiburg/Breisgau: Lambertus.

Englisch, Felicitas, 1991: Bildanalyse in strukturalhermeneutischer Einstellung. Methodische Überlegungen und Analysebeispiele. S. 133-176, in: Detlef Garz und Klaus Kraimer (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Entzian, Hildegard und Thomas Klie, 2003: Der allgemein anerkannte Stand pflegerischer Erkenntnis – Diskussionbeitrag zur Standortbestimmung der Qualität professioneller Pflege. S. 96-113, in: Thomas Klie und Hermann Brandenburg (Hg.): Gerontologie und Pflege. Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen. Hannover: Vincentz.

Erfurt, Martina, 1997: Sinn und Zweck der Pflegedokumentation. Unveröffentlichte Facharbeit. Regensburg.

Erlei, Mathias, 2000: Prinzipal-Agent-Modelle. S. 2478-2480, in: Gabler Wirtschaftslexikon. 15. Aufl., Wiesbaden: Gabler.

Erlei, Mathias, Martin Leschke und Dirk Sauerland, 1999: Neue Institutionenökonomik. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- Evans, Robert G., 1974: Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. S. 162-173, in Mark Perlman (Hg.): *The Economics of Health and Medical Care. Proceedings of a Conference held by the International Economic Association at Tokyo.* London und Basingstoke: Macmillan.
- Fawcett, Jacqueline, 1996: *Pflegemodelle im Überblick.* Bern et al.: Hans Huber.
- Fiechter, Verena, und Martha Meier, 1998: *Eine Anleitung für die Anwendung und Dokumentation in der Praxis.* 10. Aufl., Fritzlär: Recom.
- Fischbach, Frances Talaska, 1991: *Documenting Care. Communication, the Nursing Process and Documentation Standards.* Philadelphia: F. A. Davis.
- Fischbach, Andreas, 2001: Vom Ende des Pflegeprozesses. *Die Schwester/Der Pfleger* 40: S. 173ff.
- Flick, Uwe, 2007: *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Hamburg: Rowohlt.
- Folstein, Marshal F., Susan E. Folstein und Paul R. McHugh, 1975: „Mini-mental state“: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: S. 189-198.
- Fonteyn, Marsha E. und Lisa Flaig Cooper, 1994: The written nursing process: is it still useful to nursing education? *Journal of Advanced Nursing* 19: S. 315-319.
- Forder, Julien, 1997: Contracts and purchaser-provider relationships in community care. *Journal of Health Economics* 16: S. 517-542.
- Forder, Julien und Ann Netten, 2000: The Price of Placements in Residential and Nursing Home Care: The Effects of Contracts and Competition. *Health Economics* 9: S. 643-657.
- Fox-Ungar, Elise, Ginger Newell und Katherine Guilbault, 1989: Documentation: Communicating Professionalism. *Nursing Management* 20: S. 65-70.
- Franz, Wolfgang, 1999: *Arbeitsökonomik.* 4. Aufl., Berlin et al.: Springer.
- Frech III, Harry E. und J. Michael Woolley, 1992: Consumer information, price, and nonprice competition among hospitals. S. 217-241, in: Peter Zweifel und Harry E. Frech III (Hg.): *Health Economics Worldwide.* Dordrecht et al.: Kluwer.
- Frei-Rhein, Geneviève und Virpi Hantikainen, 2001: Wie erleben und beschreiben Pflegende Qualität in der Pflege im Alltag? *Pflege* 14: S. 395-405.
- Gabler Wirtschaftslexikon, 2000, 15. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- Garms-Homolová, Vjenka und Gabriele Niehörster, 1997: *Pflegedokumentation. Auswählen und erfolgreich anwenden in Pflegeeinrichtungen.* Hannover: Vincentz.
- Gauci Borda, Roberta, und Ian J. Norman, 1997: Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies* 34: S. 385-394.

- Georg, Jürgen, 2005: Klassifikationssysteme in der Pflege. S. 131-146, in: Angelika Abt-Zegelin und Martin W. Schnell (Hg.): Sprache und Pflege. 2. Aufl., Bern et al.: Hans Huber.
- Germain, Carel B. und Alex Gitterman, 1988: Praktische Sozialarbeit. Das ‚Life Model‘ der sozialen Arbeit. 2. Aufl., Stuttgart: Enke.
- Giarchi, George Giacinto, 1996: Caring for Older Europeans. Comparative studies in 29 countries. Aldershot: Arena.
- Goddard, Maria, Russel Mannion und Peter Smith, 2000: Enhancing Performance in Health Care: A Theoretical Perspective on Agency and the Role of Information. Health Economics: 9, S. 95-107.
- Goossen, William T. F., 1998a: Pflegeinformatik. Ulrich Schrader (Hg.), Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Goossen, William T. F., 1998b: Zukünftige Richtungen für Informations- und Kommunikationstechnologie in der Pflege. Pflegemanagement 6 (4)<sup>58</sup>: S. 6-16.
- Gordon, Deborah R., 1994: Zum Gebrauch und Mißbrauch formaler Modelle in der Krankenpflegepraxis. S. 218-235, in: Patricia Benner: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern et al.: Hans Huber.
- Gordon, Marjory, 1998: Handbuch Pflegediagnosen. 2. Aufl., Jürgen Georg (Hg.), Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Görres, S., 1999: Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Robert Bosch Stiftung (Hg.), Bern et al.: Hans Huber.
- Grajetzky, Elli, Uwe Kolem, Rainer Luca, Sanja Lucic und Nicol Theisen, 2002: Pflegedokumentation in der Endoskopie. Wie pflegerische Leistungen transparent und überprüfbar werden. Bildungszentrum Ruhr (Hg.), Hannover: Schlütersche.
- Grevelt, Lambertus, 1988: Gedanken zum Pflegeprozeß. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 41: S. 336f.
- Grieshaber, Uschi, 1989: Pflegen und dokumentieren. Der Krankenpflegeprozeß. Forum Sozialstation 13: S. 20-26.
- Gunningberg, Lena, Christina Lindholm, Marianne Carlsson und Per-Olow Sjödén, 2000: The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. Journal of Advanced Nursing 31: S. 1155-1164.
- Gunningberg, Lena, Christina Lindholm, Marianne Carlsson und Per-Olow Sjödén, 2001: Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation. Scandinavian Journal of Caring Sciences 15: S 257-263.

---

<sup>58</sup> Im Unterschied zu den meisten anderen Fachzeitschriften bezieht sich bei Pflegemanagement die Seitennummerierung auf die Ausgabennummer, die bei diesem Medium deshalb mit angegeben wird.

- Hale, Claire A., Lois H. Thomas, Senga Bond und Carain Todd, 1997: The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing* 6: S. 207-214.
- Hannah, Kathryn J., 2002: Anwendungen in der Administration. S. 133-156, in: Kathryn J. Hannah, Marion J. Ball und Margaret J. A. Edwards (Hg.): *Pflegeinformatik*. Berlin et al.: Springer.
- Hansebo, Görel, Mona Kihlgren und Gunnar Ljunggren, 1999: Review of nursing documentation in nursing home wards – changes after intervention for individualized care. *Journal of Advanced Nursing*: 29: S. 1462-1473.
- Harari, Danielle, Jerry H. Gurwitz, Jerry Avorn, Igor Choodnovskiy und Kennetz L. Minaker, 1994: Constipation: Assessment and Management in an Institutionalized Elderly Population. *Journal of the American Geriatrics Society* 42: S. 947-952.
- Hardey, Michael, Sheila Payne und Peter Coleman, 2000: ‘Scraps’: hidden nursing information and its influence on the delivery of care. *Journal of Advanced Nursing* 32: S. 208-214.
- Harsdorf-Gebhart, Horst Andreas, 1999: Das Recht des Heimbewohners auf Einsichtnahme in seine Pflegedokumentation. *PflegeRecht* 3: S. 252-254.
- Hartwig, Thomas, 1999: Pflegedokumentation: Ein rechtliches Muss oder eine segensreiche Pflicht? *Pflegezeitschrift* 52: S. 285-287.
- Hasseler, Martina, Barbara Mittnacht und Stefan Görres, 2007: Der Begriff Pflegebedürftigkeit. *Die Krankenversicherung* 59: S. 53ff.
- Hasseler, Martina und Stefan Görres, 2005: Was Pflegebedürftige wirklich brauchen ... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Hannover: Schlütersche.
- Heartfield, Marie, 1996: Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24, S. 98-103.
- Heislbetz, Claus, Petteri Hertto und Marja Vaarama, 2007: The Target Efficiency of Care – Models and Analyses. S. 234-254, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings*. New York: Springer.
- Hellesø, Ragnhild und Cornelia Maria Ruland, 2001: Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing* 10: S. 799-805.
- Henderson, Virginia, 1982: The nursing process – is the title right? *Journal of Advanced Nursing* 7: S. 103-109.
- Henke, Friedhelm, 2007: Formulierungshilfen zur Planung und Dokumentation der Pflege. Mit Hinweisen aus den MDK-Richtlinien. Stuttgart: Kohlhammer.

- Henry, Suzanne Bakken und Charles N. Mead, 1997: Nursing Classification Systems: Necessary but not Sufficient for Representing „What Nurses Do“ for Inclusion in Computer-based Patient Record Systems. *Journal of the American Medical Informatics Association* 4: S. 222-232.
- Hesse, Hans Albrecht, 1972: *Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts*. 2. Aufl., Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Hillewerth, Kathrin, 1996: Pflegeberichte – nur lästige Pflicht? *Krankenpflege/Soins infirmiers* 8: 55-59.
- Hirth, Richard A., 1999: Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics* 18: S. 219-240.
- Hofemann, Klaus und Gerhard Naegele, 2003: Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. S. 217-242, in: Beate Rennen-Allhoff und Doris Schaeffer (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim und München: Juventa.
- Höhmnn, Ulrike, 1996: Das Elend mit der Pflegeprozessdokumentation oder wann springt der Hamster endlich aus dem Laufrad. *Pflege Aktuell* 50: S. 8-12.
- Höhmnn, Ulrike, Heidi Weinrich und Gudrun Gätschenberger, 1996: Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), Bonn: Selbstverlag.
- Höhmnn, Ulrike, Heidi Weinrich und Gudrun Gätschenberger, 1997: Neues Dokumentationssystem zur vereinfachten patientenbezogenen Umsetzung des Pflegeprozesses in ambulanter und stationärer Langzeitpflege. *Pflege* 10: S. 157-163.
- Holmås, Tor Helge, 2002: Keeping nurses at work: a duration analysis. *Health Economics* 11: S. 493-503.
- Holmstrom, Bengt, 1982: Moral hazard in teams. *Bell Journal of Economics* 13: S. 324-340.
- Holmstrom, Bengt und Paul Milgrom, 1987: Aggregation and Linearity in the Provision of Intertemporal Incentives. *Econometrica* 55: S. 303-328.
- Holmstrom, Bengt und Paul Milgrom, 1991: Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design. *Journal of Law, Economics and Organization* 7 (Special Issue): S. 24-52.
- Howse, Ena und Joan Bailey, 1992: Resistance to documentation – a nursing research issue. *International Journal of Nursing Studies* 29: S. 371-380.
- Huber, Gerti, 2007: „Wir arbeiten nach Krohwinkel!“ *Die Schwester/Der Pfleger* 46: S. 698-702.
- Ivall, Ewa und Anna Ehrenberg, 2002: Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 11 : S. 734-742.

Isfort, Michael, 2002: Die drei ??? und die pflegerischen Erfassungsinstrumente. Die Schwester/Der Pfleger 41: S. 578-583.

Iyer, Patricia W. und Nancy Hand Camp, 1991: Nursing Documentation. A Nursing Process Approach. St. Louis et al.: Mosby.

Jochimson, Maren A., 2003: Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science. Boston et al.: Kluwer.

Jochimson, Maren A., 2005: Für andere sorgen heißt: sich in Beziehung setzen. Die Analyse von Sorgebeziehungen und die Ökonomie. S. 25-36, in: Ina Praetorius (Hg.): Sich in Beziehung setzen. Zur Weltsicht der Freiheit in Bezogenheit. Königstein/Taunus: Ulrike Helmer.

Johns, Christopher, 2004: Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Gemeinsam aus Erfahrungen lernen. Märle Poser und Patrick Muijsers (Hg.), Bern et al.: Hans Huber.

Johnson, Marion, Gloria M. Bulechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey Dochterman, Meridean L. Maas, Sue Moorhead und Elizabeth Swanson, 2005: NANDA, NOC, and NIC Linkages. Nursing Diagnoses, Outcomes, & Interventions. 2. Aufl., St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Juchli, Liliane, 1994: Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. Aufl., Stuttgart und New York: Thieme Georg.

Kämmer, Karla, 1994: Eine Chance für alle. Richtige Pflegedokumentation erleichtert eine systematische Planung. Heim und Pflege 5: S. 160-163

Kärkkäinen, Oili und Katie Eriksson, 2003: Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. Journal of Clinical Nursing 12: S. 198-205.

Kärkkäinen, Oili und Katie Eriksson, 2005: Recording the content of the caring process. Journal of Nursing Management 13: S. 202-208

Keitel, Petra, 2007: Handlungsorientierte Pflegedokumentation. Wissen, worauf es ankommt. Christian Loffing (Hg.), Stuttgart: Kohlhammer.

Kirchgässner, Gebhard, 2000: Homo Oeconomicus. Das ökonomische Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. 2. Aufl., Tübingen: Mohr.

Klapper, Bernadette, Silke Lecher, Doris Schaeffer und Uwe Koch, 2001: Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus. Pflege 14: S. 387-393.

Klein, Benjamin und Keith B. Leffler, 1981: The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance. Journal of Political Economy 89: S. 615-641.

Klie, Thomas, 2003a: Professionalisierung in der Pflege und Gerontologie. S. 112-131, in: Thomas Klie und Hermann Brandenburg (Hg.): Gerontologie und Pflege. Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen. Hannover: Vincentz.

- Klie, Thomas, 2003b: Rechtliche Rahmenbedingungen: Auf dem Weg zum Pflegerecht. S. 271-281, in: Beate Rennen-Allhoff und Doris Schaeffer (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa.
- Koch, Reinhard, Hans-Uwe Otto, Reinhard Peglau und Thomas Rauschenbach, 1981: Zur Einführung. S. 9-13, in: Projektgruppe Soziale Berufe (Hg.): Sozialarbeit: Professionalisierung und Arbeitsmarkt. Expertisen III. München: Juventa.
- Költringer, Richard, 1993: Gültigkeit von Umfragedaten. Wien et al.:
- König, Jutta, 2007: 100 Fehler bei der Pflegedokumentation und was Sie dagegen tun können. Hannover: Schlütersche.
- Korst, Lisa M., Alea C. Eusebio-Angeja, Terry Chamorro, Carolyn E. Aydin und Kimberly D. Gregory, 2003: Nursing Documentation Time During Implementation of an Electronic Medical Record.
- Krämer, Uwe und Marina Schnabel, 2005: Pflegedokumentation – leicht gemacht. Was Pflegende wann und wie dokumentieren müssen. 2. Aufl. Bern et al.: Hans Huber.
- Krautz, Bernhad, 2003: Unterstützung des Prozessmanagements durch Intranet. S. 157-168, in: Harald Blonski und Michael Stausberg (Hg.): Prozessmanagement in Pflegeorganisationen. Grundlagen – Erfahrungen – Perspektiven. Hannover: Schlütersche.
- Kreps, David M., 1994: Mikroökonomische Theorie. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Krohwinkel, Monika, 1988: Konzeptuelle Modelle und Theorien der Pflege. Krankenpflege 42: S. 9-12.
- Krohwinkel, Monika, 1993: Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege. Baden-Baden: Nomos.
- Krohwinkel, Monika, 2007: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. 2. Aufl., Bern: Hans Huber.
- Krummenauer, Frank, Yvonne Georgi und Ursula Weibler-Villalobos, 2003: Versuch einer Quantifizierung möglicher Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Altenpflege. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 8: S. 42-48.
- Kruschwitz, Lutz, 2002: Finanzierung und Investition. 3. Aufl., München und Wien: Oldenbourg.
- Kuedde, Maria, 1989: Einführung eines Pflegedokumentationssystems und daraus resultierende Veränderungen im Stationsablauf. Die Schwester/Der Pfleger 28: S. 498ff.
- Kühne-Ponesch, Silvia, 2004: Modelle und Theorien in der Pflege. Wien: Facultas
- Laffont, Jean-Jacques und David Martimort, 2002: The Theory of Incentives. The Principal-Agent Model. Princeton und Oxford: Princeton University Press.



- Langenscheidt, 1983: Langenscheidts Jubiläums-Wörterbuch Englisch. 6. Aufl., Berlin et al.: Langenscheidt.
- Langer, Wolfgang, 2004: Mehrebenenanalyse. Eine Einführung für Forschung und Praxis. Wiesbaden: VS Verlag.
- Langlois, Richard, N., 1990: Bounded Rationality and Behavioralism: A Clarification and Critique. *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146: S. 691-695.
- Larrabee, June H., Sandra Boldreghini, Karla Elder-Sorrells, Zettie M. Turner, Regina G. Wender, Jacquelyn M. Hart und Pamela S. Lenzi, 2001: Evaluation of Documentation Before and After Implementation of a Nursing Information System in an Acute Care Hospital. *Computers in Nursing*: 19: S. 56-65.
- Lay, Reinhard und Hermann Brandenburg, 2001: Pflegeplanung abschaffen? Überlegungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht. *Die Schwester/Der Pfleger* 40: S. 938-942.
- Lay, Reinhard und Hermann Brandenburg, 2002: Pflegeplanung – eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychiatrische Pflege Heute* 8: 149-152.
- Lazear, Edward P., 1998: *Personal Economics for Managers*. New York et al.: Wiley.
- Lee, ChoongSup, 1995: Optimal medical treatment under asymmetric information. *Journal of Health Economics* 14, S. 419-441.
- Leino-Kilpi, Helena, Liisa Ire, Tarja Suominen, Jaana Vuoreneimo und Maritta Vällimäki, 1993: Client and information: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2: S. 331-340.
- Leoni-Scheiber, Claudia, 2004: *Der angewandte Pflegeprozess*. Wien: Facultas.
- Levaggi, Rosella, 1996: NHS Contracts: An Agency Approach. *Health Economics* 5: S. 341-352.
- Lien, Hsien-Ming, Ching-To Albert Ma und Thomas G. McGuire, 2004: Provider-client interactions and quantity of health care use. *Journal of Health Economics* 23: S. 1261-1283.
- Lindsey, Elisabeth und Gweneth Hartrick, 1996: Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process? *Journal of Advanced Nursing* 23: S. 106-112
- Lorenz, Heiko, 2000: *Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Eine Projektarbeit aus der stationären Altenhilfe*. Stuttgart: Diakonisches Werk Württemberg.
- Ma, Ching-to Albert und Thomas G. McGuire, 1997: Optimal Health Insurance and Provider Payment. *American Economic Review* 87: S. 685-704.
- Maaß, Siegfried, 1983: *Statistik für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler I. Wahrscheinlichkeitstheorie*. Berlin et al.: Springer.

- Mahlberg-Breuer, Angelika und Ursula Mybes, 2007: Pflegedokumentation stationär. Das Handbuch für die Pflegeleitung. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Bonn: Selbstverlag.
- Mahler, Cornelia, Elske Ammenwerth, Ronald Eichstädter, Bettina Hoppe, Ulrich Mansmann, Angelika Tautz und Andreas Wagner, 2002: PIK-Studie 2000/2001. Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentation auf vier Pilotstationen. Abschlussbericht – Teil: Qualitätsmessungen. Heidelberg: Universitätsklinikum.
- Mahler, Cornelia, Elske Ammenwerth, Angelika Tautz, Andreas Wagner, Ronald Eichstädter und Bettina Hoppe, 2003: Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen. *Pflege* 16: S. 144-152.
- Martin, Antoinette, Cora Hinds und Margot Felix, 1999: Documentation practices of nurses in long-term care. *Journal of Clinical Nursing* 8: S. 345-352.
- Mason, Carolyn, 1999: Guide to practice or ‚load of rubbish’? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 29: S. 380-387.
- McCloskey Dochterman, Joanne und Gloria M. Bulechek (Hg.), 2004: *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4. Aufl., St. Louis, MO: Mosby.
- McElroy, Alistair, Veronica Corben und Kate McLeish, 1995: Developing care plan documentation: an action research project. *Journal of Nursing Management* 3: S. 193-199.
- McGuire, Thomas G., 2000: Physician Agency. S. 461-536, in: Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam et al. Elsevier.
- McGuire, Alistair, John Henderson und Gavin Mooney, 1988: *The economics of health care. An introductory text*. London und New York: Routledge.
- Meleis, Afaf Ibrahim, 1999: *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern et al.: Hans Huber.
- Menger, Carl, 1968: *Gesammelte Werke. Band I. Grundsätze der Volkswirtschaftslehre*. 2. Aufl., Friedrich A. von Hayek (Hg.), Tübingen: Mohr.
- Michel-Schwartz, Brigitta, 2002: *Handlungswissen der Sozialen Arbeit. Deutungsmuster und Fallarbeit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mieg, Harald, 2003: Problematik und Probleme der Professionssoziologie. S. 11-46, in: Harald Mieg und Michaela Pfadenhauer (Hg.): *Professionelle Leistung – Professional Performance. Positionen zur Professionssoziologie*. Konstanz: UVK.
- Milgrom, Paul und John Roberts, 1992: *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs/New Jersey: Prentice Hall.
- Miller, Audrey, 1988: Wird die Pflegequalität durch die Anwendung des Pflegeprozesses beeinflusst? Eine Untersuchung auf geriatrischen Stationen. *Pflege* 1: S. 94-102.

- Mohrmann, Matthias, Gabriele Lotz-Metz, Thomas Böhler und Waltraud Hannes, 2005a: Der Pflegeprozess als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege – Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in Baden-Württemberg. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 10: S. 245-251.
- Mohrmann, Matthias, Gabriele Lotz-Metz, Waltraud Hannes und Thomas Böhler, 2005b: Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste in Baden-Württemberg – Überblick über die Erfahrungen aus 6 Jahren flächendeckender Untersuchungen durch den MDK. *Gesundheitswesen* 67: S. 694-700.
- Moloney, Rhona und Christopher Maggs, 1999: A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 30: S. 51-57.
- Moorhead, Sue, Marian Johnson und Meridean L. Maas, 2003: *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 3. Aufl., St. Louis, MO: Mosby.
- Moyle, Wendy, Jan Skinner, Gillian Rowe und Chris Gork, 2003: Views of the job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing* 12: S. 168-176.
- Mühlum, Albert, Sabine Bartholomeyczik und Eberhard Göpel, 1997: *Sozialarbeitswissenschaft Pflegewissenschaft Gesundheitswissenschaft*. Freiburg/Breisgau: Lambertus.
- Müller-Daubig, Ulla, 1990: *Der Krankenpflegeprozess. Methoden der geplanten individuellen und ganzheitlichen Pflege. Leitfaden für das Krankenpflegepersonal*. 4. Aufl., Basel: Recom.
- Müller Staub, Maria, 2002: Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit. *Pflege* 15: S. 113-121.
- Münch, Marlies, 2005: *Pflegeprozess und Pflegedokumentation im stationären Bereich*. Bonn: PRO Pflege Management.
- Nahm, Rosemary und Iona Poston, 2000: Measurement of the Effects of an Integrated, Point-of-Care Computer System on Quality of Nursing Documentation and Patient Satisfaction. *Computers in Nursing* 18: S. 220-229.
- Neumann, Manfred, 1995a: *Theoretische Volkswirtschaftslehre I. Makroökonomische Theorie: Beschäftigung, Inflation und Zahlungsbilanz*. 5. Aufl. München: Vahlen.
- Neumann, Manfred, 1995b: *Theoretische Volkswirtschaftslehre II. Produktion, Nachfrage und Allokation*. 4. Aufl., München: Vahlen.
- New Webster's Dictionary, 1981: *New Webster's Dictionary of the English Language*. Melrose Park: Delair Publishing.
- Nightingale, Florence, 1860: *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. New York: D. Appleton (Faksimile unter: [www.google.de/books?id=fAAIAAAIAAJ&printsec=titlepage](http://www.google.de/books?id=fAAIAAAIAAJ&printsec=titlepage), abgerufen am 19.12.2008).

Nilsson, Ulla-Beth und Ania Willman, 2000: Evaluation of Nursing Documentation. A Comparative Study Using the Instruments NoGA© and Cat-ch-ing© after an Educational Intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14: S. 199-206.

Nissen, Dirk und Ursula Weisenfeld, 2001: Information und Entscheidung: Nachfrageverhalten im Gesundheitsmarkt. Arbeitsbericht Nr. 241, Universität Lüneburg: Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.

Nordström, Gun und Ann Gardulf, 1996: Nursing Documentation in Patient Records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10: S. 27-33.

Norton, Edward C., 1992: Incentive regulation of nursing homes. *Journal of Health Economics* 11: S. 105-128.

Norton, Edward C., 2000: Long-Term Care. S. 955-994, in: Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam et al. Elsevier.

Oesterlen, Lena, 2003: Brennpunkt: Pflegedokumentation. Funktionalität – ein Blickwinkel auf die Dokumentation am Beispiel des Pflegeberichts. 3. Teil. *Die Schwester/Der Pfleger* 42: S. 690-695.

Oevermann, Ulrich, 1986: Kontroversen über sinnverstehende Soziologie. Einige wiederkehrende Probleme und Mißverständnisse in der Rezeption der „objektiven Hermeneutik“. S. 19-83, in: Stefan Aufenanger und Margit Lenssen (Hg.): *Handlung und Sinnstruktur: Bedeutung und Anwendung der objektiven Hermeneutik*. München: Kindt.

Oevermann, Ulrich, 1993: Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik. S. 106-189, in: Thomas Jung und Stefan Müller-Doohm (Hg.): *„Wirklichkeit“ im Deutungsprozeß. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Oevermann, Ulrich 1996: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, S. 70-182, in: Arno Combe und Werner Helsper (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Oevermann, Ulrich, 2000a: Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen pädagogischen Praxis. S. 58-156, in: Klaus Kraimer (Hg.): *Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Oevermann, Ulrich, 2000b: Dienstleistung der Sozialbürokratie aus professionalisierungstheoretischer Sicht. S. 57-77, in: Eva-Marie von Harrach, Thomas Loer und Oliver Schmidtke: *Verwaltung des Sozialen. Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts*. Konstanz: UVK.

Oevermann, Ulrich, Tillmann Allert, Elisabeth Konau und Jürgen Krambeck, 1979: Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften, S. 352-434, in: Hans-Georg Soeffner (Hg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzlersche Verlagsbuchhandlung.

- Olk, Thomas, 1986: Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Weinheim und München: Juventa.
- Orem, Dorothea E., 1997: Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Gerd Bekel (Hg.), Berlin und Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Øvretveit, John, 1998: Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational interventions. Maidenhead/Berkshire: Open University Press.
- Pauly, Mark V., 1980: Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior. Chicago und London: University of Chicago Press.
- Payer-Allmer, Gertrude, 1997: Die rechtliche Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung im Zusammenhang mit dem neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Österreichische Krankenpflegezeitschrift 50: S. 22-27.
- Phelps, Charles E., 2000: Information Diffusion and Best Practice Adaption. S. 223-264, in: Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse (Hg.): Handbook of Health Economics. Amsterdam et al. Elsevier.
- Picot, Arnold und Brigitta Wolff, 2000: Informationsökonomik. S. 1522-1526, in: Gabler Wirtschaftslexikon. 15. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
- Pieper, Richard, 2005: Qualitätsmanagement in der Pflege. Ost- und westeuropäische Perspektiven. S. 105-114, in: Martin Heidenreich, Hans-W. Micklitz, Andreas Oehler, Hans Rattinger und Johannes Schwarze (Hg.): Europa nach der Osterweiterung. Europaforschung an der Universität Bamberg. Berlin: Kadmos.
- Pieper, Richard, Mona Frommelt, Monika Hack und Claus Heislbetz, 2005: CareKeys – Ein theoriegeleitetes Instrument für qualitätsorientierte Pflege. Case Management 1: S. 65-69.
- Pieper, Richard und Marja Vaarama, 2007: The Concept of Care-Related Quality of Life. S. 65-101, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Pieper, Richard, Mona Frommelt, Claus Heislbetz und Marja Vaarama, 2007a: Quality Management in Long-Term Care. S. 125-150, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Pieper, Richard, Claus Heislbetz und Mona Frommelt, 2007b: Quality Management and the Care Keys Quality Matrix. S. 255-280, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Pieper, Richard, Marja Vaarama, Gunnar Ljunggren und Thomas Emilsson, 2007c: The Care Keys Toolkit. S. 281-298, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.

- Pohl, Jürgen, 1997: Pflegedokumentation kritisch betrachtet. *Pflegemanagement* 5 (2): S. 10-15.
- Pohl, Ulrike, Elske Ammenwerth, Ronald Eichstädter und Reinhold Haux, 2000: Rechnerbasierte Pflegedokumentation in der klinischen Routine. *Pflegezeitschrift* 53: S. 1-8.
- Rabe-Kleberg, Ursula, 1996: Professionalität im Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist „semi“ an traditionellen Frauenberufen? S. 276-302, in: Arno Combe und Werner Helsper (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Rasmusen, Eric, 2001: *Games and Information. An Introduction to Game Theory*. 3. Aufl., Malden, MA et al.: Blackwell.
- Reed, Jan, 1992: Secondary data in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 17: S. 877-883.
- Reichertz, Jo, 2007: Objektive Hermeneutik und hermeneutische Wissenssoziologie. S. 514-524, in: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 5. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Reinhart, Margarete, 1998: Pflegedokumentation – heute, morgen, übermorgen. *Grundsätze der manuellen Dokumentation. Heilberufe* 50, S. 28-31
- Rethans, Jan-Joost, Eric Martin und Job Metsemakers, 1994: To what extent do clinical notes by general practitioners reflect actual medical performance? A study using simulated patients. *British Journal of General Practice* 44: S. 153-156.
- Richter, Rudolf und Eirik G. Furubotn, 2003: *Neue Institutionenökonomik. Eine Einführung und kritische Würdigung*. 3. Aufl., Tübingen: Mohr.
- Ripperger, Tanja, 2003: *Ökonomik des Vertrauens. Analyse eines Organisationsprinzips*. 2. Aufl., Tübingen: Mohr.
- Rochaix, Lise, 1989: Information Asymmetry and Search in the Market for Physicians' Services. *Journal of Health Economics* 8: S. 53-84.
- Röhlig, Hans-Werner, 1990: Haftungsrechtliche Aspekte bei Dekubitusprophylaxe und -therapie. S. 190-197, in: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege e.V. (Hg.): *Dekubitus. Prophylaxe und Therapie*. Eschborn: Verlag Krankenpflege.
- Ron, Ruth und Yoram Bar-Tal, 1993: Quality Nursing Survey, 1988-1990. *Quality Assurance in Health Care* 5: S. 57-65.
- Roper, Nancy, Winifred W. Logan und Alison J. Tierney, 2002: *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA)*, Bern et al.: Hans Huber.
- Rösen, Elke-Erika, 2007: *Dokumentation in der Altenpflege*. München und Jena: Elsevier.

- Roßbruch, Robert, 1998: Die Pfegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. *PflegeRecht* 2: S. 126-131.
- Roth, Günter, 2001: Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Stuttgart: Kohlhammer.
- Rothschild, Michael und Joseph Stiglitz, 1976: Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics* 90: 629-649.
- Ryan, Mandy, 1994: Agency in Health Care: Lessons for Economists from Sociologists. *American Journal of Economics and Sociology* 53: S. 207-217.
- Saba, Virginia K., 1997: A look at nursing informatics. *International Journal of Medical Informatics* 44: S. 57-60.
- Saks, Kai und Ene-Margit Tiit, 2007: Subjective Quality of Life of Care-Dependent Older People in Five European Union Countries. S. 153-167, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings*. New York: Springer.
- Saks, Kai, Ene-Margit Tiit, Seija Muurinen, Susanna Mukkila, Mona Frommelt und Margaret Hammond, 2007: Quality of Life in Institutional Care. S. 196-216, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings*. New York: Springer.
- Salomon, Alice, 1927: *Soziale Diagnose*. 2. Aufl., Berlin: Carl Heymanns.
- Schanze, Erich, 1990: Notes on Models of Choice, Incomplete Contracting, and the Agency Framework. *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146: S. 684-690.
- Schär, Walter und Andreas Gericke, 1997: Dokumentation heute – viele Fragen sind noch offen. *Heilberufe* 49: S. 48-51.
- Schlicht, Ekkehart, 1990: Rationality, Bounded or not, and Institutional Analysis. *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146: S. 703-719.
- Schmid Büchi, Silvia, 2002: Methodologie. S. 5-14, in: Josi Bühlmann et al.: *Die Evaluation des Pflegeprozesses auf den Bettenstationen des UniversitätsSpitals Zürich*. Schlussbericht. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.
- Schneider, Dieter, 1995: *Informations- und Entscheidungstheorie*. München und Wien: Oldenbourg.
- Schneider, Udo, 2002: *Theorie und Empirie der Arzt-Patient-Beziehung. Zur Anwendung der Principal-Agent-Theorie auf die Gesundheitsnachfrage*. Frankfurt/Main et al.: Peter Lang.
- Schöniger, Ute und Abt-Zegelin, Angelika, 1998: Hat der Pflegeprozeß ausgedient? Wird es Zeit für den Prozeß der Pflege? *Die Schwester/Der Pfleger* 37: S. 305-310.

Schrader, Ulrich, 2003: Pflegedokumentation und Informationssysteme. S. 725-744, in: Beate Rennen-Allhoff und Doris Schaeffer (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa.

Schreiner-Hecheltjen, Josefa und Herbert Hockauf, 1996: Pflegedokumentation auf Intensivstationen als Medium der Qualitätssicherung. *Intensiv* 4: S. 183-189.

Seidl, Elisabeth und Ilsemarie Walter, 1988: Verbessert die Pflegeplanung die Praxis? Untersuchung von 100 Pflegedokumentationen. *Pflege* 1: S. 50-56 sowie S. 104-111 (2. Teil).

Selten, Reinhard, 1990: Bounded Rationality. *Journal of Institutional and Theoretical Economics* 146: S. 649-658.

Shapiro, Carl, 1983: Premiums for High Quality Products as Returns to Reputations. *Quarterly Journal of Economics* 98: S. 659-679.

Simon, Herbert A., 1955: A Behavioral Model of Rational Choice. *Quarterly Journal of Economics* 69, S. 99-118.

Simon, Herbert A., 1956: Rational Choice and the Structure of the Environment. In: *Psychological Review* 63: S. 129-138.

Simon, Herbert A., 1959: Theories of Decision-Making in Economics and Behavioral Science. *American Economic Review* 49: S. 251-283.

Simon, Herbert A., 1981: Entscheidungsverhalten in Organisationen. Eine Untersuchung von Entscheidungsprozessen in Management und Verwaltung. Landsberg/Lech: Verlag Moderne Industrie.

Smith-Stoner, Marilyn, 1999: Long-Term Care Documentation and Reimbursement. Englewood: Skidmore-Roth.

Sommerfeld, Peter, 2005: Introduction. S. 7-29, in: Peter Sommerfeld (Hg.): *Evidence-Based Social Work – Towards a New Professionalism?* Bern et al.: Peter Lang.

Sommerfeld, Peter, Lea Hollenstein, Raphael Calzaferri und Günter Schiepek, 2005: Real-time Monitoring – New Methods for Evidence-based Social Work. S. 199-232, in: Peter Sommerfeld (Hg.): *Evidence-Based Social Work – Towards a New Professionalism?* Bern et al.: Peter Lang.

Soppart, Claudia, 1999: Qualitätssicherung in der Pflege – Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen aus Sicht des MDK Nordrhein. S. 127-134, in: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): *Qualitätssicherung in der Pflege*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Spence, A. Michael, 1981: *Market Signaling: Informational Transfer in Hiring and Related Screening Processes*. 2. Aufl., Cambridge/Mass. und London: Harvard University Press.

Sperl, Dieter, 1996: *Qualitätssicherung in der Pflege. Validierte Pflege im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Intensivpflege*. 2. Aufl., Hannover: Schlütersche.



- Stange, Kurt C., Stephen J. Zyzanski, Tracy Fedirko Smith, Robert Kelly, Doreen M. Langa, Susan A. Flocke und Carlos R. Jaén, 1998: How Valid Are Medical Records and Patient Questionnaires for Physician Profiling and Health Services Research? A Comparison With Direct Observation of Patient Visits. *Medical Care* 36: S. 851-867.
- Staub-Bernasconi, Silvia, 2007: Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch. Bern et al.: Haupt.
- Steenek, Annette, 2004: Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung. S. 87-102, in: Sabine Bartholomeyczik und Berta Schrems: Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.
- Stiglitz, Joseph E., 1985: Information and Economic Analysis: A Perspective. Supplement to the *Economic Journal* 95: S. 21-41.
- Stokke, Torbjørg Aa. und Mary H. Kalfoss, 1999: Structure and Content in Norwegian Nursing Care Documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13: S. 18-25.
- Stratmeyer, Peter, 1997: Ein historischer Irrtum der Pflege? Plädoyer für einen kritisch-distanzierten Umgang mit dem Pflegeprozeß. *Mabuse* 22 (106): S. 34-38.
- Streckel, Siegmund, 2000: Rechtliche Anforderungen an eine EDV-gestützte Dokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger* 39: S. 60-64.
- Strecker, Heinrich und Rolf Wiegert, 1989: Wirtschaftsstatistische Daten und ökonomische Realität. *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik* 206: S. 487-509.
- Street, Annette Fay, 1992: *Inside Nursing: A Critical Ethnography of Clinical Nursing Practice*. New York: State University of New York Press
- Suchanek, Andreas, 1994: *Ökonomischer Ansatz und theoretische Integration*, Tübingen: Mohr.
- Tapp, R. Ann, 1990: Inhibitors and Facilitators to Documentation of Nursing Practice. *Western Journal of Nursing Research* 12: S. 229-240.
- Taylor, Helen, 2003: An exploration of the factors that affect nurses' record keeping. *British Journal of Nursing* 12: S. 751-758.
- Telser, Lester G., 1980: A Theory of Self-enforcing Agreements. *Journal of Business* 53: S. 29-44.
- Thiel, Volker, 2001: Der Pflegeprozess – ein Instrument professioneller Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger* 40: S. 338-342.
- Thiersch, Hans und Thomas Rauschenbach, 1984: Sozialpädagogik/Sozialarbeit: Theorie und Entwicklung. S. 984-1016, in: Hanns Eyferth, Hans-Uwe Otto und Hans Thiersch (Hg.): *Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Neuwied und Darmstadt: Luchterhand.

- Tiit, Ene-Margit, Kai Saks und Marja Vaarama, 2007: Care Keys Data and Statistical Methods. S. 45-61, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Tirole, Jean, 1995: Industrieökonomik. 2. Aufl., München und Wien: Oldenbourg.
- Törnvall, Eva und Susan Wilhelmsson, 2008: Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing* 17: S. 1-9.
- Törnvall, Eva, Susan Wilhelmsson und Lis Karin Wahren, 2004: Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18: S. 310-317.
- Törnvall, Eva, Lis Karen Wahren und Susan Wilhelmsson, 2007: Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management* 15: S. 634-642.
- Udén, Giggi, Margareta Ehnfors und Kerstin Sjöström, 1999: Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. *Journal of Advanced Nursing* 29: S. 145-152.
- Vaarama, Marja, Richard Pieper und Andrew Sixsmith, 2007a: The General Framework and Methods of the Care Keys Research. S. 3-18, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Vaarama, Marja und Ene-Margit Tiit, 2007: Quality of Life of Older Homecare Clients. S. 168-195, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Vaarama, Marja, Ene-Margit Tiit, Seija Muurinen, Richard Pieper, Kai Saks, Andrew Sixsmith und Margaret Hammond, 2007b: Instrumentation of the Care Keys Research. S. 19-44, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Vaarama, Marja, Richard Pieper, Mona Frommelt, Seija Muurinen, Andrew Sixsmith, Margaret Hammond und Gunnar Ljunggren, 2007c: The Concept of Quality of Long-Term Care. S. 102-124, in: Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (Hg.): Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. New York: Springer.
- Varian, Hal R., 1994: Mikroökonomie. 3. Aufl., München und Wien: Oldenbourg.
- Vitt, Karl D. und Christoph M. Erben, 2003: Information und Transparenz. S. 17-23, in: Christoph Kranich und Karl D. Vitt (Hg.): Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Vogel, Friedrich, 2005: Beschreibende und schließende Statistik. Formeln, Definitionen, Erläuterungen, Stichwörter und Tabellen. 13. Aufl., München und Wien: Oldenbourg.
- von Krogh, Gunn und Dagfinn Nåden, 2008: Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies – theoretical and methodological issues. *Journal of Nursing Management* 16: S. 275-283.

- vonKoss Krowchuk, Heidi, Mary Lou Moore, Lenora Richardson, 1995: Using Health Care Records as Sources of Data for Research. *Journal of Nursing Measurement* 3: S. 3-12.
- Voutilainen, Päivi, Arja Isola und Seija Muurinen, 2004: Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18: S. 72-81.
- Wagner, Thomas und Elke J. Jahn, 2004: *Neue Arbeitsmarkttheorien*. 2. Aufl., Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Waters, Karen R., 1987: Discharge planning: an exploratory study of the process of discharge planning on geriatric wards. *Journal of Advanced Nursing* 12: S. 71-83.
- Weber, Max, 1972: *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*. 5. Aufl., Tübingen: Mohr.
- Weidner, Frank, 2003: *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. 2. Aufl., Frankfurt/Main: Mabuse.
- Weidner, Frank und Sabine Dörpinghaus, 2003: *Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.), Hannover: Schlütersche.
- Wendt, Wolf Rainer, 2001: *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. 3. Aufl., Freiburg/Breisgau: Lambertus.
- Werley, Harriet H. und Norma M. Lang, 1988: *Identification of the Nursing Minimum Data Set*. New York: Springer.
- Wernet, Andreas, 2006: *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag.
- Wessling, Ewald, 1991: *Individuum und Information. Die Erfassung von Information und Wissen in ökonomischen Handlungstheorien*. Tübingen: Mohr.
- White, Lois, 2003: *Documentation & the nursing process*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar.
- WHOQOL Group, 1998: Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *The WHOQOL Group. Psychological Medicine* 28: S. 551–558.
- Williamson, Oliver E. 1988: The Logic of Economic Organization. *Journal of Law, Economics and Organization* 4: S. 65-93
- Wingenfeld, Klaus, 2003: Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. S. 339-361, in: Beate Rennen-Allhoff und Doris Schaeffer (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim und München: Juventa.

Wittneben, Karin, 1988: Der Pflegeprozeß im Spannungsfeld zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis. Informationstagung im Ev. Amalie-Sieveking-Krnakenhaus in Hamburg. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 41: S. 338-342.

Xie, Bin, David M. Dilts und Mikhael Shor, 2006: The physician-patient relationship: The impact of patient-obtained medical information. Health Economics 15: S. 813-833.

Yura, Helen und Mary B. Walsh, 1988: The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. 5. Aufl., Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Zawada, Ursula und Edith Kellnhauser, 1996: Pflegeplanung und Dokumentation in ambulanten und stationären Einrichtungen. 4. Aufl., Düsseldorf: Ursula Zawada Fachverlag.

Zintl-Wiegand, Almut und Bertram Krumm, 2003: Werden Demenzkranke bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz benachteiligt? Die Erfassung von kognitiver Einschränkung im Pflegegutachten (MDK) und mit standardisierten Instrumenten. Der Nervenarzt. 74: S. 571-580.

Zivin, Joshua Graff, 2001: Cost-Effectiveness Analysis with Risk Aversion. Health Economics 10: S. 499-508.

Zivin, Joshua Graff und Alexander S. P. Pfaff, 2004: To err on humans is not benign. Incentives for adoption of medical error-reporting systems. Journal of Health Economics 23: S. 935-949.

Zweifel, Peter, 1979: Professional Ethics, Nonprice Rationing and Supplier-Induced Demand in a Model of Physician Behavior. University of Zurich: Institute for Empirical Research in Economics.

Zweifel, Peter, 1982: Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens. Berlin et al.: Springer.

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegedokumentation als Instrument pflegerischer Transparenz .....	7
Abbildung 2: Vier Dimensionen der Lebensqualität, der Pflege und der Pflegemanagementqualität .....	15
Abbildung 3: Professionelle Pflegediskursebenen .....	22
Abbildung 4: Pflegeprozess als Regelkreis nach Fiechter/Meier .....	32
Abbildung 5: Pflegeprozessuale Differenzierung der <i>zentrale Kategorien</i> des VIPS-Modell der Dokumentation .....	35
Abbildung 6: System Fördernder Prozesspflege – Beziehung zwischen Direkter Pflege, Pflegedokumentation und Pflegemanagement .....	37
Abbildung 7: Pflegeprozessmodell nach Alfaro-LeFevre .....	39
Abbildung 8: Pflegeprozessmodell nach White .....	39
Abbildung 9: Professionelle Beschreibung von Pflegeproblemen nach Höhmann et al. ....	46
Abbildung 10: Thesen zur Machtausübung in Zusammenhang mit Pflegeprozess und Pflegeprozessdokumentation .....	47
Abbildung 11: Pflegedokumentation und pflegerische Professionalität .....	83
Abbildung 12: Pflegedokumentation aus der Perspektive von Managerin und Pflegerin.....	88
Abbildung 13: Auftraggeber-Auftragnehmerbeziehungen bei der Produktion von Pflegedienstleistungen .....	100
Abbildung 14: Verschiedene Auftraggeber und -nehmer des Pflege- und Dokumentationsprozesses .....	101
Abbildung 15: Ablaufschema <i>Moralisches Risiko mit versteckter Handlung</i> .....	110
Abbildung 16: Erwartungsnutzen eines risikobehafteten Entgelts .....	112
Abbildung 17: Annahmen über den Verlauf der Dokumentationskosten in Abhängigkeit vom Dokumentationsumfang .....	120
Abbildung 18: Wirkung einer Veränderung des maximalen Dokumentationsumfangs auf das optimale Dokumentationsniveau .....	122
Abbildung 19: Adverse Selektion – Ablaufschema des Signalisierungsmodells.....	136
Abbildung 20: Dokumentationskostenverlauf unterschiedlich produktiver Agententypen ...	137
Abbildung 21: Selbstselektion unterschiedlich produktiver Agententypen .....	139
Abbildung 22: Einvernehmliche Falschdokumentation durch Pflegerin und Klientin .....	146
Abbildung 23: Zentrale Bestandteile des Metamodells der Pflegeprozessdokumentation ...	159
Abbildung 24: Dokumentationsmotive und -wirkungen – theoretisch erwartete Zusammenhänge.....	179
Abbildung 25: Theoretische begründete Struktur der Untersuchung von Voraussetzungen und Wirkungen der Pflegedokumentation.....	181
Abbildung 26: Altersverteilung von Stichprobenelementen außerhalb der theoretischen Gesamtheit.....	190

Abbildung 27: Vergleich von Pflegebedarfen und -leistungen zur Ermittlung der Effektivität, Effizienz und der klientinnenspezifischen Ressourcenverfügbarkeit in der Pflege .....	218
Abbildung 28: Vollständigkeit der Anamnesedokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	259
Abbildung 29: Vollständigkeit der Anamnesedokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen .....	260
Abbildung 30: Vollständigkeit der Pflegebedarfsdokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	261
Abbildung 31: Vollständigkeit der Pflegebedarfsdokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen.....	261
Abbildung 32: Vollständigkeit der Pflegedurchführungsdokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	263
Abbildung 33: Vollständigkeit der Pflegedurchführungsdokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen.....	263
Abbildung 34: Vollständigkeit der Pflegeevaluationsdokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	264
Abbildung 35: Vollständigkeit der Pflegeevaluationsdokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen.....	265
Abbildung 36: Ausgewogenheit der Pflegedokumentation – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	266
Abbildung 37: Ausgewogenheit der Pflegedokumentation – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen .....	266
Abbildung 38: Kongruenz der Pflegedokumentation mit den Aussagen der Klientinnen – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	267
Abbildung 39: Kongruenz der Pflegedokumentation mit den Aussagen der Klientinnen – Ländervergleich der stationär versorgten Klientinnen .....	268
Abbildung 40: Dokumentationsmotive und -wirkungen nach dem Muster <i>Dokumentation als bürokratische Aufgabe</i> – charakteristische Zusammenhänge .....	271
Abbildung 41: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – estnische Klientinnen, stationär	273
Abbildung 42: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – estnische Klientinnen, ambulant .....	275
Abbildung 43: Dokumentationsmotive und -wirkungen nach dem Muster <i>Dokumentation zur Signalisierung professioneller Qualität</i> – charakteristische Zusammenhänge .....	276
Abbildung 44: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – finnische Klientinnen, stationär	278
Abbildung 45: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – finnische Klientinnen, ambulant .....	281
Abbildung 46: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – britische Klientinnen, ambulant .....	283
Abbildung 47: Dokumentationsmotive und -wirkungen nach dem Muster <i>Dokumentation zur Qualitätssicherung und Reduzierung des Risikos</i> – charakteristische Zusammenhänge	284
Abbildung 48: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – deutsche Klientinnen, ambulant .....	286

Abbildung 49: Mittlere Befriedigung der Pflegebedarfe (Effektivität der Pflege) – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	289
Abbildung 50: Mittlere individuelle pflegerische Ressourcenverfügbarkeit – Ländervergleich der ambulant versorgten Klientinnen .....	291
Abbildung 51: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – deutsche Klientinnen, stationär	294
Abbildung 52: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – schwedische Klientinnen, stationär .....	296
Abbildung 53: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – schwedische Klientinnen, ambulant .....	298
Abbildung 54: Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge – britische Klientinnen, stationär	300

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dimensionen pflegerischen Handelns auf unterschiedlichem Aggregationsniveau	17
Tabelle 2: Pflegequalitätsmatrix	19
Tabelle 3: Operationalisierung der Schlüsselbegriffe durch das VIPS-Modell	36
Tabelle 4: Empirische Untersuchungen zur inhaltsbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation	52
Tabelle 5: Empirischer Untersuchungen zur verfahrensbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation	56
Tabelle 6: Empirische Untersuchungen zu ressourcen- bzw. institutionenbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation	62
Tabelle 7: Empirische Untersuchungen zu kooperationsbezogenen Bedingungen und Wirkungen der Pflegeprozessdokumentation	66
Tabelle 8: Dokumentationsumfang, Dokumentationskosten und deren Bedeutung für die Relevanz der natürlichen Zufallsschwankungen	120
Tabelle 9: Falschdokumentation – Leistungsaufwand und Entlohnung bei sicherer Aufdeckung des Regelverstoßes in der Folgeperiode	148
Tabelle 10: Falschdokumentation – Leistungsaufwand und Entlohnung bei unsicherer Aufdeckung des Regelverstoßes in der Folgeperiode	151
Tabelle 11: Thesen für eine erfolgreiche Pflegeprozessdokumentation	161
Tabelle 12: Erhebung Pflegebedarfen und -leistungen aus den Pflegedokumentationen – Auswahl von Variablen und deren Operationalisierung durch Elementarleistungen	185
Tabelle 13: Übersicht über mögliche Fehler in empirischen Erhebungen (Auswahl)	189
Tabelle 14: Wegen unplausibler Angaben zur Dokumentationsauswertung aus dem Rohdatensatz entfernte Fälle des ambulanten Teildatensatzes	192
Tabelle 15: Wegen unplausibler Angaben zur Dokumentationsauswertung aus dem Rohdatensatz entfernte Fälle des stationären Teildatensatzes	192
Tabelle 16: Verteilung des Datensatzes nach nationalen Teildatensätzen und Versorgungsformen	194
Tabelle 17: Verteilung der ambulant versorgten Klientinnen auf die beteiligten Pflegeeinrichtungen	194
Tabelle 18: Verteilung der stationär versorgten Klientinnen auf die beteiligten Pflegeeinrichtungen	194
Tabelle 19: Ausgewertete Dokumentationen pro Erheberin (ambulant versorgte Klientinnen)	195
Tabelle 20: Ausgewertete Dokumentationen pro Erheberin (stationär versorgte Klientinnen)	196
Tabelle 21: Ermittelte Indikatoren zur Vollständigkeit der Pflegedokumentation	198
Tabelle 22: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der höchsten Vollständigkeit – ambulant versorgte Klientinnen	199
Tabelle 23: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der geringsten Vollständigkeit – ambulant versorgte Klientinnen	200



Tabelle 24: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der höchsten Vollständigkeit – stationär versorgte Klientinnen.....	200
Tabelle 25: Fünf Einzelvariablen der Pflegebedarfsdokumentation mit der geringsten Vollständigkeit – stationär versorgte Klientinnen.....	201
Tabelle 26: Unterschiede zwischen der standardisierten Entropie und dem Herfindahl-Index zur Messung der Ausgewogenheit der Pflegebedarfsdokumentation .....	202
Tabelle 27: Unterschiede zwischen der standardisierten Entropie und dem Herfindahl-Index zur Messung der Ausgewogenheit der Durchführungsdokumentation .....	203
Tabelle 28: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Ausgewogenheit der Dokumentation nach Ländern (ambulant versorgte Klientinnen) .....	203
Tabelle 29: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Ausgewogenheit der Dokumentation nach Ländern (stationär versorgte Klientinnen).....	203
Tabelle 30: Variablen der Pflegebedarfsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der ambulant versorgten Klientinnen	204
Tabelle 31: Variablen der Pflegebedarfsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der stationär versorgten Klientinnen	205
Tabelle 32: Möglichkeiten der (Nicht-)Kongruenz von Aussagen zu Pflegebedarfen zwischen der Aufzeichnung in der Pflegedokumentation und den Aussagen der Klientin .....	206
Tabelle 33: Variablen der Pflegedurchführungsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der ambulant versorgten Klientinnen	207
Tabelle 34: Variablen der Pflegedurchführungsdokumentation zur Berechnung der Kongruenz zwischen der Dokumentation und den Aussagen der stationär versorgten Klientinnen	207
Tabelle 35: Ermittelte Indikatoren zur Kongruenz zwischen den Inhalten der Pflegedokumentationen und den Aussagen der Klientinnen.....	208
Tabelle 36: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Kongruenz mit den Aussagen der Klientinnen der Dokumentation nach Ländern (ambulant versorgte Klientinnen) .....	209
Tabelle 37: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Kongruenz der Dokumentation mit den Aussagen der Klientinnen nach Ländern (stationär versorgte Klientinnen) .....	209
Tabelle 38: Zusammenhang zwischen der Vollständigkeit und der Kongruenz der Dokumentation .....	210
Tabelle 39: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zum Managementkonzept (ambulant versorgte Klientinnen).....	213
Tabelle 40: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zum Managementkonzept (stationär versorgte Klientinnen).....	214
Tabelle 41: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen).....	219
Tabelle 42: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	220
Tabelle 43: Variablen zur Beurteilung der Pflegequalität aus professioneller Perspektive anhand der Pflegedokumentationen (ambulant und stationär versorgte Klientinnen) ...	221
Tabelle 44: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (ambulant versorgte Klientinnen).....	222
Tabelle 45: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur dokumentierten Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen).....	223

Tabelle 46: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (stationär versorgte Klientinnen).....	224
Tabelle 47: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur dokumentierten Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen).....	224
Tabelle 48: Variablen zur subjektiven Pflegezufriedenheit aus der Klientinnenbefragung (ambulant versorgte Klientinnen).....	227
Tabelle 49: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (ambulant versorgte Klientinnen).....	228
Tabelle 50: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur subjektiven Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen).....	228
Tabelle 51: Variablen zur subjektiven Pflegezufriedenheit aus der Klientinnenbefragung (stationär versorgte Klientinnen).....	229
Tabelle 52: Vier-Faktor-Lösung der Faktorenanalyse zur dokumentierten Pflegequalität – besonders hoch ladende Variablen (stationär versorgte Klientinnen).....	230
Tabelle 53: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur subjektiven Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen).....	230
Tabelle 54: Variablen zur pflegebezogenen Lebensqualität (WHOQOL-Bref) aus der Klientinnenbefragung (ambulant und stationär versorgte Klientinnen).....	231
Tabelle 55: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen).....	231
Tabelle 56: Anzahl der Fälle mit Indikatoren zur Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen).....	232
Tabelle 57: Vorgehen bei der Zusammenstellung der Einzelbeziehungen aus den Abschnitten 7.1 bis 7.3 .....	272
Tabelle 58: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zum Klientenhintergrund (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> ).....	344
Tabelle 59: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zum Klientenhintergrund (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> ).....	344
Tabelle 60: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Physisch/funktional (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> ) .....	345
Tabelle 61: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Umwelt (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> ).....	346
Tabelle 62: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Psychisch (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> ).....	346
Tabelle 63: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Sozial (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> ) .....	346
Tabelle 64: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Physisch/funktional (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> ) .....	347

Tabelle 65: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Umwelt (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	347
Tabelle 66: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Psychisch (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	348
Tabelle 67: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Sozial (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	348
Tabelle 68: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Physisch/funktional (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> )	349
Tabelle 69: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Umwelt (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> )	350
Tabelle 70: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Psychisch (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> )	350
Tabelle 71: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Sozial (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> )	350
Tabelle 72: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Physisch/funktional (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	351
Tabelle 73: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Umwelt (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	351
Tabelle 74: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Psychisch (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	352
Tabelle 75: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Sozial (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	352
Tabelle 76: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegeevaluation (ambulant versorgte Klientinnen, <b>n = 664</b> )	352
Tabelle 77: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegeevaluation (stationär versorgte Klientinnen, <b>n = 753</b> )	353
Tabelle 78: Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)	354
Tabelle 79: Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)	355
Tabelle 80: Einfluss des Managementkonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)	356
Tabelle 81: Einfluss des Managementkonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)	357

Tabelle 82: Einfluss des Managementkonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	357
Tabelle 83: Einfluss des Managementkonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	358
Tabelle 84: Einfluss der Verfahren auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	359
Tabelle 85: Einfluss der Verfahren auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	360
Tabelle 86: Einfluss der Verfahren auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	361
Tabelle 87: Einfluss der Verfahren auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	361
Tabelle 88: Einfluss der Verfahren auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	362
Tabelle 89: Einfluss der Verfahren auf die Kongruenz der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	362
Tabelle 90: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	363
Tabelle 91: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	364
Tabelle 92: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	365
Tabelle 93: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	365
Tabelle 94: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	366
Tabelle 95: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	367
Tabelle 96: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	368
Tabelle 97: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	369
Tabelle 98: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	369
Tabelle 99: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen).....	370
Tabelle 100: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen).....	370
Tabelle 101: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen).....	371
Tabelle 102: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	372
Tabelle 103: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen).....	373

Tabelle 104: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	373
Tabelle 105: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen).....	374
Tabelle 106: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	374
Tabelle 107: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen).....	375
Tabelle 108: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	376
Tabelle 109: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen).....	377
Tabelle 110: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	378
Tabelle 111: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	379
Tabelle 112: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen) .....	380
Tabelle 113: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	381
Tabelle 114: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen) .....	382
Tabelle 115: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	383
Tabelle 116: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen).....	383
Tabelle 117: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (stationär versorgte Klientinnen).....	384
Tabelle 118: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen).....	385
Tabelle 119: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen).....	386
Tabelle 120: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen).....	387
Tabelle 121: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen).....	387
Tabelle 122: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen).....	388
Tabelle 123: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen).....	388
Tabelle 124: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (ambulant versorgte Klientinnen).....	389
Tabelle 125: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (stationär versorgte Klientinnen).....	390

Tabelle 126: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (ambulant versorgte Klientinnen).....	390
Tabelle 127: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (stationär versorgte Klientinnen).....	391
Tabelle 128: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (ambulant versorgte Klientinnen).....	391
Tabelle 129: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (stationär versorgte Klientinnen).....	391
Tabelle 130: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (ambulant versorgte Klientinnen).....	392
Tabelle 131: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (stationär versorgte Klientinnen).....	393
Tabelle 132: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (ambulant versorgte Klientinnen).....	393
Tabelle 133: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (stationär versorgte Klientinnen).....	394
Tabelle 134: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (ambulant versorgte Klientinnen).....	394
Tabelle 135: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (stationär versorgte Klientinnen).....	395
Tabelle 136: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen).....	396
Tabelle 137: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen).....	397
Tabelle 138: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen).....	397
Tabelle 139: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen).....	398
Tabelle 140: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen).....	398
Tabelle 141: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen).....	399

# Anhang

## **Anhang 1: Indizes zur Vollständigkeit der Dokumentation ..... 344**

Anhang 1a: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegeanamnese-Dokumentation ..... 344

Anhang 1b: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegeplan-Dokumentation ..... 345

Anhang 1c: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegedurchführungs-Dokumentation ..... 349

Anhang 1d: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegeevaluations-Dokumentation ..... 352

## **Anhang 2: Voraussetzungen für die Pflegedokumentation: Input ..... 354**

Anhang 2a: Managementkonzept (Regressionsmodelle) ..... 354

Anhang 2b: Verfahren (Regressionsmodelle) ..... 359

Anhang 2c: Einrichtungsressourcen (Regressionsmodelle) ..... 363

Anhang 2d: Kooperationskonzept (Regressionsmodelle) ..... 367

## **Anhang 3: Objektiver professioneller Output..... 371**

Anhang 3a: Effektivität (Regressionsmodelle) ..... 371

Anhang 3b: Effizienz (Regressionsmodelle)..... 375

Anhang 3c: Klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit (Regressionsmodelle) ..... 380

Anhang 3d: Dokumentierte Pflegequalität (Regressionsmodelle) ..... 385

Anhang 3e: Externe Kooperation (Regressionsmodelle) ..... 389

## **Anhang 4: Subjektiver klientinnenbezogener Output..... 392**

Anhang 4a: Zufriedenheit der Klientinnen mit der Pflegequalität (Regressionsmodelle) ..... 392

Anhang 4b: Pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen (Regressionsmodelle)..... 396

## Anhang 1: Indizes zur Vollständigkeit der Dokumentation

### Anhang 1a: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegeanamnese-Dokumentation

**Tabelle 58: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zum Klientenhintergrund (ambulant versorgte Klientinnen,  $n = 664$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Existenz eines informellen Netzwerks	543	111	10
Stellung des/der wichtigsten Helfers/in	491	162	11
Häufigkeit informeller Kontakte	349	299	16
Informelle Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen, Aktivitäten und der persönlichen Pflege	446	192	26
Informelle Unterstützung an der gesundheitsbezogenen Pflege	370	252	42
Informelle Unterstützung an der psychosozialen Unterstützung	349	221	94

**Tabelle 59: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zum Klientenhintergrund (stationär versorgte Klientinnen,  $n = 753$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Existenz eines informellen Netzwerks	663	86	4
Stellung des/der wichtigsten Helfers/in	638	98	17
Häufigkeit informeller Kontakte	484	265	4
Informelle Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen, Aktivitäten und der persönlichen Pflege	423	300	30
Informelle Unterstützung an der gesundheitsbezogenen Pflege	396	333	24
Informelle Unterstützung an der psychosozialen Unterstützung	421	305	27



## Anhang 1b: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegeplan-Dokumentation

**Tabelle 60: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Physisch/funktional (ambulant versorgte Klientinnen,  $n = 664$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Medikation	575	81	8
Wundbehandlung/Druckgeschwür	495	163	6
Gewicht/Ernährung	484	175	5
Dehydration	452	206	6
Sturzprophylaxe	442	171	51
Schmerzmanagement	410	201	53
Blutzucker	517	142	5
Atmung	470	187	7
HerzKreislauf	491	167	6
Hören	502	157	5
Sehen	495	164	5
Kommunikation	470	189	5
Delirium	454	205	5
Gedächtnis	480	179	5
Fortbewegen in der Wohnung	561	95	8
Waschen	585	71	8
An- und Ausziehen	490	28	146
Ins Bett gehen und aufstehen	552	105	7
Zehennägel schneiden	457	199	8
Essen/trinken	561	94	9
Ausscheiden, Toilette	548	110	6
Zahn- und Mundpflege	507	150	7
Haut- und Haarpflege	503	154	7

**Tabelle 61: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Umwelt (ambulant versorgte Klientinnen, n = 664)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Kochen	500	159	5
Tägliches Reinemachen	449	209	6
Wäsche waschen	444	215	5
Großreinemachen	368	290	6
Andere Tätigkeiten im Haushalt	304	353	7
Fortbewegen außerhalb der Wohnung	493	165	6
Einkaufen und laufende Erledigungen	469	189	6
Finanzielle Angelegenheiten erledigen	397	260	7
Fest installiertes Alarmsystem	422	235	7
Persönliches Alarmsystem	358	254	52
Andere Sicherheitstechnologien	382	275	7
Wohnraumanpassung	451	207	6
Transport	360	295	9
Rechtliche Beratung (Vermittlung)	318	339	7

**Tabelle 62: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Psychisch (ambulant versorgte Klientinnen, n = 664)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Depression	452	207	5
Psychologische Beratung (Vermittlung)	327	330	7
Emotionale Unterstützung	447	208	9
Ermutigung/Anleitung zu selbstständiger täglicher Pflege	432	224	8
Spirituelle und religiöse Aktivitäten (Vermittlung)	181	476	7
Sterbebegleitung	445	211	8

**Tabelle 63: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Sozial (ambulant versorgte Klientinnen, n = 664)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Soziale Beratung (Vermittlung)	328	328	8
Persönliche Freizeitgestaltung Zuhause	462	195	7
Freizeitaktivitäten außer Haus	425	231	8
Kontakt mit anderen	459	196	9

**Tabelle 64: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Physisch/funktional (stationär versorgte Klientinnen,  $n = 753$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Medikation	564	188	1
Wundbehandlung/Druckgeschwür	649	104	0
Gewicht/Ernährung	623	129	1
Dehydration	565	186	2
Sturzprophylaxe	574	178	1
Schmerzmanagement	497	251	5
Blutzucker	631	120	2
Atmung	627	126	0
HerzKreislauf	614	137	2
Hören	646	107	0
Sehen	632	121	0
Kommunikation	623	130	0
Delirium	555	197	1
Gedächtnis	621	131	1
Fortbewegen in der Wohnung	683	68	2
Waschen	718	34	1
An- und Ausziehen	711	41	1
Ins Bett gehen und aufstehen	651	100	2
Zehennägel schneiden	587	146	20
Essen/trinken	703	38	12
Ausscheiden, Toilette	710	41	2
Zahn- und Mundpflege	650	103	0
Haut- und Haarpflege	674	78	1

**Tabelle 65: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Umwelt (stationär versorgte Klientinnen,  $n = 753$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Kochen	515	236	2
Tägliches Reinemachen	474	277	2
Wäsche waschen	493	258	2
Großreinemachen	486	265	2
Andere Tätigkeiten im Haushalt	363	390	0
Fortbewegen außerhalb der Wohnung	455	293	5
Einkaufen und laufende Erledigungen	320	433	0
Finanzielle Angelegenheiten erledigen	381	367	5
Fest installiertes Alarmsystem	378	373	2
Persönliches Alarmsystem	322	431	0
Andere Sicherheitstechnologien	319	432	2
Wohnraumanpassung	358	390	5
Transport	220	533	0
Rechtliche Beratung (Vermittlung)	302	447	4

**Tabelle 66: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Psychisch (stationär versorgte Klientinnen, n = 753)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Depression	569	184	0
Psychologische Beratung (Vermittlung)	309	439	5
Emotionale Unterstützung	613	138	2
Ermutigung/Anleitung zu selbstständiger täglicher Pflege	613	136	4
Spirituelle und religiöse Aktivitäten (Vermittlung)	474	278	1
Sterbebegleitung	441	308	4

**Tabelle 67: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index der Pflegebedarfe in der Pflegedimension Sozial (stationär versorgte Klientinnen, n = 753)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Soziale Beratung (Vermittlung)	366	383	4
Persönliche Freizeitgestaltung	557	192	4
Gruppenangebote in der Einrichtung	555	195	3
Veranstaltungen in der Einrichtung	534	216	3
Freizeitveranstaltungen außerhalb der Einrichtung	468	284	1
Kontakte außerhalb der Einrichtung	476	275	2

## Anhang 1c: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegedurchführungs-Dokumentation

**Tabelle 68: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Physisch/funktional (ambulant versorgte Klientinnen,  $n = 664$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Medikation	564	89	11
Wundbehandlung/Druckgeschwür	491	166	7
Gewicht/Ernährung	459	196	9
Dehydration	434	220	10
Sturzprophylaxe	428	183	53
Schmerzmanagement	392	218	54
Blutzucker	513	141	10
Atmung	440	208	16
HerzKreislauf	477	179	8
Hören	475	181	8
Sehen	461	196	7
Kommunikation	445	210	9
Delirium	430	225	9
Gedächtnis	438	216	10
Fortbewegen in der Wohnung	533	121	10
Waschen	555	102	7
An- und Ausziehen	485	30	149
Ins Bett gehen und aufstehen	526	127	11
Zehennägel schneiden	448	204	12
Essen/trinken	535	116	13
Ausscheiden, Toilette	528	128	8
Zahn- und Mundpflege	506	147	11
Haut- und Haarpflege	487	167	10

**Tabelle 69: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Umwelt (ambulant versorgte Klientinnen, n = 664)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Kochen	490	166	8
Tägliches Reinemachen	450	205	9
Wäsche waschen	441	214	9
Großreinemachen	349	301	14
Andere Tätigkeiten im Haushalt	294	355	15
Fortbewegen außerhalb der Wohnung	445	210	9
Einkaufen und laufende Erledigungen	456	200	8
Finanzielle Angelegenheiten erledigen	386	271	7
Fest installiertes Alarmsystem	262	152	250
Persönliches Alarmsystem	370	232	62
Andere Sicherheitstechnologien	412	235	17
Wohnraumanpassung	452	201	11
Transport	341	313	10
Rechtliche Beratung (Vermittlung)	307	345	12

**Tabelle 70: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Psychisch (ambulant versorgte Klientinnen, n = 664)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Depression	420	235	9
Psychologische Beratung (Vermittlung)	311	338	15
Emotionale Unterstützung	410	242	12
Ermutigung/Anleitung zu selbstständiger täglicher Pflege	402	250	12
Spirituelle und religiöse Aktivitäten (Vermittlung)	158	494	12
Sterbebegleitung	438	213	13

**Tabelle 71: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Sozial (ambulant versorgte Klientinnen, n = 664)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Soziale Beratung (Vermittlung)	316	333	15
Persönliche Freizeitgestaltung Zuhause	427	220	17
Freizeitaktivitäten außer Haus	391	257	16
Kontakt mit anderen	432	223	9

**Tabelle 72: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Physisch/funktional (stationär versorgte Klientinnen, n = 753)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Medikation	594	157	2
Wundbehandlung/Druckgeschwür	618	132	3
Gewicht/Ernährung	603	147	3
Dehydratation	552	192	9
Sturzprophylaxe	562	187	4
Schmerzmanagement	480	268	5
Blutzucker	585	165	3
Atmung	601	150	2
HerzKreislauf	599	153	1
Hören	569	182	2
Sehen	565	184	4
Kommunikation	574	171	8
Delirium	519	225	9
Gedächtnis	590	161	2
Fortbewegen in der Wohnung	637	114	2
Waschen	676	72	5
An- und Ausziehen	657	91	5
Ins Bett gehen und aufstehen	621	127	5
Zehennägel schneiden	583	143	27
Essen/trinken	659	85	9
Ausscheiden, Toilette	680	71	2
Zahn- und Mundpflege	581	168	4
Haut- und Haarpflege	650	100	3

**Tabelle 73: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Umwelt (stationär versorgte Klientinnen, n = 753)**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Kochen	584	168	1
Tägliches Reinemachen	568	182	3
Wäsche waschen	580	170	3
Großreinemachen	569	181	3
Andere Tätigkeiten im Haushalt	421	331	1
Fortbewegen außerhalb der Wohnung	428	317	8
Einkaufen und laufende Erledigungen	315	435	3
Finanzielle Angelegenheiten erledigen	395	352	6
Fest installiertes Alarmsystem	482	269	2
Persönliches Alarmsystem	385	365	3
Andere Sicherheitstechnologien	382	366	5
Wohnraumanpassung	468	279	6
Transport	243	507	3
Rechtliche Beratung (Vermittlung)	348	400	5

**Tabelle 74: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Psychisch (stationär versorgte Klientinnen,  $n = 753$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Depression	528	221	4
Psychologische Beratung (Vermittlung)	349	398	6
Emotionale Unterstützung	529	221	3
Ermutigung/Anleitung zu selbstständiger täglicher Pflege	535	211	7
Spirituelle und religiöse Aktivitäten (Vermittlung)	393	357	3
Sterbebegleitung	478	268	7

**Tabelle 75: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegedurchführung in der Pflegedimension Sozial (stationär versorgte Klientinnen,  $n = 753$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Soziale Beratung (Vermittlung)	407	341	5
Persönliche Freizeitgestaltung	466	281	6
Gruppenangebote in der Einrichtung	493	255	5
Veranstaltungen in der Einrichtung	479	270	4
Freizeitveranstaltungen außerhalb der Einrichtung	410	342	1
Kontakte außerhalb der Einrichtung	431	319	3

## **Anhang 1d: Variablen zur Vollständigkeit der Pflegeevaluations-Dokumentation**

**Tabelle 76: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegeevaluation (ambulant versorgte Klientinnen,  $n = 664$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Einnahme von Schlaftabletten	491	163	10
Gewichtsverlust	263	392	9
Sturz	320	337	7
Druckgeschwüre	351	307	6
Schmerzen	403	246	15



**Tabelle 77: Variablen zur Berechnung eines Dokumentationsvollständigkeits-Index zur Pflegeevaluation (stationär versorgte Klientinnen,  $n = 753$ )**

Variable	Information in der Dokumentation ...		Fehler bei Datenerhebung
	enthalten	fehlend	
Einnahme von Schlaftabletten	625	128	0
Gewichtsverlust	523	221	9
Sturz	562	189	2
Druckgeschwüre	582	171	0
Schmerzen	569	183	1

## Anhang 2: Voraussetzungen für die Pflegedokumentation: Input

### Anhang 2a: Managementkonzept (Regressionsmodelle)

**Tabelle 78: Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	117	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	115	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	117	Allgemeine Standards	0,037	0,212	0,021	0,021
	Bedarfe, Dim. Umwelt	117	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	117	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	115	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	117	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	117	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	117	---				
EST	Evaluation	117	Allgemeine Standards	0,107	0,339	0,000	0,000
	Anamnese	83	Besondere Standards	0,366	0,611	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	83	Besondere Standards	0,384	0,856	0,000	0,000
			Allgemeine Standards		-0,405	0,002	
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	83	Besondere Standards	0,507	0,885	0,000	0,000
			Allgemeine Standards		-0,262	0,021	
	Bedarfe, Dim. Umwelt	83	Besondere Standards	0,124	0,123	0,001	0,001
	Bedarfe, Dim. Psychisch	83	Besondere Standards	0,400	0,919	0,000	0,000
			Allgemeine Standards		-0,724	0,000	
	Durchführung, Dim. Sozial	83	Besondere Standards	0,267	0,525	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	83	Besondere Standards	0,308	0,562	0,000	0,000
			Allgemeine Standards		-0,637	0,000	
FIN	Durchführung, Dim. Umwelt	83	Besondere Standards	0,064	0,275	0,012	0,012
	Durchführung, Dim. Psychisch	83	Besondere Standards	0,333	0,847	0,000	0,000
			Allgemeine Standards		-0,637	0,000	
	Evaluation	83	Besondere Standards	0,443	0,835	0,000	0,000
			Allgemeine Standards		-0,256	0,034	
	Anamnese	34	Allgemeine Standards	0,105	-0,363	0,035	0,035
	Bedarfe, Dim. Sozial	34	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	34	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	34	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	34	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	34	---				
Durchführung, Dim. Physisch/funktional	34	---					
Durchführung, Dim. Umwelt	34	---					
Durchführung, Dim. Psychisch	34	Besondere Standards	0,110	-0,370	0,031	0,031	
Evaluation	34	---					

Fortsetzung, s. nächste Seite!

**Fortsetzung: Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
SWE	Anamnese	48	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	48	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	48	Allgemeine Standards	0,064	-0,289	0,046	0,046
	Bedarfe, Dim. Psychisch	48	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	48	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	48	Allgemeine Standards	0,075	-0,307	0,034	0,034
	Durchführung, Dim. Psychisch	48	---				
Evaluation	48	---					

**Tabelle 79: Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	149	Soziale Standards	0,024	0,176	0,032	0,032
	Bedarfe, Dim. Sozial	149	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	149	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	149	Soziale Standards	0,082	-0,297	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	149	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	149	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	149	Allgemeine Standards	0,029	0,188	0,022	0,022
	Durchführung, Dim. Umwelt	149	Soziale Standards	0,103	-0,330	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	149					
EST	Evaluation	149	Allgemeine Standards Soziale Standards	0,139	0,469 -0,252	0,000 0,007	0,000
	Anamnese	138	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	Soziale Standards Allgemeine Standards	0,550	0,626 0,257	0,000 0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	Soziale Standards Allgemeine Standards	0,303	0,585 -0,228	0,000 0,003	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	Soziale Standards	0,022	0,170	0,047	0,047
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	Soziale Standards	0,326	0,575	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	138	Allgemeine Standards Soziale Standards	0,136	-0,286 -0,185	0,001 0,028	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	Soziale Standards	0,122	0,358	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	---				
Durchführung, Dim. Psychisch	138	Soziale Standards Allgemeine Standards	0,046	0,229 -0,181	0,010 0,041	0,016	
Evaluation	138	Soziale Standards Allgemeine Standards	0,435	0,574 0,205	0,000 0,003	0,000	

**Fortsetzung, s. nächste Seite!**

**Fortsetzung: Einfluss des Managementkonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
FIN	Anamnese	64	Allgemeine Standards	0,166	-0,423	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	64	Allgemeine Standards Soziale Standards	0,416	-0,936 0,579	0,000 0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	64	Allgemeine Standards	0,105	-0,346	0,005	0,005
	Bedarfe, Dim. Umwelt	64	Allgemeine Standards Soziale Standards	0,638	-1,008 0,329	0,000 0,004	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	64	Allgemeine Standards Soziale Standards	0,441	-0,919 0,440	0,000 0,002	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	64	Allgemeine Standards	0,264	-0,525	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	64	Allgemeine Standards	0,164	-0,421	0,001	0,001
	Durchführung, Dim. Umwelt	64	Allgemeine Standards	0,591	-0,773	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	64	Allgemeine Standards	0,321	-0,576	0,000	0,000
	Evaluation	64	Soziale Standards	0,070	-0,291	0,020	0,020
SWE	Anamnese	138	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	Allgemeine Standards	0,024	-0,177	0,037	0,037
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	Allgemeine Standards	0,044	-0,226	0,008	0,008
	Durchführung, Dim. Sozial	138	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	Allgemeine Standards	0,038	0,212	0,012	0,012
	Durchführung, Dim. Psychisch	138	---				
	Evaluation	138	Allgemeine Standards	0,046	0,229	0,007	0,007

**Tabelle 80: Einfluss des Managementkonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	115	Allgemeine Standards	0,030	0,196	0,035	0,035
	Durchführung	115	Allgemeine Standards	0,032	0,200	0,032	0,032
EST	Bedarfe	77	Besondere Standards Allgemeine Standards	0,378	0,827 -0,426	0,000 0,001	0,000
	Durchführung	76	Besondere Standards	0,235	0,495	0,000	0,000
FIN	Bedarfe	34	---				
	Durchführung	34	---				
SWE	Bedarfe	47	---				
	Durchführung	47	---				

**Tabelle 81: Einfluss des Managementkonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	148	---				
	Durchführung	149	---				
EST	Bedarfe	122	Soziale Standards	0,125	0,364	0,000	0,000
	Durchführung	108	Soziale Standards	0,058	-0,258	0,007	0,007
FIN	Bedarfe	64	Allgemeine Standards Soziale Standards	0,219	-0,695 0,405	0,000 0,014	0,000
	Durchführung	64	Allgemeine Standards	0,064	-0,281	0,024	0,024
SWE	Bedarfe	138	---				
	Durchführung	138	---				

**Tabelle 82: Einfluss des Managementkonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	84	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	62	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	62	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	65	---				
EST	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	46	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	25	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	22	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	15	Allgemeine Standards Besondere Standards	0,933	-1,164 0,261	0,000 0,040	0,000
FIN	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	34	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	34	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	22	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	30	---				
SWE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	39	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	39	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	25	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	32	---				

**Tabelle 83: Einfluss des Managementkonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Managementkonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	86	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	47	---				
EST	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	76	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	25	Soziale Standards	0,239	-0,521	0,008	0,008
FIN	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	41	Soziale Standards	0,123	-0,381	0,014	0,014
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	40	---				
SWE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	31	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	19	---				

## Anhang 2b: Verfahren (Regressionsmodelle)

**Tabelle 84: Einfluss der Verfahren auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Managementverfahren: unabhängige Variable	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	117	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	115	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	117	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	117	Verfahren	0,054	0,250	0,007	0,007
	Bedarfe, Dim. Psychisch	117	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	115	Verfahren	0,049	0,239	0,010	0,010
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	117	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	117	Verfahren	0,099	0,327	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	117	Verfahren	0,025	0,184	0,047	0,047
	Evaluation	117	---				
EST	Anamnese	83	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	83	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	83	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	83	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	83	Verfahren	0,069	-0,284	0,009	0,009
	Durchführung, Dim. Sozial	83	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	83	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	83	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	83	---				
	Evaluation	83	---				
FIN	Anamnese	34	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	34	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	34	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	34	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	34	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	34	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	34	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	34	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	34	---				
	Evaluation	34	Verfahren	0,189	-0,463	0,006	0,006
SWE	Anamnese	48	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	48	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	48	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	48	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	48	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	48	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	48	---				
	Evaluation	48	---				

**Tabelle 85: Einfluss der Verfahren auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Verfahren: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	149	Pflegerische Verf. Medizinische Verf.	0,138	0,321 0,217	0,000 0,005	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	149	Pflegerische Verf.	0,267	0,522	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	149	Pflegerische Verf. Medizinische Verf.	0,341	0,541 0,239	0,000 0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	149	Pflegerische Verf.	0,535	0,734	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	149	Pflegerische Verf.	0,271	0,526	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	149	Pflegerische Verf.	0,276	0,530	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	149	Pflegerische Verf. Medizinische Verf.	0,334	0,524 0,263	0,000 0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	149	Pflegerische Verf.	0,409	0,642	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	149	Pflegerische Verf.	0,231	0,486	0,000	0,000
Evaluation	149	Pflegerische Verf. Medizinische Verf.	0,343	0,471 0,361	0,000 0,000	0,000	
EST	Anamnese	138	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	Pflegerische Verf.	0,319	0,569	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	Medizinische Verf.	0,371	0,613	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	Medizinische Verf.	0,315	0,565	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	138	Pflegerische Verf.	0,034	-0,202	0,018	0,018
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	Medizinische Verf.	0,160	0,408	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	138	Medizinische Verf.	0,067	0,272	0,001	0,001
Evaluation	138	Medizinische Verf.	0,294	0,547	0,000	0,000	
FIN	Anamnese	64	Medizinische Verf.	0,082	0,311	0,012	0,012
	Bedarfe, Dim. Sozial	64	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	64	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	64	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	64	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	64	Medizinische Verf.	0,065	0,283	0,024	0,024
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	64	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	64	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	64	---				
Evaluation	64	---					
SWE	Anamnese	138	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	Pflegerische Verf.	0,047	-0,232	0,006	0,006
	Durchführung, Dim. Sozial	138	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	Pflegerische Verf.	0,048	0,233	0,006	0,006
	Durchführung, Dim. Psychisch	138	---				
Evaluation	138	Pflegerische Verf.	0,040	0,217	0,010	0,010	



**Tabelle 86: Einfluss der Verfahren auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Managementverfahren: unabhängige Variable	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	115	---				
	Durchführung	115	---				
EST	Bedarfe	77	Verfahren	0,051	-0,252	0,027	0,027
	Durchführung	76	---				
FIN	Bedarfe	34	---				
	Durchführung	34	---				
SWE	Bedarfe	47	---				
	Durchführung	47	---				

**Tabelle 87: Einfluss der Verfahren auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Verfahren: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	148	Pflegerische Verf.	0,145	0,388	0,000	0,000
	Durchführung	149	Pflegerische Verf.	0,099	0,324	0,000	0,000
EST	Bedarfe	122	Medizinische Verf.	0,166	0,416	0,000	0,000
	Durchführung	108	Pflegerische Verf.	0,036	-0,212	0,027	0,027
FIN	Bedarfe	64	---				
	Durchführung	64	---				
SWE	Bedarfe	138	---				
	Durchführung	138	---				

**Tabelle 88: Einfluss der Verfahren auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Verfahren: unabhängige Variable	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	84	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	62	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	62	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	65	Verfahren	0,115	-0,359	0,003	0,003
EST	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	46	Verfahren	0,089	-0,331	0,025	0,025
	Bedarfe, Dim. Umwelt	25	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	22	Verfahren	0,271	-0,553	0,008	0,008
	Durchführung, Dim. Umwelt	15	---				
FIN	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	35	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	34	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	22	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	30	---				
SWE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	39	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	39	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	25	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	32	---				

**Tabelle 89: Einfluss der Verfahren auf die Kongruenz der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Verfahren: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	86	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	47	---				
EST	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	76	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	25	Medizinische Verf.	0,289	-0,564	0,003	0,003
FIN	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	41	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	40	---				
SWE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	31	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	19	---				

## Anhang 2c: Einrichtungsressourcen (Regressionsmodelle)

**Tabelle 90: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Indikator für die Einrichtungsressourcen: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	117	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	115	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	117	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	117	Sachmittel	0,036	-0,209	0,023	0,023
	Bedarfe, Dim. Psychisch	117					
	Durchführung, Dim. Sozial	115					
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	117					
	Durchführung, Dim. Umwelt	117					
	Durchführung, Dim. Psychisch	117					
	Evaluation	117	E-Mail-Zugang	0,025	-0,183	0,048	0,048
EST	Anamnese	77	Sachmittel E-Mail-Zugang	0,591	0,714 -0,186	0,000 0,016	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	77	E-Mail-Zugang	0,430	0,662	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	77	Sachmittel	0,627	0,795	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	77	Sachmittel	0,347	0,596	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	77	Sachmittel E-Mail-Zugang	0,229	0,395 -0,232	0,000 0,028	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	77	Sachmittel E-Mail-Zugang	0,339	0,491 -0,249	0,000 0,011	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	77	Sachmittel	0,396	0,636	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	77	Sachmittel	0,216	0,475	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	77	Sachmittel E-Mail-Zugang	0,266	0,343 -0,342	0,001 0,001	0,000
	Evaluation	77	Sachmittel	0,599	0,777	0,000	0,000
FIN	Anamnese	29	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	29	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	29	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	29	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	29	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	29	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	29	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	29	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	29	---				
	Evaluation	29	Sachmittel	0,129	-0,400	0,032	0,032
SWE	Anamnese	48	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	48	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	48	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	48	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	48	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	48	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	48	---				
	Evaluation	48	---				

**Tabelle 91: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Indikator für die Einrichtungsressourcen: unabhängige Variable	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	149	E-Mail-Zugang	0,133	-0,372	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	149	E-Mail-Zugang	0,170	-0,419	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	149	E-Mail-Zugang	0,338	-0,585	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	149	E-Mail-Zugang	0,158	-0,404	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	149	E-Mail-Zugang	0,157	-0,403	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	149	E-Mail-Zugang	0,173	-0,422	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	149	E-Mail-Zugang	0,335	-0,583	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	149	E-Mail-Zugang	0,139	-0,380	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	149	E-Mail-Zugang	0,152	-0,397	0,000	0,000
Evaluation	149	E-Mail-Zugang	0,259	-0,514	0,000	0,000	
EST	Anamnese	138	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	E-Mail-Zugang	0,036	-0,208	0,014	0,014
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	138	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	E-Mail-Zugang	0,109	0,340	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	E-Mail-Zugang	0,028	-0,188	0,027	0,027
	Durchführung, Dim. Psychisch	138	E-Mail-Zugang	0,082	0,298	0,000	0,000
Evaluation	138	---					
FIN	Anamnese	64	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	64	E-Mail-Zugang	0,329	0,583	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	64	E-Mail-Zugang	0,155	0,410	0,001	0,001
	Bedarfe, Dim. Umwelt	64	E-Mail-Zugang	0,178	0,437	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	64	E-Mail-Zugang	0,411	0,648	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	64	E-Mail-Zugang	0,159	0,415	0,001	0,001
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	64	E-Mail-Zugang	0,193	0,454	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	64	E-Mail-Zugang	0,149	0,403	0,001	0,001
	Durchführung, Dim. Psychisch	64	E-Mail-Zugang	0,259	0,520	0,000	0,000
Evaluation	64	---					
SWE	Anamnese	138	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	138	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	138	---				
Evaluation	138	---					

**Tabelle 92: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Indikator für die Einrichtungsressourcen: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	115	---				
	Durchführung	115	---				
EST	Bedarfe	74	Sachmittel	0,561	0,753	0,000	0,000
	Durchführung	73	Sachmittel	0,490	0,705	0,000	0,000
FIN	Bedarfe	29	---				
	Durchführung	29	---				
SWE	Bedarfe	47	---				
	Durchführung	47	---				

**Tabelle 93: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Indikator für die Einrichtungsressourcen: unabhängige Variable	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	148	E-Mail-Zugang	0,072	-0,280	0,001	0,001
	Durchführung	149	E-Mail-Zugang	0,094	-0,316	0,000	0,000
EST	Bedarfe	122	E-Mail-Zugang	0,076	0,289	0,001	0,001
	Durchführung	108	E-Mail-Zugang	0,262	0,518	0,000	0,000
FIN	Bedarfe	64	E-Mail-Zugang	0,145	0,398	0,001	0,001
	Durchführung	64	E-Mail-Zugang	0,046	0,247	0,049	0,049
SWE	Bedarfe	138	---				
	Durchführung	138	---				

**Tabelle 94: Einfluss der Einrichtungsressourcen auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Indikator für die Einrichtungsressourcen: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	84	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	62	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	92	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	65	---				
EST	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	43	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	22	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	22	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	15	E-Mail-Zugang	0,393	-0,661	0,007	0,007
FIN	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	29	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	29	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	19	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	26	---				
SWE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	39	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	39	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	25	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	32	---				

## Anhang 2d: Kooperationskonzept (Regressionsmodelle)

**Tabelle 95: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Kooperationskonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Stand. Koeff. ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	117	Soziale/andere Partner	0,038	0,215	0,020	0,020
	Bedarfe, Dim. Sozial	115	Soziale/andere Partner	0,032	0,200	0,032	0,032
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	117	Medizinische Partner	0,030	-0,196	0,034	0,034
	Bedarfe, Dim. Umwelt	117	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	117	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	115	Soziale/andere Partner	0,049	0,240	0,010	0,010
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	117	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	117	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	117	---				
Evaluation	117	---					
EST	Anamnese	83	Soziale/andere Partner	0,158	-0,410	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	83	Soziale/andere Partner Medizinische Partner	0,511	-0,868	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	83	Soziale/andere Partner	0,384	-0,626	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	83	Soziale/andere Partner	0,249	-0,508	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	83	Soziale/andere Partner Medizinische Partner	0,463	-0,873	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	83	Soziale/andere Partner	0,156	-0,408	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	83	Soziale/andere Partner Medizinische Partner	0,390	-0,469	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	83	Soziale/andere Partner	0,154	-0,405	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	83	Soziale/andere Partner Medizinische Partner	0,295	-0,705	0,000	0,000
	Evaluation	83	Soziale/andere Partner	0,371	-0,616	0,000	0,000
FIN	Anamnese	34	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	34	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	34	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	34	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	34	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	34	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	34	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	34	---				
	Durchführung, Dim. Psychisch	34	---				
	Evaluation	34	---				
SWE	Anamnese	48	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	48	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	48	Soziale/andere Partner	0,085	-0,324	0,025	0,025
	Bedarfe, Dim. Psychisch	48	---				
	Durchführung, Dim. Sozial	48	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	48	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	48	Soziale/andere Partner	0,097	-0,341	0,018	0,018
	Durchführung, Dim. Psychisch	48	---				
Evaluation	48	---					

**Tabelle 96: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Vollständigkeit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Kooperationskonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Anamnese	149	Medizinische Partner	0,027	-0,182	0,026	0,026
	Bedarfe, Dim. Sozial	149	Medizinische Partner	0,134	-0,374	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	149	Medizinische Partner	0,135	-0,375	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	149	Medizinische Partner	0,230	-0,485	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	149	Medizinische Partner	0,055	-0,248	0,002	0,002
	Durchführung, Dim. Sozial	149	Medizinische Partner	0,135	-0,376	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	149	Medizinische Partner	0,124	-0,360	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	149	Medizinische Partner	0,264	-0,519	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	149	Medizinische Partner	0,048	0,233	0,004	0,004
Evaluation	149	Medizinische Partner	0,174	-0,424	0,000	0,000	
EST	Anamnese	138	Medizinische Partner Soziale/andere Partner	0,138	-0,324 0,182	0,000 0,024	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	Medizinische Partner Soziale/andere Partner	0,842	-0,758 0,444	0,000 0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	Medizinische Partner	0,498	-0,708	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	Soziale/andere Partner	0,167	0,416	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	Medizinische Partner Soziale/andere Partner	0,693	-0,799 0,171	0,000 0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	138	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	Medizinische Partner	0,596	-0,774	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	Soziale/andere Partner	0,117	0,351	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	138	Medizinische Partner	0,306	-0,558	0,000	0,000
	Evaluation	138	Medizinische Partner Soziale/andere Partner	0,835	-0,855 0,248	0,000 0,000	0,000
FIN	Anamnese	64	Medizinische Partner	0,184	-0,444	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Sozial	64	Soziale/andere Partner	0,194	-0,455	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	64	Soziale/andere Partner	0,145	-0,398	0,001	0,001
	Bedarfe, Dim. Umwelt	64	Soziale/andere Partner	0,680	-0,827	0,000	0,000
	Bedarfe, Dim. Psychisch	64	Soziale/andere Partner	0,294	-0,552	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Sozial	64	Soziale/andere Partner	0,301	-0,559	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	64	Soziale/andere Partner	0,256	-0,518	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Umwelt	64	Soziale/andere Partner	0,716	-0,849	0,000	0,000
	Durchführung, Dim. Psychisch	64	Soziale/andere Partner	0,322	-0,577	0,000	0,000
	Evaluation	64	Soziale/andere Partner	0,118	-0,364	0,003	0,003
SWE	Anamnese	138	---				
	Bedarfe, Dim. Sozial	138	---				
	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	138	Medizinische Partner	0,024	-0,177	0,037	0,037
	Bedarfe, Dim. Umwelt	138	---				
	Bedarfe, Dim. Psychisch	138	Soziale/andere Partner	0,044	-0,226	0,008	0,008
	Durchführung, Dim. Sozial	138	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	138	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	138	Medizinische Partner	0,038	0,212	0,012	0,012
	Durchführung, Dim. Psychisch	138	---				
	Evaluation	138	Soziale/andere Partner	0,046	0,229	0,007	0,007



**Tabelle 97: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Kooperationskonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	115	---				
	Durchführung	115	---				
EST	Bedarfe	77	Soziale/andere Partner	0,562	-0,753	0,000	0,000
	Durchführung	76	Soziale/andere Partner	0,462	-0,685	0,000	0,000
FIN	Bedarfe	34	---				
	Durchführung	34	---				
SWE	Bedarfe	47	---				
	Durchführung	47	---				

**Tabelle 98: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Ausgewogenheit der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Kooperationskonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe	148	Medizinische Partner	0,041	-0,218	0,008	0,008
	Durchführung	149	Soziale/andere Partner	0,032	-0,196	0,016	0,016
EST	Bedarfe	122	Medizinische Partner	0,578	-0,763	0,000	0,000
	Durchführung	108	Medizinische Partner Soziale/andere Partner	0,115	-0,342 -0,238	0,000 0,013	0,001
FIN	Bedarfe	64	Medizinische Partner	0,123	-0,370	0,003	0,003
	Durchführung	64	Soziale/andere Partner	0,117	-0,362	0,003	0,003
SWE	Bedarfe	138	---				
	Durchführung	138	---				

**Tabelle 99: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Kooperationskonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	84	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	62	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	62	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	65	Soziale/andere Partner	0,075	-0,298	0,016	0,016
EST	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	46	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	25	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	22	Medizinische Partner	0,331	0,602	0,003	0,003
	Durchführung, Dim. Umwelt	15	Medizinische Partner	0,584	0,784	0,001	0,001
FIN	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	34	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	34	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	22	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	30	---				
SWE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	39	---				
	Bedarfe, Dim. Umwelt	39	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	25	---				
	Durchführung, Dim. Umwelt	32	---				

**Tabelle 100: Einfluss des Kooperationskonzepts auf die Kongruenz der Dokumentation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: abhängige Variable/n	n	Aspekt des Kooperationskonzepts: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	86	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	47	---				
EST	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	25	Medizinische Partner	0,236	0,518	0,008	0,008
FIN	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	41	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	40	---				
SWE	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	31	---				
	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	19	---				

## Anhang 3: Objektiver professioneller Output

### Anhang 3a: Effektivität (Regressionsmodelle)

**Tabelle 101: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	37	---				
	Physisch/funktional	108	---				
	Umwelt	73	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,178	-0,435	0,000	0,000
	Psychisch	60	Durchführung, Dim. Umwelt	0,067	-0,288	0,026	0,026
EST	Sozial	37	Bedarfe, Dim. Psychisch Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,334	0,517 -0,333	0,001 0,020	0,000
	Physisch/funktional	61	Bedarfe, Dim. Psychisch Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,530	0,864 -0,663	0,000 0,000	0,000
	Umwelt	31	Durchführung, Dim. Umwelt	0,273	0,545	0,002	0,002
	Psychisch	35	---				
FIN	Sozial	104	Evaluation	0,038	0,218	0,026	0,026
	Physisch/funktional	228	Durchführung, Dim. Sozial	0,058	0,250	0,000	0,000
	Umwelt	220	Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Psychisch	0,121	0,470 -0,386	0,000 0,000	0,000
	Psychisch	186	Durchführung, Dim. Umwelt	0,121	0,354	0,000	0,000
GB	Sozial	89	Durchführung, Dim. Psychisch Evaluation Bedarfe, Dim. Umwelt	0,242	0,329 -0,295 0,259	0,001 0,003 0,012	0,000
	Physisch/funktional	90	Evaluation	0,042	-0,230	0,029	0,029
	Umwelt	101	---				
	Psychisch	18	---				
SWE	Sozial	33	---				
	Physisch/funktional	45	---				
	Umwelt	46	---				
	Psychisch	23	---				

**Tabelle 102: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	96	Evaluation Durchführung, Dim. Psychisch	0,139	0,373 -0,372	0,001 0,001	0,000
	Physisch/funktional	161	Evaluation Durchführung, Dim. Psychisch	0,061	0,373 -0,246	0,001 0,022	0,003
	Umwelt	122	Durchführung, Dim. Umwelt	0,189	-0,443	0,000	0,000
	Psychisch	105	Durchführung, Dim. Umwelt Evaluation	0,060	-0,305 0,215	0,005 0,047	0,015
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	96	Bedarfe, Dim. Sozial Durchführung, Dim. Sozial	0,249	-0,427 0,283	0,000 0,002	0,000
	Umwelt	*					
	Psychisch	41	Evaluation	0,469	-0,694	0,000	0,000
FIN	Sozial	134	---				
	Physisch/funktional	154	Durchführung, Dim. Sozial Durchführung, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,264	0,213 0,550 -0,393	0,011 0,000 0,000	0,000
	Umwelt	154	---				
	Psychisch	133	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,025	0,180	0,038	0,038
GB	Sozial	107	---				
	Physisch/funktional	123	---				
	Umwelt	102	---				
	Psychisch	62	---				
SWE	Sozial	135	---				
	Physisch/funktional	167	Durchführung, Dim. Umwelt	0,032	-0,196	0,011	0,011
	Umwelt	167	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,069	-0,273	0,000	0,000
	Psychisch	160	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 103: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	37	---				
	Physisch/funktional	108	---				
	Umwelt	73	Bedarfe	0,059	-0,269	0,022	0,022
	Psychisch	60	---				
EST	Sozial	37	Bedarfe	0,262	0,531	0,001	0,001
	Physisch/funktional	61	---				
	Umwelt	31	Durchführung	0,262	0,536	0,002	0,002
	Psychisch	35	---				
FIN	Sozial	104	---				
	Physisch/funktional	228	---				
	Umwelt	220	---				
	Psychisch	186	Durchführung	0,036	0,203	0,005	0,005
GB	Sozial	89	Bedarfe	0,063	0,272	0,010	0,010
	Physisch/funktional	90	---				
	Umwelt	101	---				
	Psychisch	18	---				
SWE	Sozial	33	---				
	Physisch/funktional	45	---				
	Umwelt	46	---				
	Psychisch	23	---				

**Tabelle 104: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	96	---				
	Physisch/funktional	161	---				
	Umwelt	122	Durchführung	0,030	-0,195	0,032	0,032
	Psychisch	105	---				
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	96	Bedarfe Durchführung	0,201	-0,515 0,482	0,000 0,000	0,000
	Umwelt	*					
	Psychisch	41	Bedarfe Durchführung	0,508	-0,574 0,567	0,000 0,000	0,000
FIN	Sozial	134	---				
	Physisch/funktional	154	Durchführung	0,267	0,521	0,000	0,000
	Umwelt	154	---				
	Psychisch	133	---				
GB	Sozial	107	---				
	Physisch/funktional	123	---				
	Umwelt	102	---				
	Psychisch	62	---				
SWE	Sozial	135	---				
	Physisch/funktional	167	Durchführung	0,018	-0,154	0,047	0,047
	Umwelt	167	Bedarfe	0,027	-0,181	0,019	0,019
	Psychisch	160	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 105: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	17	---				
	Physisch/funktional	40	---				
	Umwelt	37	Durchführung, Dim. Umwelt Bedarfe, Dim. Umwelt	0,595	0,779 -0,616	0,000 0,000	0,000
	Psychisch	27	---				
FIN	Sozial	28	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,190	0,469	0,012	0,012
	Physisch/funktional	52	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,088	0,325	0,019	0,019
	Umwelt	52	---				
	Psychisch	40	Durchführung, Dim. Umwelt	0,080	0,322	0,042	0,042
SWE	Sozial	18	---				
	Physisch/funktional	25	---				
	Umwelt	25	---				
	Psychisch	15	---				

**Tabelle 106: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Effektivität der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	26	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,173	-0,453	0,020	0,020
	Physisch/funktional	50	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,064	0,288	0,043	0,043
	Umwelt	34	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,089	-0,342	0,048	0,048
	Psychisch	31	---				
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	25	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,318	0,589	0,002	0,002
	Umwelt	*					
	Psychisch	*					
FIN	Sozial	85	---				
	Physisch/funktional	94	---				
	Umwelt	94	---				
	Psychisch	81	---				
GB	Sozial	41	---				
	Physisch/funktional	45	---				
	Umwelt	39	---				
	Psychisch	27	---				
SWE	Sozial	20	---				
	Physisch/funktional	23	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,388	0,645	0,001	0,001
	Umwelt	23	---				
	Psychisch	22	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

## Anhang 3b: Effizienz (Regressionsmodelle)

**Tabelle 107: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Effizienz-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	23	---				
	Physisch/funktional	105	---				
	Umwelt	62	---				
	Psychisch	53	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,082	0,316	0,021	0,021
EST	Sozial	24					
	Physisch/funktional	61	Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Umwelt	0,122	-0,521 0,355	0,02 0,033	0,09
	Umwelt	*					
	Psychisch	34	---				
FIN	Sozial	*					
	Physisch/funktional	228	---				
	Umwelt	219	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Umwelt	0,153	0,463 -0,216	0,000 0,003	0,000
	Psychisch	181	---				
GB	Sozial	86	Durchführung, Dim. Sozial Bedarfe, Dim. Psychisch Evaluation	0,452	0,465 0,310 -0,198	0,000 0,002 0,017	0,000
	Physisch/funktional	85	---				
	Umwelt	99	Durchführung, Dim. Sozial	0,032	0,205	0,042	0,042
	Psychisch	*					
SWE	Sozial	26	---				
	Physisch/funktional	44	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,671	0,824	0,000	0,000
	Umwelt	46	---				
	Psychisch	23	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 108: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Effizienz-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	95	---				
	Physisch/funktional	161	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,066	0,268	0,001	0,001
	Umwelt	122	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,238	0,494	0,000	0,000
	Psychisch	102	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,031	-0,201	0,042	0,042
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	92	---				
	Umwelt	*					
	Psychisch	21	---				
FIN	Sozial	134	Evaluation	0,026	0,183	0,034	0,034
	Physisch/funktional	154	Evaluation	0,032	0,195	0,015	0,015
	Umwelt	154	Durchführung, Dim. Umwelt	0,036	-0,189	0,019	0,019
	Psychisch	134	Durchführung, Dim. Psychisch Bedarfe, Dim. Psychisch	0,123	0,641 -0,483	0,000 0,001	0,000
GB	Sozial	*					
	Physisch/funktional	124	---				
	Umwelt	102	Durchführung, Dim. Umwelt Bedarfe, Dim. Umwelt	0,096	-0,326 0,249	0,002 0,015	0,002
	Psychisch	60	---				
SWE	Sozial	141	Durchführung, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Psychisch Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,086	-0,242 0,210 0,162	0,004 0,013 0,049	0,002
	Physisch/funktional	167	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,024	0,174	0,025	0,025
	Umwelt	167	Durchführung, Dim. Sozial	0,027	-0,181	0,019	0,019
	Psychisch	155	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,029	-0,189	0,018	0,018

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.



**Tabelle 109: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	23	Bedarfe	0,177	0,463	0,026	0,026
	Physisch/funktional	105	---				
	Umwelt	62	---				
	Psychisch	53	---				
EST	Sozial	24	---				
	Physisch/funktional	61	---				
	Umwelt	*					
	Psychisch	34	---				
FIN	Sozial	*					
	Physisch/funktional	228	---				
	Umwelt	219	Bedarfe	0,048	0,229	0,001	0,001
	Psychisch	181	---				
GB	Sozial	86	Bedarfe	0,370	0,615	0,000	0,000
	Physisch/funktional	85	---				
	Umwelt	99	---				
	Psychisch	*					
SWE	Sozial	26	---				
	Physisch/funktional	44	Bedarfe	0,250	0,518	0,000	0,000
	Umwelt	46	---				
	Psychisch	23	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 110: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	95	---				
	Physisch/funktional	161	---				
	Umwelt	122	Bedarfe	0,064	0,269	0,003	0,003
	Psychisch	102	---				
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	92	---				
	Umwelt	*					
	Psychisch	21	---				
FIN	Sozial	134	---				
	Physisch/funktional	151	---				
	Umwelt	154	---				
	Psychisch	134	Durchführung	0,030	0,194	0,025	0,025
GB	Sozial	*					
	Physisch/funktional	124	---				
	Umwelt	102	---				
	Psychisch	60	---				
SWE	Sozial	141	---				
	Physisch/funktional	167	---				
	Umwelt	167	---				
	Psychisch	155	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 111: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Effizienz der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Effektivitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	26	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,435	0,676	0,000	0,000
	Physisch/funktional	50	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,083	0,319	0,024	0,024
	Umwelt	34	---				
	Psychisch	30	---				
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	24	---				
	Umwelt	*					
	Psychisch	*					
FIN	Sozial	85	---				
	Physisch/funktional	94	---				
	Umwelt	*					
	Psychisch	81	---				
GB	Sozial	*					
	Physisch/funktional	45	---				
	Umwelt	39	---				
	Psychisch	*					
SWE	Sozial	20	---				
	Physisch/funktional	23	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,311	0,585	0,003	0,003
	Umwelt	23	---				
	Psychisch	22	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,153	0,440	0,041	0,041

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

### Anhang 3c: Klientinnenspezifische Ressourcenverfügbarkeit (Regressionsmodelle)

**Tabelle 112: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Ressourcenverfügbarkeits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korrr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	37	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,095	-0,346	0,036	0,036
	Physisch/funktional	108	---				
	Umwelt	73	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,190	-0,448	0,000	0,000
	Psychisch	60	Durchführung, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Sozial	0,186	-0,570 0,579 -0,345	0,002 0,005 0,026	0,002
EST	Sozial	37	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,292	0,558	0,000	0,000
	Physisch/funktional	61	Bedarfe, Dim. Psychisch Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,602	0,700 -0,600	0,000 0,000	0,000
	Umwelt	31	Durchführung, Dim. Umwelt	0,347	0,607	0,000	0,000
	Psychisch	35	---				
FIN	Sozial	104	Evaluation	0,038	0,218	0,026	0,026
	Physisch/funktional	228	Durchführung, Dim. Sozial	0,059	0,251	0,000	0,000
	Umwelt	220	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,169	-0,309	0,000	0,000
			Bedarfe, Dim. Umwelt		0,408	0,000	
			Durchführung, Dim. Psychisch Evaluation		-0,304 0,189	0,002 0,050	
Psychisch	186	Durchführung, Dim. Umwelt	0,090	0,308	0,000	0,000	
GB	Sozial	89	Durchführung, Dim. Psychisch Bedarfe, Dim. Sozial	0,179	0,282 0,238	0,011 0,031	0,000
	Physisch/funktional	90	---				
	Umwelt	101	Bedarfe, Dim. Sozial	0,050	-0,245	0,014	0,014
	Psychisch	18	---				
SWE	Sozial	33	---				
	Physisch/funktional	45	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,556	-0,753	0,000	0,000
	Umwelt	46	---				
	Psychisch	23	---				

**Tabelle 113: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Ressourcenverfügbarkeits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	96	---				
	Physisch/funktional	161	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,027	-0,181	0,022	0,022
	Umwelt	122	Bedarfe, Dim. Umwelt Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,323	-0,423 -0,213	0,000 0,025	0,000
	Psychisch	105	---				
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	96	Bedarfe, Dim. Psychisch Durchführung, Dim. Psychisch	0,166	-0,596 0,330	0,000 0,015	0,000
	Umwelt	*					
	Psychisch	41	Evaluation	0,469	-0,694	0,000	0,000
FIN	Sozial	134	Evaluation	0,024	-0,176	0,042	0,042
	Physisch/funktional	154	Durchführung, Dim. Sozial	0,122	0,357	0,000	0,000
	Umwelt	154	---				
	Psychisch	133	---				
GB	Sozial	107	---				
	Physisch/funktional	123	---				
	Umwelt	102	---				
	Psychisch	62	---				
SWE	Sozial	135	---				
	Physisch/funktional	167	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,106	-0,334	0,000	0,000
	Umwelt	167	---				
	Psychisch	160	Evaluation	0,027	0,182	0,021	0,021

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 114: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Ressourcenverfügbarkeits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	37	---				
	Physisch/funktional	108	---				
	Umwelt	73	Bedarfe	0,076	-0,298	0,010	0,010
	Psychisch	60	---				
EST	Sozial	37	Bedarfe	0,305	0,569	0,000	0,000
	Physisch/funktional	61	---				
	Umwelt	31	Durchführung	0,270	0,543	0,002	0,002
	Psychisch	35	---				
FIN	Sozial	104	---				
	Physisch/funktional	228	---				
	Umwelt	220	Bedarfe	0,019	-0,154	0,023	0,023
	Psychisch	186	Durchführung	0,033	0,196	0,007	0,007
GB	Sozial	89	Bedarfe	0,064	0,273	0,010	0,010
	Physisch/funktional	90	---				
	Umwelt	101	---				
	Psychisch	18	---				
SWE	Sozial	33	---				
	Physisch/funktional	45	Bedarfe	0,129	-0,385	0,009	0,009
	Umwelt	46	---				
	Psychisch	23	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 115: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Ressourcenverfügbarkeits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	96	---				
	Physisch/funktional	161	Durchführung	0,022	-0,167	0,034	0,034
	Umwelt	122	Bedarfe	0,074	-0,286	0,001	0,001
	Psychisch	105	---				
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	96	Bedarfe Durchführung	0,100	-0,415 0,274	0,001 0,022	0,003
	Umwelt	*					
	Psychisch	41	Bedarfe Durchführung	0,508	-0,574 0,567	0,000 0,000	0,000
FIN	Sozial	134	---				
	Physisch/funktional	154	Durchführung	0,268	0,522	0,000	0,000
	Umwelt	154	---				
	Psychisch	133	---				
GB	Sozial	107	---				
	Physisch/funktional	123	---				
	Umwelt	102	---				
	Psychisch	62	---				
SWE	Sozial	135	---				
	Physisch/funktional	167	---				
	Umwelt	167	---				
	Psychisch	160	Durchführung	0,019	0,160	0,044	0,044

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 116: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Ressourcenverfügbarkeits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	17	---				
	Physisch/funktional	40	---				
	Umwelt	37	Durchführung, Dim. Umwelt Bedarfe, Dim. Umwelt	0,541	0,756 -0,571	0,000 0,000	0,000
	Psychisch	27	---				
FIN	Sozial	28	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,190	0,469	0,012	0,012
	Physisch/funktional	52	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,098	0,340	0,014	0,014
	Umwelt	52	---				
	Psychisch	40	Durchführung, Dim. Umwelt	0,088	0,333	0,036	0,036
SWE	Sozial	18	---				
	Physisch/funktional	25	---				
	Umwelt	25	---				
	Psychisch	15	---				

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.

**Tabelle 117: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Ressourcenverfügbarkeit der Pflege (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Ressourcenverfügbarkeits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	26	Durchführung, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,390	-0,516 -0,362	0,003 0,30	0,001
	Physisch/funktional	50	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,082	-0,318	0,025	0,025
	Umwelt	34	---				
	Psychisch	31	---				
EST	Sozial	*					
	Physisch/funktional	25	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,294	0,569	0,003	0,003
	Umwelt	*					
FIN	Sozial	85	---				
	Physisch/funktional	94	---				
	Umwelt	94	---				
	Psychisch	81	---				
GB	Sozial	41	---				
	Physisch/funktional	45	---				
	Umwelt	39	---				
	Psychisch	27	---				
SWE	Sozial	20	---				
	Physisch/funktional	23	---				
	Umwelt	23	---				
	Psychisch	22	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,290	-0,569	0,006	0,006

\*) Diese Modelle können wegen zu geringer Fallzahlen, nicht berechenbarer Indikator/en und/oder fehlender Varianz von Indikatoren nicht ermittelt werden.



### Anhang 3d: Dokumentierte Pflegequalität (Regressionsmodelle)

**Tabelle 118: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Dimension der dokumentierten Pflegequalität: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korrr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Klientinnenorientierung	84	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,058	0,263	0,016	0,016
	Verfahren	84	Evaluation Durchführung, Dim. Psychisch	0,347	0,401 0,327	0,000 0,001	0,000
	Umwelt	84	---				
	Kooperation/Team	84	---				
EST	Klientinnenorientierung	40	---				
	Verfahren	40	Durchführung, Dim. Sozial Durchführung, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,448	0,514 -0,546 0,404	0,02 0,01 0,17	0,000
	Umwelt	40	Bedarfe, Dim. Sozial Durchführung, Dim. Sozial	0,516	0,746 -0,728	0,000 0,000	0,000
	Kooperation/Team	40	---				
FIN	Klientinnenorientierung	226	Durchführung, Dim. Sozial Bedarfe, Dimension Umwelt	0,245	0,361 0,172	0,000 0,046	0,000
	Verfahren	226	Evaluation Durchführung, Dim. Physisch/funktional Durchführung, Dim. Umwelt Bedarfe, Dimension Psychisch Anamnese	0,180	-0,385 0,341 -0,364 0,198 0,151	0,000 0,000 0,000 0,033 0,037	0,000
	Umwelt	226	---				
	Kooperation/Team	226	Durchführung, Dim. Umwelt Anamnese Bedarfe, Dimension Psychisch	0,115	0,329 0,183 -0,194	0,000 0,011 0,021	0,000
GB	Klientinnenorientierung	129	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Sozial	0,182	0,244 0,243	0,020 0,021	0,000
	Verfahren	129	Bedarfe, Dim. Sozial	0,060	0,260	0,003	0,003
	Umwelt	129	Durchführung, Dim. Sozial Anamnese	0,443	0,464 0,343	0,000 0,000	0,000
	Kooperation/Team	129	---				
SWE	Klientinnenorientierung	18	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,387	-0,650	0,003	0,003
	Verfahren	18	Bedarfe, Dim. Sozial	0,172	0,470	0,049	0,049
	Umwelt	18	---				
	Kooperation/Team	18	---				

**Tabelle 119: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Dimension der dokumentierten Pflegequalität: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R_{korr}^2$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Klientinnenorientierung	118	Durchführung, Dim. Physisch/funktional Durchführung, Dim. Umwelt	0,235	0,566 -0,239	0,000 0,011	0,000
	Verfahren	118	Durchführung, Dim. Umwelt	0,144	-0,389	0,000	0,000
	Umwelt	118	Durchführung, Dim. Physisch/funktional Durchführung, Dim. Umwelt Bedarfe, Dim. Sozial Evaluation	0,323	0,333 -0,403 0,332 0,219	0,007 0,000 0,006 0,045	0,000
	Kooperation/Team	118	Bedarfe, Dim. Umwelt Anamnese	0,306	0,586 -0,159	0,000 0,049	0,000
EST	Klientinnenorientierung	71	Durchführung, Dim. Psychisch	0,154	0,407	0,000	0,000
	Verfahren	71	Bedarfe, Dim. Sozial	0,675	-0,824	0,000	0,000
	Umwelt	71	Bedarfe, Dim. Sozial	0,854	-0,925	0,000	0,000
	Kooperation/Team	71	Bedarfe, Dim. Sozial Evaluation	0,891	0,636 0,353	0,000 0,000	0,000
FIN	Klientinnenorientierung	154	Anamnese Durchführung, Dim. Umwelt Bedarfe, Dim. Sozial	0,127	0,300 0,245 -0,238	0,000 0,003 0,006	0,000
	Verfahren	154	Anamnese Evaluation Durchführung, Dim. Umwelt	0,133	-0,233 0,210 -0,255	0,003 0,008 0,001	0,000
	Umwelt	154	Durchführung, Dim. Umwelt Anamnese Bedarfe, Dim. Psychisch	0,309	0,501 0,325 -0,263	0,000 0,000 0,001	0,000
	Kooperation/Team	154	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,069	0,274	0,001	0,001
GB	Klientinnenorientierung	112	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,044	-0,230	0,015	0,015
	Verfahren	112	Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Sozial Durchführung, Dim. Umwelt	0,520	0,651 0,176 -0,150	0,000 0,036 0,040	0,000
	Umwelt	112	Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Umwelt	0,395	-0,687 0,332	0,000 0,000	0,000
	Kooperation/Team	112	Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Psychisch Bedarfe, Dim. Sozial	0,480	0,536 -0,215 0,215 0,173	0,000 0,005 0,008 0,026	0,000
SWE	Klientinnenorientierung	143	Durchführung, Dim. Umwelt	0,030	0,192	0,022	0,022
	Verfahren	143	Durchführung, Dim. Umwelt Evaluation	0,104	-0,257 -0,178	0,002 0,030	0,000
	Umwelt	143	---				
	Kooperation/Team	143	Durchführung, Dim. Umwelt	0,023	-0,174	0,038	0,038

**Tabelle 120: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Dimension der dokumentierten Pflegequalität: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Klientinnenorientierung	84	Durchführung	0,074	0,292	0,007	0,007
	Verfahren	84	Durchführung	0,173	0,428	0,000	0,000
	Umwelt	84	---				
	Kooperation/Team	84	---				
EST	Klientinnenorientierung	40	---				
	Verfahren	40	Durchführung	0,215	0,485	0,001	0,001
	Umwelt	40	Bedarfe	0,078	0,319	0,045	0,045
	Kooperation/Team	40	---				
FIN	Klientinnenorientierung	226	Durchführung	0,112	0,355	0,000	0,000
	Verfahren	226	---				
	Umwelt	226	---				
	Kooperation/Team	226	Durchführung	0,013	0,132	0,047	0,047
GB	Klientinnenorientierung	125	Bedarfe	0,055	0,251	0,005	0,005
	Verfahren	125	---				
	Umwelt	125	Durchführung	0,188	0,441	0,000	0,000
	Kooperation/Team	125	---				
SWE	Klientinnenorientierung	17	---				
	Verfahren	17	---				
	Umwelt	17	---				
	Kooperation/Team	17	---				

**Tabelle 121: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Dimension der dokumentierten Pflegequalität: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Klientinnenorientierung	118	Bedarfe	0,040	0,220	0,017	0,017
	Verfahren	118	---				
	Umwelt	118	Bedarfe	0,112	0,345	0,000	0,000
	Kooperation/Team	118	Bedarfe	0,057	0,254	0,005	0,005
EST	Klientinnenorientierung	71	---				
	Verfahren	71	Bedarfe Durchführung	0,541	-0,667 0,336	0,000 0,000	0,000
	Umwelt	71	Bedarfe Durchführung	0,720	-0,773 0,368	0,000 0,000	0,000
	Kooperation/Team	71	Bedarfe Durchführung	0,758	0,739 -0,474	0,000 0,000	0,000
FIN	Klientinnenorientierung	154	---				
	Verfahren	154	---				
	Umwelt	154	---				
	Kooperation/Team	154	Durchführung	0,031	0,194	0,016	0,016
GB	Klientinnenorientierung	112	---				
	Verfahren	112	Bedarfe	0,290	0,545	0,000	0,000
	Umwelt	112	Bedarfe	0,162	-0,412	0,000	0,000
	Kooperation/Team	112	Bedarfe	0,324	0,575	0,000	0,000
SWE	Klientinnenorientierung	143	---				
	Verfahren	143	Durchführung	0,061	-0,259	0,002	0,002
	Umwelt	143	---				
	Kooperation/Team	143	---				

**Tabelle 122: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Dimension der dokumentierten Pflegequalität: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R_{korr}^2$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Klientinnenorientierung	33	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,115	0,377	0,030	0,030
	Verfahren	33	Durchführung, Dim. Physisch	0,164	0,437	0,011	0,011
	Umwelt	33	---				
	Kooperation/Team	33	---				
FIN	Klientinnenorientierung	50	---				
	Verfahren	50	---				
	Umwelt	50	---				
	Kooperation/Team	50	---				

**Tabelle 123: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die dokumentierte Pflegequalität (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Dimension der dokumentierten Pflegequalität: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R_{korr}^2$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Klientinnenorientierung	36	---				
	Verfahren	36	---				
	Umwelt	36	---				
	Kooperation/Team	36	---				
EST	Klientinnenorientierung	18	---				
	Verfahren	18	---				
	Umwelt	18	---				
	Kooperation/Team	18	---				
FIN	Klientinnenorientierung	94	---				
	Verfahren	94	---				
	Umwelt	94	---				
	Kooperation/Team	94	---				
GB	Klientinnenorientierung	43	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,252	-0,534 0,388	0,001 0,010	0,001
	Verfahren	43	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,162	0,457 -0,307	0,004 0,049	0,011
	Umwelt	43	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,117	-0,371	0,014	0,014
	Kooperation/Team	43	---				
	Klientinnenorientierung	21	---				
SWE	Verfahren	21	---				
	Umwelt	21	---				
	Kooperation/Team	21	---				
	Kooperation/Team	21	---				

### Anhang 3e: Externe Kooperation (Regressionsmodelle)

**Tabelle 124: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kooperationsqualität: abhängige Variable/n	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{korr}}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Medizinische Partnerinnen	115	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	115	Evaluation Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Psychisch	0,193	0,343 -0,392 0,311	0,001 0,000 0,007	0,000
EST	Medizinische Partnerinnen	83	Durchführung, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Psychisch Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,420	-0,488 0,669 -0,490	0,000 0,000 0,000	0,000
	Soziale/andere Partnerinnen	83	Bedarfe, Dim. Umwelt Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,183	-0,648 0,410	0,000 0,006	0,000
FIN	Medizinische Partnerinnen	34	Evaluation	0,132	0,398	0,020	0,020
	Soziale/andere Partnerinnen	34	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,171	0,443	0,009	0,009
SWE	Medizinische Partnerinnen	48	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	48	---				

**Tabelle 125: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kooperationsqualität: abhängige Variable/n	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Medizinische Partnerinnen	149	Bedarfe, Dim. Psychisch Durchführung, Dim. Umwelt	0,171	-0,555 0,315	0,000 0,002	0,000
	Soziale/andere Partnerinnen	149	Evaluation Durchführung, Dim. Psychisch	0,071	0,289 -0,213	0,002 0,020	0,005
EST	Medizinische Partnerinnen	138	Durchführung, Dim. Sozial Bedarfe, Dim. Physisch/funktional Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,377	0,399 -0,763 0,670	0,000 0,000	0,000
	Soziale/andere Partnerinnen	138	Durchführung, Dim. Sozial Bedarfe, Dim. Sozial Durchführung, Dim. Psychisch	0,493	0,234 -0,777 0,515	0,004 0,000 0,000	0,000
FIN	Medizinische Partnerinnen	64	Durchführung, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Sozial Evaluation	0,589	1,024 -0,302 -0,248 -0,182	0,000 0,005 0,008 0,034	0,000
	Soziale/andere Partnerinnen	64	Durchführung, Dim. Umwelt Evaluation Durchführung, Dim. Sozial	0,441	0,860 -0,295 -0,328	0,000 0,004 0,009	0,000
SWE	Medizinische Partnerinnen	138	Durchführung, Dim. Umwelt	0,029	-0,191	0,025	0,025
	Soziale/andere Partnerinnen	138	Durchführung, Dim. Umwelt	0,029	-0,191	0,025	0,025

**Tabelle 126: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kooperationsqualität: abhängige Variable/n	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Medizinische Partnerinnen	115	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	115	---				
EST	Medizinische Partnerinnen	76	Durchführung	0,166	-0,420	0,000	0,000
	Soziale/andere Partnerinnen	76	Durchführung	0,125	-0,370	0,001	0,001
FIN	Medizinische Partnerinnen	34	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	34	---				
SWE	Medizinische Partnerinnen	47	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	47	---				

**Tabelle 127: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kooperationsqualität: abhängige Variable/n	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Medizinische Partnerinnen	148	Bedarfe	0,105	-0,333	0,000	0,000
	Soziale/andere Partnerinnen	148	---				
EST	Medizinische Partnerinnen	108	Durchführung Bedarfe	0,403	0,875 -0,456	0,000 0,000	0,000
	Soziale/andere Partnerinnen	108	Durchführung Bedarfe	0,573	1,063 -0,824	0,000 0,000	0,000
FIN	Medizinische Partnerinnen	64	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	64	---				
SWE	Medizinische Partnerinnen	138	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	138	---				

**Tabelle 128: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kooperationsqualität: abhängige Variable/n	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Medizinische Partnerinnen	40	Durchführung, Dim. Umwelt	0,090	0,337	0,033	0,033
	Soziale/andere Partnerinnen	40	---				
FIN	Medizinische Partnerinnen	21	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	21	---				
SWE	Medizinische Partnerinnen	25	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	25	---				

**Tabelle 129: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Qualität der externen Kooperation (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Bereich der Kooperationsqualität: abhängige Variable/n	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Medizinische Partnerinnen	47	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	47	---				
EST	Medizinische Partnerinnen	25	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,210	0,493	0,012	0,012
	Soziale/andere Partnerinnen	25	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,221	0,504	0,010	0,010
FIN	Medizinische Partnerinnen	40	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	40	---				
SWE	Medizinische Partnerinnen	19	---				
	Soziale/andere Partnerinnen	19	---				

## Anhang 4: Subjektiver klientinnenbezogener Output

### Anhang 4a: Zufriedenheit der Klientinnen mit der Pflegequalität (Regressionsmodelle)

**Tabelle 130: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Pflegezufriedenheits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{\text{kor}})$	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	91	---				
	Physisch/funktional	91	---				
	Umwelt	91	---				
	Psychisch	91	---				
EST	Sozial	87	Durchführung, Dim. Sozial Durchführung, Dim. Umwelt	0,099	-0,563 0,403	0,001 0,019	0,005
	Physisch/funktional	87	---				
	Umwelt	87	---				
	Psychisch	87	Anamnese Bedarfe, Dim. Umwelt	0,196	-0,733 0,583	0,000 0,000	0,000
FIN	Sozial	122	---				
	Physisch/funktional	122	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,042	-0,224	0,013	0,013
	Umwelt	122	---				
	Psychisch	122	---				
GB	Sozial	18	---				
	Physisch/funktional	18	---				
	Umwelt	18	---				
	Psychisch	18	---				
SWE	Sozial	36	---				
	Physisch/funktional	36	---				
	Umwelt	36	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,278	0,546	0,001	0,001
	Psychisch	36	---				



**Tabelle 131: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Pflegezufriedenheits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	91	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,041	-0,227	0,030	0,030
	Physisch/funktional	91	---				
	Umwelt	91	---				
	Psychisch	91	---				
EST	Sozial	81	Durchführung, Dim. Sozial	0,064	0,276	0,013	0,013
	Physisch/funktional	81	---				
	Umwelt	81	---				
	Psychisch	81	Evaluation	0,048	-0,245	0,028	0,028
FIN	Sozial	95	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,102	-0,334	0,001	0,001
	Physisch/funktional	95	Durchführung, Dim. Umwelt	0,053	-0,252	0,014	0,014
	Umwelt	95	---				
	Psychisch	95	---				
GB	Sozial	120	---				
	Physisch/funktional	120	---				
	Umwelt	120	---				
	Psychisch	120	---				
SWE	Sozial	36	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,149	0,416	0,012	0,012
	Physisch/funktional	36	---				
	Umwelt	36	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,130	0,393	0,018	0,018
	Psychisch	36	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,223	-0,495	0,002	0,002

**Tabelle 132: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Pflegezufriedenheits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	91	---				
	Physisch/funktional	91	---				
	Umwelt	91	---				
	Psychisch	91	---				
EST	Sozial	47	---				
	Physisch/funktional	47	---				
	Umwelt	47	---				
	Psychisch	47	---				
FIN	Sozial	121	---				
	Physisch/funktional	121	---				
	Umwelt	121	---				
	Psychisch	121	---				
GB	Sozial	18	---				
	Physisch/funktional	18	---				
	Umwelt	18	---				
	Psychisch	18	---				
SWE	Sozial	36	---				
	Physisch/funktional	36	---				
	Umwelt	36	Bedarfe	0,146	0,413	0,012	0,012
	Psychisch	36	---				

**Tabelle 133: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Pflegezufriedenheits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	91	---				
	Physisch/funktional	91	---				
	Umwelt	91	---				
	Psychisch	91	---				
EST	Sozial	65	Durchführung Bedarfe	0,117	0,575 -0,373	0,002 0,042	0,008
	Physisch/funktional	65	---				
	Umwelt	65	---				
	Psychisch	65	---				
FIN	Sozial	95	Bedarfe	0,040	-0,225	0,028	0,028
	Physisch/funktional	95	---				
	Umwelt	95	---				
	Psychisch	95	---				
GB	Sozial	119	---				
	Physisch/funktional	119	---				
	Umwelt	119	Bedarfe	0,034	0,206	0,024	0,024
	Psychisch	119	---				
SWE	Sozial	36	---				
	Physisch/funktional	36	---				
	Umwelt	36	---				
	Psychisch	36	---				

**Tabelle 134: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Pflegezufriedenheits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	39	---				
	Physisch/funktional	39	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,114	0,371	0,020	0,020
	Umwelt	39	Durchführung, Dim. Physisch/funktional Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,186	0,665 -0,431	0,002 0,042	0,009
	Psychisch	39	---				
FIN	Sozial	52	---				
	Physisch/funktional	52	Durchführung, Dim. Umwelt	0,079	-0,311	0,025	0,025
	Umwelt	52	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,218	0,483	0,000	0,000
	Psychisch	52	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,059	-0,279	0,045	0,045
SWE	Sozial	21	---				
	Physisch/funktional	21	---				
	Umwelt	21	---				
	Psychisch	21	---				

**Tabelle 135: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Pflegezufriedenheit (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Pflegezufriedenheits-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	47	---				
	Physisch/funktional	47	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,144	0,403	0,005	0,005
	Umwelt	47	---				
	Psychisch	47	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,117	0,369	0,011	0,011
EST	Sozial	23	---				
	Physisch/funktional	23	---				
	Umwelt	23	---				
	Psychisch	23	---				
FIN	Sozial	93	---				
	Physisch/funktional	93	---				
	Umwelt	93	---				
	Psychisch	93	---				
GB	Sozial	45	---				
	Physisch/funktional	45	---				
	Umwelt	45	---				
	Psychisch	45	---				
SWE	Sozial	23	---				
	Physisch/funktional	23	---				
	Umwelt	23	---				
	Psychisch	23	---				

## Anhang 4b: Pflegebezogene Lebensqualität der Klientinnen (Regressionsmodelle)

**Tabelle 136: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Lebensqualitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R_{korr}^2$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	89	---				
	Physisch/funktional	89	---				
	Umwelt	89	---				
	Psychisch	89	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,063	0,271	0,010	0,010
EST	Sozial	94	---				
	Physisch/funktional	94	---				
	Umwelt	94	Bedarfe, Dim. Sozial	0,088	-0,313	0,002	0,002
	Psychisch	94	---				
FIN	Sozial	114	---				
	Physisch/funktional	114	---				
	Umwelt	114	---				
	Psychisch	114	---				
SWE	Sozial	39	---				
	Physisch/funktional	39	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,161	0,428	0,007	0,007
	Umwelt	39	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,093	0,342	0,033	0,033
	Psychisch	39	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,101	0,353	0,028	0,028

**Tabelle 137: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Lebensqualitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	82	---				
	Physisch/funktional	82	---				
	Umwelt	82	---				
	Psychisch	82	Durchführung, Dim. Umwelt	0,054	0,256	0,020	0,020
EST	Sozial	78	Evaluation	0,109	-0,347	0,002	0,002
	Physisch/funktional	78	---				
	Umwelt	78	---				
	Psychisch	78	---				
FIN	Sozial	69	---				
	Physisch/funktional	69	---				
	Umwelt	69	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,054	-0,260	0,031	0,031
	Psychisch	69	---				
GB	Sozial	112	Anamnese Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Umwelt	0,193	0,329 0,337 -0,270	0,001 0,001 0,011	0,000
	Physisch/funktional	112	---				
	Umwelt	112	---				
	Psychisch	112	Anamnese	0,062	0,266	0,005	0,005
SWE	Sozial	44	---				
	Physisch/funktional	44	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,165	0,429	0,004	0,004
	Umwelt	44	Durchführung, Dim. Psychisch	0,108	0,359	0,017	0,017
	Psychisch	44	---				

**Tabelle 138: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Lebensqualitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	89	---				
	Physisch/funktional	89	Bedarfe	0,044	0,234	0,027	0,027
	Umwelt	89	---				
	Psychisch	89	---				
EST	Sozial	54	---				
	Physisch/funktional	54	---				
	Umwelt	54	---				
	Psychisch	54	---				
FIN	Sozial	114	---				
	Physisch/funktional	114	---				
	Umwelt	114	---				
	Psychisch	114	---				
SWE	Sozial	39	---				
	Physisch/funktional	39	---				
	Umwelt	39	---				
	Psychisch	39	---				

**Tabelle 139: Einfluss der Ausgewogenheit der Dokumentation auf die Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Lebensqualitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Ausgewogenheit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	82	---				
	Physisch/funktional	82	---				
	Umwelt	82	---				
	Psychisch	82	Durchführung Bedarfe	0,121	0,573 -0,422	0,001 0,009	0,002
EST	Sozial	63	---				
	Physisch/funktional	63	---				
	Umwelt	63	Durchführung	0,086	0,318	0,011	0,011
	Psychisch	63	---				
FIN	Sozial	69	---				
	Physisch/funktional	69	---				
	Umwelt	69	Durchführung	0,047	-0,247	0,041	0,041
	Psychisch	69	---				
GB	Sozial	111	Bedarfe	0,028	0,193	0,043	0,043
	Physisch/funktional	111	---				
	Umwelt	111	---				
	Psychisch	111	---				
SWE	Sozial	44	---				
	Physisch/funktional	44	Durchführung	0,132	0,390	0,009	0,009
	Umwelt	44	---				
	Psychisch	44	---				

**Tabelle 140: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Lebensqualität (ambulant versorgte Klientinnen)**

Land	Lebensqualitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	38	---				
	Physisch/funktional	38	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,207	0,478	0,002	0,002
	Umwelt	38	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,121	0,380	0,019	0,019
	Psychisch	38	Durchführung, Dim. Physisch/funktional	0,145	0,410	0,011	0,011
FIN	Sozial	46	---				
	Physisch/funktional	46	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,166	0,429	0,003	0,003
	Umwelt	46	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,141	0,400	0,006	0,006
	Psychisch	46	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,096	0,341	0,020	0,020
SWE	Sozial	25	---				
	Physisch/funktional	25	---				
	Umwelt	25	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,148	-0,429	0,033	0,033
	Psychisch	25	---				

**Tabelle 141: Einfluss der Kongruenz der Dokumentation auf die Lebensqualität (stationär versorgte Klientinnen)**

Land	Lebensqualitäts-Dimension: abhängige Variable	n	Bereich der Kongruenz der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß ( $R^2_{korr}$ )	Standardisierte Koeffizient/en ( $\beta$ )	Signifikanz	
						T	F
DE	Sozial	43	---				
	Physisch/funktional	43	---				
	Umwelt	43	---				
	Psychisch	43	---				
EST	Sozial	22	---				
	Physisch/funktional	22	Bedarfe, Dim. Physisch/funktional	0,245	-0,530	0,011	0,011
	Umwelt	22	---				
	Psychisch	22	---				
FIN	Sozial	69	---				
	Physisch/funktional	69	---				
	Umwelt	69	---				
	Psychisch	69	---				
GB	Sozial	39	---				
	Physisch/funktional	39	---				
	Umwelt	39	---				
	Psychisch	39	---				
SWE	Sozial	21	---				
	Physisch/funktional	21	---				
	Umwelt	21	---				
	Psychisch	21	---				