

## **Auswertung: BAGFW-Erhebung**

***Ermittlung des aktuellen Standes der Nutzung und Verbreitung des Strukturmodells in den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) sowie die Identifizierung von Handlungsbedarfen zur Verstärkung/konformen Umsetzung und Weiterverbreitung des Strukturmodells***

## Inhalt

1. Einleitung/Ausgangssituation.....	3
2. Die Methode der Online-Befragung .....	3
3. Analyse der Erhebungsergebnisse .....	5
3.1 Stichprobenmerkmale – Repräsentativität.....	5
3.1.1 Teilnehmende Einrichtungen nach Bundesländern .....	5
3.1.2 Verbandszugehörigkeit der teilnehmenden Einrichtungen .....	7
3.1.3 Versorgungsform der teilnehmenden Einrichtungen.....	8
3.2 Analyse der inhaltlichen Fragestellungen.....	9
3.2.1 Anwendung des Strukturmodells .....	9
3.2.2 Schwierigkeiten in der Umsetzung des Strukturmodells.....	11
3.2.2 Der größte Vorteil des Strukturmodells aus Sicht der Einrichtungen .....	13
3.2.3 Gab es unklare oder strittige Punkte im Strukturmodell bezüglich der neuen externen Qualitätssicherung in der vollstationären Pflege? .....	14
3.2.4 Benennung der strittigen Punkte zur Dokumentation nach dem Strukturmodell bei der externen Qualitätsprüfung .....	14
3.2.5 Unterstützungsbedarf aus Sicht der teilnehmenden Einrichtungen .....	16
3.3 Verbreitung des Strukturmodells .....	16
4. Zusammenfassung/Handlungsbedarfe .....	18
Tabellenverzeichnis.....	19
Abbildungsverzeichnis.....	19

## 1. Einleitung/Ausgangssituation

Im Jahr 2013 wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Empfehlungen zur Entbürokratisierung der Pflege entwickelt. Die Bürokratisierung von Pflegedokumentation in den Pflegeeinrichtungen hatte stetig zugenommen und belastete zusehends den Arbeitsalltag der professionell Pflegenden. Im September 2014 wurde die Entwicklung einer bundesweiten Implementierungsstrategie durch den GKV-SV, den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) gemeinsam in Auftrag gegeben. Nach einem erfolgreichen Praxistest begann 2015 die bundesweite Einführung unter der Schirmherrschaft des Pflegebevollmächtigten, dem Staatssekretär Karl-Josef Laumann, durch das Projektbüro EinSTEP am IGES-Institut unter der fachlichen Leitung von Elisabeth Beikirch.

Mit der Übergabe des Projektes an die Trägerverbände im November 2017 wurde auch die Registrierung über das Projektbüro eingestellt. Dem Ein-STEP-Projektbüro zufolge waren zu diesem Zeitpunkt (Oktober 2017) 11.685 Einrichtungen registriert, die das Strukturmodell anwandten – davon 6.355 im stationären Bereich, 5289 im ambulanten Bereich (keine Angabe: 41) und 4.776 Einrichtungen der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und 6.909 von Privaträgern.<sup>1</sup>

Im September 2020 führte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege eine bundesweite Online-Befragung ihrer Einrichtungen und Dienste durch. Ziel dieser Befragung war es, den aktuellen Stand der Nutzung und Verbreitung des Strukturmodells innerhalb der Wohlfahrtspflege zu erheben sowie Schwierigkeiten in der Umsetzung, bei der externen Qualitätsprüfung (ab 01.11.2019) und Unterstützungsbedarfe der Einrichtungen zu identifizieren. Die Ergebnisse ermöglichen es den Wohlfahrtsverbänden, Empfehlungen und Handlungsbedarfe zur Verbreitung des Strukturmodells, zu (Nach-)Schulungsbedarfen sowie zur Weiterentwicklung abzuleiten und eine weitere Verstetigung des Strukturmodells zu befördern. Der vorliegende Bericht wertet die Ergebnisse dieser Erhebung aus.

## 2. Die Methode der Online-Befragung

Die Online-Befragung enthält überwiegend quantitative Fragestellungen, lässt aber bei bestimmten Antworten Freitextangaben zu. Sie wurde bundesweit an die Träger, Einrichtungen und Dienste der Wohlfahrtsverbände verschickt: Arbeiterwohlfahrt (AWO), Deutscher Caritasverband (DCV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Der PARITÄTISCHE), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Diakonie Deutschland und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST). Der Online-Fragebogen richtete sich an die Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung der jeweiligen Einrichtung. Die Anonymität der Teilnehmenden wurde gewährleistet. Für die vollständige Beantwortung des Fragebogens wurden ca. 10-15 Minuten angesetzt.

---

<sup>1</sup> Lenkungsgremium EinSTEP: Protokoll zur Sitzung am 23. Oktober 2017, S. 2  
Erhebung Strukturmodell  
September 2020

Bei den geschlossenen Fragen wurde eine quantitative Auswertung (Angabe in %) vorgenommen. Alle Aussagen, die in den Freitextfeldern eingegeben wurden, werden im Folgenden qualitativ ausgewertet und zusammenfassend dargestellt.

Es wurde kein linearer, sondern in Teilen verzweigter Fragebogen erstellt – der Teilnehmende wird an bestimmten Stellen des Fragebogens je nach Beantwortung zu vertiefenden Fragen weitergeleitet. Aufgrund des daraus resultierenden komplexeren Aufbaues ist die Struktur des Fragebogens (ohne Antwortoptionen) zur Veranschaulichung in unten stehendem Diagramm dargestellt.

Es mussten nicht alle Fragen im Fragebogen beantwortet werden. Die Teilnehmenden konnten auch bei Nichtbeantwortung einer Frage den Fragebogen weiter ausfüllen. Dadurch wird in der Erhebungsanalyse – falls relevant – neben der absoluten Teilnehmerzahl nochmals separat die Teilnehmerzahl der jeweiligen Frage genannt.

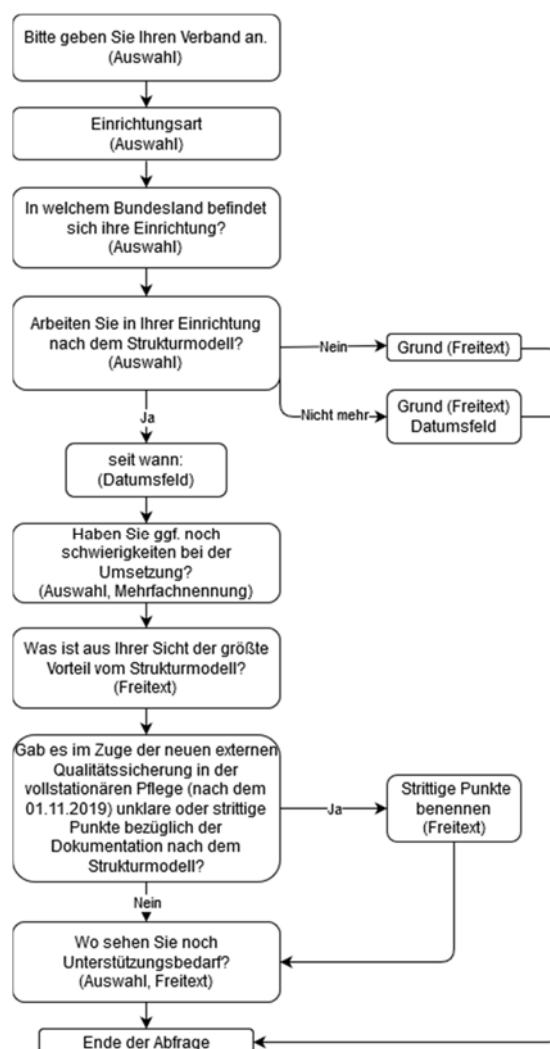


Abbildung 1: Struktureller Aufbau des Fragebogens

### 3. Analyse der Erhebungsergebnisse

An der Erhebung über die Nutzung und Verbreitung des Strukturmodells, die im Zeitraum vom 07.09.2020 bis zum 18.09.2020 stattgefunden hat, beteiligten sich 1521 Einrichtungen und Dienste der Wohlfahrtsverbände bundesweit. 1306 Einrichtungen konnten zur Auswertung herangezogen werden, was ca. 10 % der Einrichtungen der Wohlfahrtspflege entspricht. Die hohe Teilnehmerzahl in sehr kurzer Zeit lässt bereits auf die Relevanz des Themas für die Praxis schließen.

#### 3.1 Stichprobenmerkmale – Repräsentativität

##### 3.1.1 Teilnehmende Einrichtungen nach Bundesländern

.

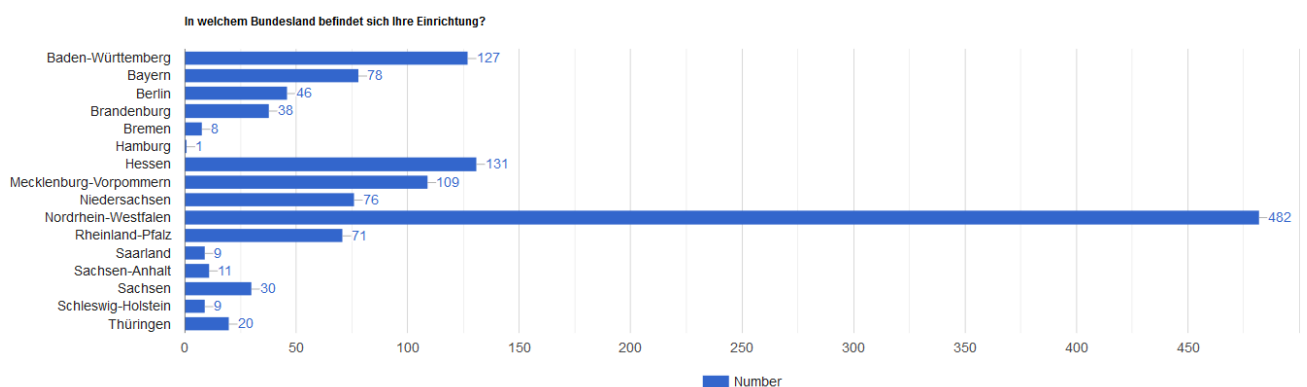


Abbildung 2: Teilnehmende Einrichtungen nach Bundesländern

Mit 38,36 % (= 509 Einrichtungen) bildet Nordrhein-Westfalen den größten Anteil aller teilnehmenden Einrichtungen, gefolgt mit Abstand von Hessen (10,63 % = 141) und Baden-Württemberg (10,17 % = 135). Fünf Bundesländer beteiligten sich mit unter einem Prozent. Das waren Sachsen-Anhalt (0,83 % = 11), Saarland und Bremen (beide mit 0,75 % = 10), Schleswig-Holstein (0,68 % = 9) und Hamburg (0,08 % = 1).

*Tabelle 1: Repräsentativität über Verteilung Bundesländer*

	<b>Anteil aus Erhebung</b>	<b>Anteil errechnet aus Monitor 2020<sup>2</sup></b>
Baden-Württemberg	<b>10,2 %</b>	<b>11,8 %</b>
Bayern	<b>6,3 %</b>	<b>15,7 %</b>
Berlin	<b>3,7 %</b>	<b>2,3 %</b>
Brandenburg	<b>3,1 %</b>	<b>3,4 %</b>
Bremen	<b>0,6 %</b>	<b>0,8 %</b>
Hamburg	<b>0,1 %</b>	<b>1,4 %</b>
Hessen	<b>10,5 %</b>	<b>5,9 %</b>
Mecklenburg-Vorpommern	<b>8,8 %</b>	<b>3,9 %</b>
Niedersachsen	<b>6,1 %</b>	<b>10,6 %</b>
NRW	<b>38,7 %</b>	<b>21,5 %</b>
Rheinland-Pfalz	<b>5,7 %</b>	<b>4,3 %</b>
Saarland	<b>0,7 %</b>	<b>1,1 %</b>
Sachsen-Anhalt	<b>0,9 %</b>	<b>4,2 %</b>
Sachsen	<b>2,4 %</b>	<b>7,1 %</b>
Schleswig-Holstein	<b>0,7 %</b>	<b>3,8 %</b>
Thüringen	<b>1,6 %</b>	<b>4,6 %</b>

Die Verteilung in den Bundesländern bildet nicht die Struktur der Grundgesamtheit ab. NRW ist deutlich überrepräsentiert, Bayern unterrepräsentiert. Mit Blick auf die Verteilung der Stichprobe in den Bundesländern erscheint diese nicht repräsentativ. Da der Fragebogen jedoch den bundesweiten Überblick anstrebt, die Ergebnisse bei

<sup>2</sup> <https://www.pflegemarkt.com/2018/04/25/die-wohlfahrtspflege-in-deutschland-ein-marktueberblick/>  
(zuletzt abgerufen am 24.09.2020)

Betrachtung der einzelnen Bundesländer nicht auffallend schwanken und die Teilnehmer/innenzahl über 1.000 liegt, wird angenommen, dass die Stichprobe für die Zielsetzung der vorliegenden Erhebung und also die Auswertung der folgenden Fragen dennoch hinreichend ist.

### 3.1.2 Verbandszugehörigkeit der teilnehmenden Einrichtungen

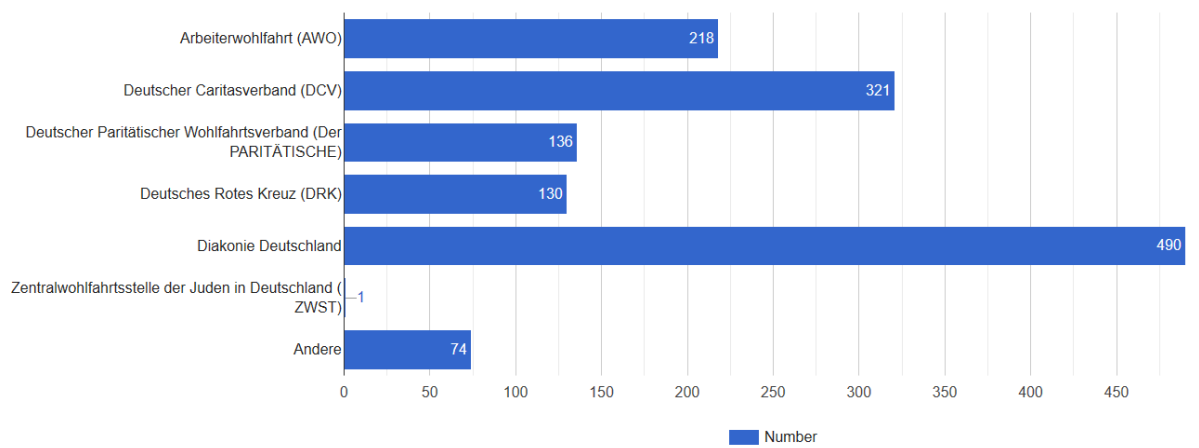


Abbildung 3: Verbandszugehörigkeit der teilnehmenden Einrichtungen

Diese Frage haben insgesamt 1381 Einrichtungen beantwortet. Die folgende Tabelle stellt die relative Beteiligung nach Verbandszugehörigkeit der Verteilung anhand von destatis-Daten aus dem Jahr 2017 gegenüber:

Tabelle 2: Repräsentativität über Verbandszugehörigkeit

	Anteil aus Erhebung	Interne Erfassung (BAGFW)
Arbeiterwohlfahrt (AWO)	17,0 %	16,6 %
Deutscher Caritasverband (DCV)	24,8 %	25,1 %
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Der PARITÄTISCHE)	10,5 %	16,6 %
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	10,0 %	16,6 %
Diakonie Deutschland	37,8 %	25,1 %

Es zeigt sich, dass sich die tatsächliche Verteilung der Verbände in der Erhebung widerspiegelt und damit bezogen auf dieses Merkmal Repräsentativität vorliegt. Lediglich Der Paritätische und das DRK sind moderat unterrepräsentiert, die Diakonie Deutschland ist dem entgegen überrepräsentiert. Die Stichprobe wird dennoch für die Zielsetzung der vorliegenden Erhebung und also die Auswertung der folgenden Fragen als hinreichend erachtet. Auf eine Anpassung der Stichprobe wird verzichtet.

### 3.1.3 Versorgungsform der teilnehmenden Einrichtungen

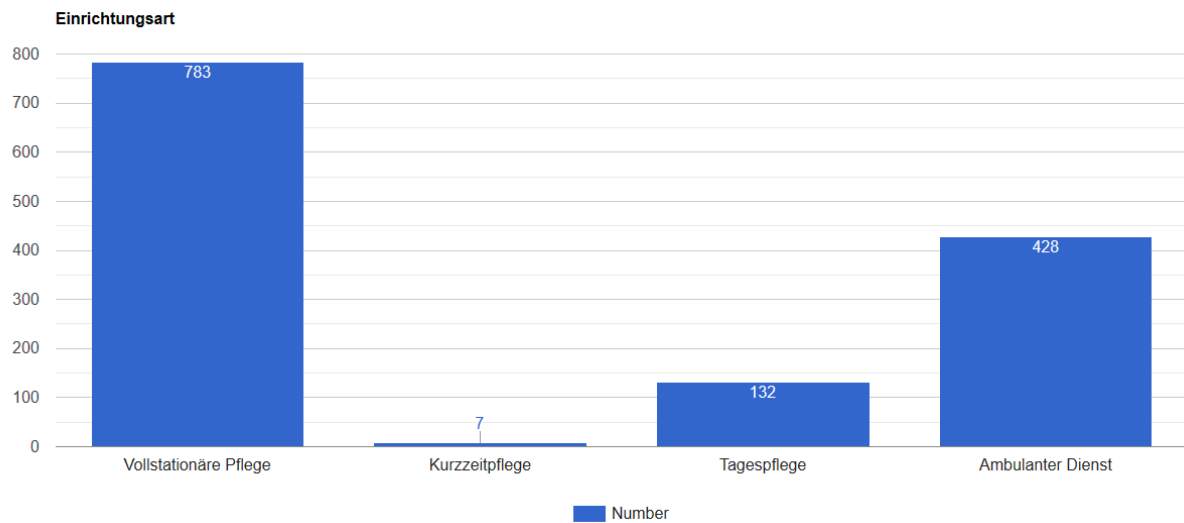


Abbildung 4: Einrichtungsarten

Diese Frage haben 1361 Einrichtungen beantwortet. Die folgende Tabelle stellt die relative Verteilung in der Erhebung nach Versorgungsform (ambulant/stationär & teilstationär) mit Daten aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahr 2017 gegenüber:

Tabelle 3: Repräsentativität über Versorgungsform

	Anteil aus Erhebung	Anteil errechnet aus GBE-Daten 2017 <sup>3</sup>
Stationäre (teilstationäre) Pflegeeinrichtung	68,3 %	62,3 %
Ambulante Pflegeeinrichtung	32,0 %	37,7 %

Es zeigt sich, dass sich die Verteilung nach Versorgungsform in der Erhebung abbildet (Abweichung von 5 % in beiden Versorgungsformen) und damit bezogen auf das Merkmal Versorgungsform Repräsentativität vorliegt.

<sup>3</sup> [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (zuletzt abgerufen am 25.09.2020)



## 3.2 Analyse der inhaltlichen Fragestellungen

### 3.2.1 Anwendung des Strukturmodells

*Hinweis: Die Dauer der Nutzung, Gründe für die Nichteinführung bzw. das Einstellen konnten je nach Beantwortung benannt werden.*

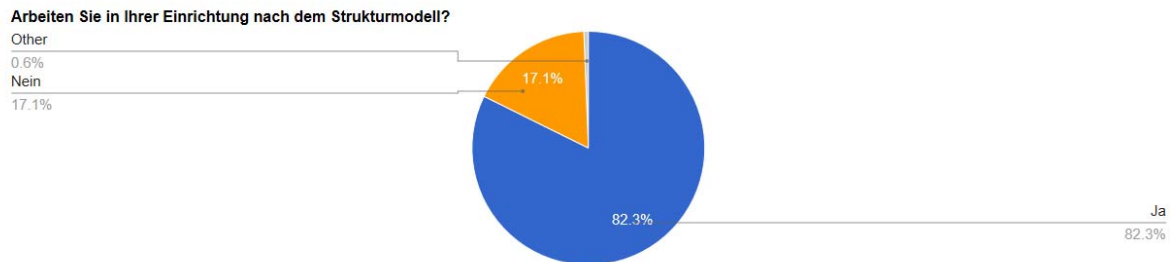


Abbildung 5: Anwendung des Strukturmodells in den Einrichtungen

Diese Frage beantworteten 1.202 Einrichtungen der Stichprobe. Davon benutzen 990 (82,3 %) das Strukturmodell, 205 benutzen dieses nicht (17,1 %) und 7 Einrichtungen (0,6 %) haben aufgehört, es zu nutzen.

#### A. Gründe für das Aufhören:

„Zu wenige Möglichkeiten, Informationen aufzunehmen.“

„Das Begutachtungsinstrument des MDK als Anamneseassessment ist strukturierter und für MA leichter zu benutzen als ein SIS-Bogen. Ferner gestaltet es sich bei Prüfungen und Umgruppierungen harmonischer, da man die gleiche Sprache hat.“

#### B. Gründe für die Nichtnutzung des Strukturmodells:

Von 219 Einrichtungen, die das Strukturmodell nicht anwenden, geben 151 Einrichtungen dafür Gründe an. Viele dieser Einrichtungen haben entweder ihr eigenes entwickeltes Modell, mit dem sie schon vor der Einführung des Strukturmodells gearbeitet haben und damit zufrieden sind, oder arbeiten noch immer nach M. Krohwinkel, aus Überzeugung von diesem Modell oder aus fehlenden Ressourcen zur Umsetzung des Strukturmodells (z. B. Zeitmangel, Personalmangel, fehlende technische Möglichkeit). Es gibt aber auch eine große Anzahl von Einrichtungen, die sich gerade in der Vorbereitungsphase befinden und das Strukturmodell zukünftig nutzen werden und Einrichtungen, die wegen der Pandemie 2020 daran gehindert wurden.

### C. Datum der Einführung:

354 Einrichtungen von 1.054, die das Strukturmodell anwenden, gaben auch das Einführungsdatum an, das entspricht 33,6 %. Betrachtet werden die Jahre der Einführung.

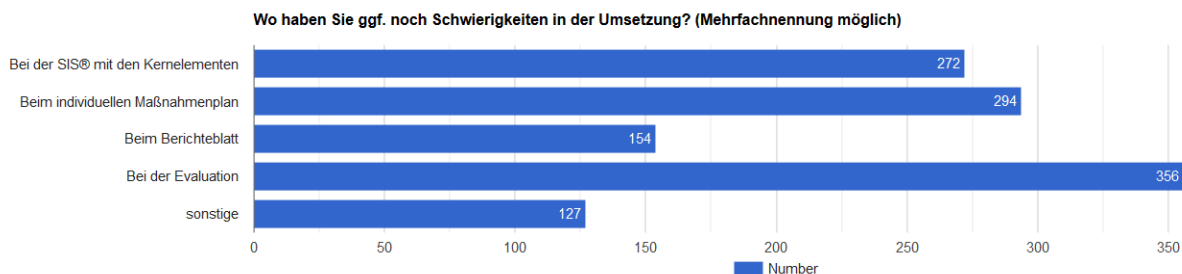
*Tabelle 4: Datum der Einführung (Jahr)*

	<b>Anzahl der Ein- richtungen</b>	<b>Anteil (354 = 100 %)</b>
2015	<b>38</b>	<b>10,7 %</b>
2016	<b>74</b>	<b>20,9 %</b>
2017	<b>61</b>	<b>17,2 %</b>
2018	<b>63</b>	<b>17,8 %</b>
2019	<b>57</b>	<b>16,1 %</b>
2020	<b>61</b>	<b>17,2 %</b>

Gleichwohl die Aussagekraft des Ergebnisses durch die geringe Teilnehmerzahl gemindert ist, zeigt die Auswertung eine erstaunlich konstante Verteilung über die Jahre. Selbst im zum Zeitpunkt der Erhebung noch laufenden Jahr 2020 scheint der Trend trotz Pandemie nicht unterbrochen.

Darüber hinaus liegt eine relativ geringe Streuung der Nutzung nach Versorgungsform vor. Im ambulanten Bereich liegt die Nutzung mit etwa 71 % der 401 befragten Einrichtungen etwas unter dem Gesamtergebnis. Das Strukturmodell ist daher scheinbar im stationären Bereich verbreiteter: etwa 88,2 % der 743 teilnehmenden stationären Einrichtungen gaben an, dass sie das Strukturmodell nutzen. Die Tagespflege liegt dabei nahezu am Durchschnittsergebnis über alle abgefragten Versorgungsformen: von 122 Teilnehmenden gaben 83,6 % an, das Strukturmodell eingeführt zu haben.

### 3.2.2 Schwierigkeiten in der Umsetzung des Strukturmodells (Mehrfachnennung waren möglich, Freitext)



*Abbildung 6: Schwierigkeiten bei der Umsetzung*

Auf diese Frage antworteten 779 der 1.054 Einrichtungen, die das Strukturmodell umgesetzt haben; berücksichtigt werden muss jedoch, dass unter „sonstiges“ im Freitextfeld 51-mal die Angabe „keine Probleme“ gemacht wurde. Daher muss der Wert derjenigen Einrichtungen, die Schwierigkeiten angaben, auf 728 korrigiert werden. Dies entspricht 69 % aller Einrichtungen, die das Strukturmodell anwenden. Hier scheint offensichtlich Handlungsbedarf bezüglich der Umsetzung zu bestehen. Insgesamt wurden auf diese Frage 1.151 (bereits korrigiert -51) Antworten gegeben, da Mehrfachnennungen zugelassen waren, was darauf schließen lässt, dass Schwierigkeiten bei der Umsetzung sich auf mehrere Bereiche erstrecken. Allerdings gab es im Schnitt nur etwa 1,6 Mehrfachnennungen, was eher darauf hindeutet, dass nicht alle Bereiche in den Einrichtungen Schwierigkeiten bereiten. Wie die Verteilung im Einzelnen war, wie viele Einrichtungen über alle Bereiche Schwierigkeiten sehen und welche nur in speziellen Bereichen noch Probleme haben, kann leider nicht ermittelt werden. Da das Strukturmodell jedoch ein geschlossenes zirkuläres System darstellt, dürften Probleme in einzelnen Bereichen sich letztlich immer auf den gesamten Prozess auswirken.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Problemfelder noch einmal bereinigt um die Angabe „sonstige“:

*Tabelle 5: Problemfelder (bereinigt um „sonstige“)*

	<b>Anzahl der Ein- richtungen</b>	<b>Anteil (1.076 = 100 %)</b>
SIS®	<b>227</b>	<b>21,1 %</b>
Individueller Maßnahmenplan	<b>294</b>	<b>27,3 %</b>
Berichtsblatt	<b>154</b>	<b>14,3 %</b>
Evaluation	<b>356</b>	<b>33,1 %</b>

Die quantitative Auswertung zeigt, dass es im Umgang mit dem Berichtsblatt aus Sicht der Befragten die wenigsten Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung gibt – 154 Einrichtungen (14,3 %) sahen hier Probleme. Dies ist insofern positiv, da das Berichtsblatt als Kommunikationsinstrument im Pflegealltag für alle an der Pflege beteiligten einen wichtigen Part einnimmt, allerdings ohne die anderen Elemente nicht für sich funktionieren kann. Bezüglich SIS® gab jede fünfte Einrichtung Schwierigkeiten bei der Anwendung an, beim Maßnahmenplan sogar jede dritte bis vierte. Dabei ist zu beachten, dass diese beiden Instrumente sehr eng miteinander verbunden sind, da die Maßnahmenplanung unmittelbar aus den Informationen der SIS® abgeleitet wird und etwaige Fehler sich direkt übertragen. Die meisten Schwierigkeiten werden jedoch im Bereich der Evaluation gesehen, 33,1 % haben hier Probleme und Unsicherheiten.

Unter „sonstige“ konnten im Folgenden über ein Freitextfeld neben der vorgegebenen Auswahl weitere Angaben gemacht werden. Diese Eingabemöglichkeit nutzen 127 Teilnehmende, allerdings gaben wie bereits oben berücksichtigt 51 Einrichtungen an, keine Probleme zu haben. Daher gilt es an dieser Stelle 76 Freitextfelder auszuwerten.

Die Hälfte aller Nennungen bezog sich auf Probleme mit der Risikomatrix der SIS®, wobei diese nur selten konkretisiert wurden. Es gab Konkretisierungen, wie etwa „Wo ist das Risiko verankert“; „Abstimmung zwischen Risikoerfassung und Maßnahmenplan“; „auch manchen Fachkräften fällt es schwer die Risikomatrix auszufüllen, also Bewertung eines Risikos im Kontext zu den Themenfeldern“; „Risikomatrix die Differenzierung zu den Themenfeldern schwierig“. Die Nennungen zur Risikomatrix als Bestandteil der SIS® müssen bei der Bewertung der quantitativen Auswertung der Schwierigkeiten mit der SIS® berücksichtigt werden. Dieser Wert dürfte daher eher in Richtung 30 % tendieren und damit den Handlungsbedarf in diesem Feld bekräftigen.

Weitere inhaltliche Probleme wurden darin gesehen, individuelle Aspekte in die SIS® einzubringen, auch der „Platzmangel“ wurde mehrfach erwähnt. Bei der individuellen Maßnahmenplanung wurde vereinzelt bemängelt, dass diese mit Blick auf die Behandlungspflege nur mit viel Aufwand aktuell gehalten werden könne.

Eher strukturelle Schwierigkeiten wurden darin gesehen, dass die internen Vorgaben aus dem QM dem Modell widersprechen. Weiterhin mangle es an Schulungsangeboten. Darüber hinaus wurde vereinzelt darauf hingewiesen, dass das Strukturmodell in der Ausbildung zu wenig geschult werde. Aber auch die ablehnende Haltung von Mitarbeitenden wurde als Schwierigkeit benannt.

### 3.2.2 Der größte Vorteil des Strukturmodells aus Sicht der Einrichtungen

Diese Frage konnte über ein Freitextfeld beantwortet werden. 764 Einrichtungen haben Angaben gemacht, was etwa 72,5 % derjenigen entspricht, die das Strukturmodell umsetzen. Trotz der in Punkt 3.2.1 aufgezeigten Schwierigkeiten bei der Umsetzung scheinen diese die Vorteile für die Einrichtungen nicht zu überlagern. Vielmehr zeigt sich darin ein Handlungswille, die Schwierigkeiten anzugehen, um die Vorteile in Gänze nutzbar zu machen.

Dem Sinn und Zweck des Strukturmodells entsprechend Entbürokratisierung in der Pflege, eine Zeitersparnis in der Dokumentation und damit mehr Zeit für die Versorgung und Pflege der Bewohner zu bewirken, sahen die Einrichtungen mehrfach. Folgende Aussagen wurden gemacht: „Entbürokratisierung spürbar bei konsequenter Anwendung“; „Reduzierung der Durchführungsnachweise auf das Wesentliche (mit rechtlicher Absicherung)“; „Es wird dankenswerterweise nur so viel wie nötig und so wenig wie möglich dokumentiert.“; „Wegfall von zeitaufwändigem Abkürzeln wiederkehrender Leistungen, schnelle Überarbeitung, dass nicht jeder Handschlag generell abgezeichnet werden muss.“. Häufig wurde benannt, dass weniger Formulare, weniger Papier benutzt werden muss.

Des Weiteren wurde auch die Idee des „Immer-so-Beweis“, die Struktur und Systematik der Informationssammlung sowie die Übersichtlichkeit und Praxisorientiertheit des Strukturmodells gelobt. Die SIS® erfasse Biographie und die Einschätzung des Pflegebedarfs gemeinsam. Der Maßnahmenplan sei übersichtlich, gut verständlich und handlungsleitend oder auch Angaben, wie „Der Maßnahmenplan ist eine gute Anleitung für alle Mitarbeitenden; besonders auch im plötzlichen Vertretungsfall“.

Weiterhin wurde als vorteilhaft angesehen, dass aus 13 AEDLs 6 Themen geworden sind und damit der/die Bewohner/in in einer gewissen Gesamtheit abgebildet werde, dass er im Vordergrund mit all seinen Wünschen, Bedürfnissen und Interessen stehe, dass er nicht mehr problemorientiert eingeschätzt werde, dass sich mit der Einstiegsfrage in der Informationssammlung gleich über die Befindlichkeit des/der Bewohner/in erkundet wird und danach gefragt wird, was den Bewohner bewegt und dass die Pflegekräfte mehr Zeit für die Bewohner/innen und für sich selbst haben.

Daneben werden auch die Freitextmöglichkeiten in der SIS® und im Maßnahmenplan als vorteilhaft genannt. Besonders hervorgehoben wurde die Stärkung der Fachlichkeit der Mitarbeitenden durch das Strukturmodell. Sie sind dadurch selbstsicherer und führen selbstverständlicher fachliche Diskussionen und Argumentationen. Zudem hat eine Einrichtung geäußert: „Bei der Berechnung des Pflegegrades ist das System vorteilhaft“.

Vereinzelt geben die Einrichtungen an, dass bei der Prüfung durch den MDK bzw. die Prüfinstanzen eine Verzahnung zwischen dem Strukturmodell und dem Begutachtungsinstrument sowie den QI und den Expertenstandards stattfindet.

### 3.2.3 Gab es unklare oder strittige Punkte im Strukturmodell bezüglich der neuen externen Qualitätssicherung in der vollstationären Pflege? (nach dem 01.11.2019)

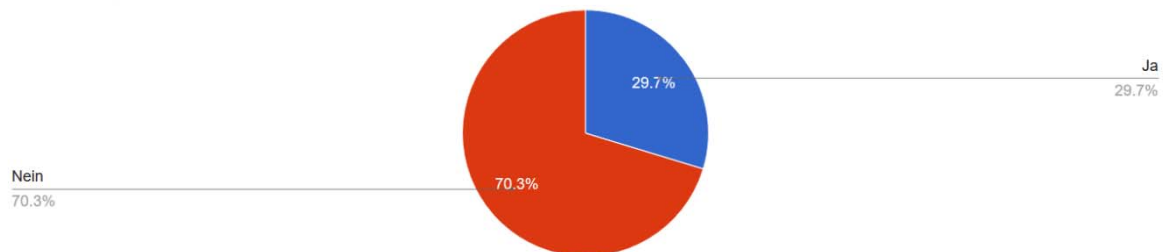


Abbildung 7: Strittige Punkte zum Strukturmodell in der Prüfung

Von 539 vollstationären Einrichtungen gaben 29,7 % an, während der externen Qualitätsprüfung mit den Prüfer/innen auf strittige Punkte gestoßen zu sein. Somit hat etwa jede dritte Einrichtung Probleme bei der Prüfung, welche die Systematik des Strukturmodells betreffen.

Bei der Antwort „JA“ konnten im Folgenden die strittigen Punkte durch Freitextangaben konkretisiert werden (Siehe 3.2.4).

### 3.2.4 Benennung der strittigen Punkte zur Dokumentation nach dem Strukturmodell bei der externen Qualitätsprüfung

Die Freitextoption wurde von 126 vollstationären Einrichtungen genutzt.

Inhaltlich wurde am häufigsten die Dokumentationserweiterung durch die neue Prüfung angesprochen. 46 der 126 antwortenden Einrichtungen (36,5 %) sehen sich durch die neue Prüfung vor erweiterte Dokumentationsanforderungen gestellt: „Übernahme der Inhalte aus den neuen QPR [...] in die SIS-Dokumentation ist schwierig zu vermitteln. Umsetzung der neuen Anforderungen in die tgl. Dokumentation ist mit viel Aufwand verbunden...“; „Die Prüferinnen und Prüfer sind sich uneinig über die Inhalte der Dokumentationen, viele fordern weiter umfangreiche Infosammlungen und Maßnahmenpläne, erkennen immer so Leistungen und Tätigkeiten nicht an es besteht große Unsicherheit...“. Daneben deuten weitere Aussagen darauf hin, dass nach der ersten Prüferfahrung von Seiten der Pflegenden bereits Anpassungen an der Dokumentation vorgenommen werden: „Leider beginnen manche Einrichtungen aufgrund dieser Prüfungen damit, ihren Mitarbeitern eine engmaschige Anpassung der SIS vorzuschreiben. Es herrscht hier teilweise ein Gefühl sich absichern zu müssen.“; „Kurz zusammengefasst: Durch die Prüfungsmodalitäten gehen die meisten

Pflegenden dazu über, wieder im alten Schema zu arbeiten, wenn dies nicht aktiv und permanent durch Vorgesetzte verhindert wird.“.

Weitere Aussagen legen nahe, dass auch von Seiten der Prüfenden dieses Erfordernis einer Dokumentationsanpassung nach der neuen QPR explizit gesehen wird: „Mit Prüfern manche Diskussion über Formulierungen, die Mitarbeiter darauf hinweisen, dass die "alten" Dokumentationen nicht gelten und alles neu erfasst werden muss.“; „Außerdem werden nach wie vor Vorschläge gemacht, doch wieder zur "alten" Dokumentation zurück zu kehren, bzw. mindestens wieder alle Risiko-Assessments bei jedem Bewohner routinemäßig zu erheben und in regelmäßigen Abständen alle 3- 6 Monate zu wiederholen.“. [Die Thematik routinemäßigen Erfassung wurde insgesamt von zusätzlich 11 % der Befragten explizit angesprochen, hier geht es zumeist um das Thema Schmerzeinschätzung, Gewichtsmessung und die Dokumentation von Betreuung und Wohlbefinden.]

Etwa ein Drittel der Aussagen zur Dokumentationserweiterung bezogen sich explizit auf die Maßnahmenplanung. Hier scheint zumeist der Detaillierungsgrad einer Maßnahmenplanung strittig zu sein. Prüfende verweisen dabei explizit auf den Begriff der „lückenhaften Maßnahmenplanung“ aus der QPR vollstationär, der nicht im Fachgespräch auszuräumen sei. Die Einrichtungen vermuten, dass „lückenlos“ von Prüfenden als Dokumentationsanforderung in dem Sinne verstanden wird, dass detaillierte, kleinteilige Beschreibungen aller, selbst alltäglicher und selbstverständlicher Handlungen anzufertigen seien. „Maßnahmen müssen bis ins Detail beschrieben werden.“; „Es muss wieder bis ins kleinste Detail dokumentiert werden, da wieder gilt (abhängig vom Prüfer), was nicht dokumentiert ist wurde nicht durchgeführt! Das erweiterte Fachgespräch fällt immer zugunsten des Prüfers aus.“.

Weiterhin scheint die SIS® ein wesentlicher strittiger Punkt während der Prüfung zu sein, etwa 17 % gaben an, dass hierbei Uneinigkeit bestand. Die meisten Aussagen beziehen sich dabei auf die Aktualität der SIS®: „Die Qualitätsprüfer gehen oftmals von einer absoluten Aktualität der SIS aus.“. Darüber hinaus wurde über Umfang, Inhalt und die Strukturierung während der Prüfung diskutiert: „Wie umfangreich muss die SIS sein, wie aktuell muss die SIS sein, was gehört in die SIS und was nicht, was gehört in welches Themenfeld“. Daran anknüpfend beziehen sich zusätzlich noch etwa 14,2 % der Aussagen auf strittige Punkte bezüglich der Risikoeinschätzung. „Die Risikobewertung ist nach wie vor strittig. Folgt man der Darlegung von MDK und Heimaufsicht ist jeder Bewohner eines Altenheims per se gefährdet in allen Risiken, die die Matrix aufzählt, allein durch sein Alter.“ Auch die Notwendigkeit von einer routinemäßigen Anwendung bestimmter Assessments wurde dabei angesprochen.

### 3.2.5 Unterstützungsbedarf aus Sicht der teilnehmenden Einrichtungen

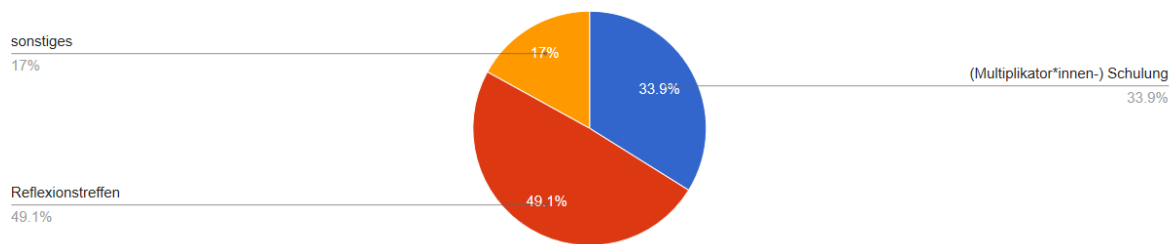


Abbildung 8: Unterstützungsbedarfe der Einrichtungen

An dieser Frage beteiligten sich 700 Einrichtungen. Davon sehen 49,1 % (n=344) den Bedarf an Reflexionstreffen, 33,9 % (n=237) benötigen Multiplikator/innen- Schulungen. In den Freitextfeldern wurde darüber hinaus Bedarf an Schulung der Mitarbeiter/innen gesehen, der gerade mit Blick auf die pandemische Lage auch im Format der Videoschulung und in bestimmten wiederkehrenden Zeitabständen wünschenswert sei. Weiterhin wurden spezielle Schulungen für ambulante Dienste angesprochen. Auch vermissen die Einrichtungen hier klare Ansprechpartner für Fragen zum Strukturmodell. Daneben wurde auch die Schulung der Mitarbeitenden der Prüfendienste (insbesondere MDK) und der Heimaufsicht mehrfach genannt, die Einrichtungen wünschten sich dabei mehr Einheitlichkeit bei den Vorgaben (Vgl. 3.2.3 und 3.2.4). Einige Einrichtungen wünschten sich Anpassungen von Seiten der Softwarehersteller. Aber auch die Ausbildung wurde an dieser Stelle thematisiert: Es müsse ein richtiges Konzept zum Strukturmodell der Lehrkräfte in der Ausbildung geben.

### 3.3 Verbreitung des Strukturmodells

Neben der Ermittlung von Schwierigkeiten und daraus resultierenden Handlungsbedarfen war eine Zielstellung dieser Erhebung, eine Einschätzung zur aktuellen Verbreitung zu liefern. Da die vorliegende Erhebung keine Vollerhebung darstellt, wie sie etwa durch das Projektbüro EinSTEP bis November 2017 möglich war, könnte die Einschätzung an dieser Stelle nur über eine Hochrechnung der Stichprobe erfolgen.

Diese ist jedoch aus verschiedenen Gründen problematisch. Zunächst einmal wurden die Fragebögen in nicht nachvollziehbarer Anzahl an die Einrichtungen verteilt – sodass eine genaue Rückverfolgung der Rücklaufquote nicht möglich ist. Daneben wurde das Thema „Strukturmodell“ klar benannt, sodass es sehr wahrscheinlich ist, dass eine Teilnahmetendenz vorlag, dass also diejenigen Einrichtungen teilnahmen, die das Strukturmodell umsetzen, die anderen hingegen nicht erreicht werden konnten. Weiterhin zeigte sich bei der Analyse der Verteilung über die Bundesländer, dass die Stichprobe in dieser Hinsicht nicht repräsentativ ist (3.1.1). Diese Punkte können letztlich nicht bereinigt werden.



Daneben liegen Anhaltspunkte vor, welche die Aussagekraft der Erhebung insgesamt bestärken. Zu nennen ist vor allem die hohe Teilnehmerzahl von insgesamt 1306 Einrichtungen, was ca. 10 % der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege entspricht. Weiterhin erwies sich die Stichprobe bezüglich der Merkmale „Verbandszugehörigkeit“ (3.1.2) und „Versorgungsform“ (3.1.3) als insgesamt repräsentativ; so dass sich nach Bereinigung immer noch 1.202 Einrichtungen in der Stichprobe befanden.

Die letzte Vollerhebung durch das Projektbüro im November 2017 wies 4.776 Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege aus, die das Strukturmodell eingeführt hatten. Dies entspricht ungefähr einem Anteil von 39 %. Die Erhebung legt nahe, dass diese Zahl sich zumindest nicht verringert hat, was vor allem die geringe „Abbruchquote“ zeigt (7 von 990 Einrichtungen).

Gleichwohl nicht repräsentativ, gaben 990 von 1.202 Einrichtungen an, das Strukturmodell erfolgreich zu nutzen, was 82,3 % entspricht (3.2.1).

Daneben gibt es weitere Hinweise, die anzeigen, dass von einer Steigerung der Anwendung des Strukturmodells seit 2017 ausgegangen werden kann. Dies ist zum einen die Stetigkeit der Einführung über die Jahre 2015-2020 (Tabelle 4), die geringe „Abbruchquote“ und die Angabe einiger Einrichtungen, dass sie gerade die Einführung planen bzw. vorbereiten.

## 4. Zusammenfassung/Handlungsbedarfe

In erster Linie zeigte die Erhebung das enorme Interesse der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege am Thema „Strukturmodell“ – innerhalb von nur 12 Tagen nahmen etwa 10 % der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege an der Erhebung teil.

### Zusammenfassend zeigte die Erhebung folgendes zur Nutzung/Verbreitung:

- 82,28 % der befragten Einrichtungen benutzen das Strukturmodell.
- Es kann von einer deutlichen Steigerung der Anwendung bzw. von einer Weiterentwicklung des Strukturmodells seit 2017 ausgegangen werden.
- Jede Vierte der 219 Einrichtungen, die das Strukturmodell noch nicht benutzen, gaben an, dieses zukünftig einführen zu wollen, jedoch aufgrund der pandemischen Lage oder fehlender Ressourcen bislang an der Einführung gehindert worden zu sein.
- Das Strukturmodell entfaltet auch in der Wahrnehmung der Einrichtungen zahlreiche Vorteile. Es trägt zur Entbürokratisierung in der Pflege bei, spart Zeit, stärkt die Fachlichkeit der Pflegenden. Die Bewohner/innen stehen mit Wünschen, Bedürfnissen und Interessen im Vordergrund.

Es zeigten sich aber auch die Umsetzungsschwierigkeiten. Etwa 70 % der Einrichtungen, die das Strukturmodell nutzen, gaben an Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen des Strukturmodells zu haben. Dies bedeutet im Gegenzug, dass sich nur etwa jede vierte Einrichtung sicher fühlt in der Anwendung. Allerdings gaben beinahe genauso viele Einrichtungen an, dass sie die Vorteile des Strukturmodells deutlich erkennen und in der Praxis nachvollziehen können. Die Schwierigkeiten führen also eher zu einem Entwicklungswillen, als zur Aufgabe des Systems. Umso wichtiger erscheint es daher, diesen Geist zu befördern und die Einrichtungen bei der Umsetzung weiter und gezielt zu unterstützen. Gefragt nach den Bedarfen im Einzelnen war die Beteiligung demzufolge nicht minder stark ausgeprägt (66,5 %).

### Zusammenfassend zeigte die Erhebung folgende Handlungsbedarfe:

#### *Handlungsbedarfe zur Unterstützung der Einrichtungen:*

- Angebot an Reflexionstreffen, Multiplikator/innen-Schulungen
- Angebot an Mitarbeiter/innen-Schulungen
- Ausrichtung der Schulungsinhalte an Schwächen (Inhouse)
- Angebot an speziellen Schulungen für den ambulanten Bereich
- Regelmäßiges Angebot an digitalen Formaten (Webseminare)
- Einsatz von Ansprechpartner/innen zum Thema
- Angebot an (Update-)Schulungen für Prüfende

#### *Politische Handlungsbedarfe:*

- Stärkere Berücksichtigung bei der Ausbildung (Einheitliches Konzept)
- Weiterentwicklung des Strukturmodells (Verschlankung der Dokumentation)

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Repräsentativität über Verteilung Bundesländer .....	6
Tabelle 2: Repräsentativität über Verbandszugehörigkeit .....	7
Tabelle 3: Repräsentativität über Versorgungsform .....	8
Tabelle 4: Datum der Einführung (Jahr) .....	10
Tabelle 5: Problemfelder (bereinigt um „sonstige“).....	11

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktureller Aufbau des Fragebogens .....	4
Abbildung 2: Teilnehmende Einrichtungen nach Bundesländern .....	5
Abbildung 3: Verbandszugehörigkeit der teilnehmenden Einrichtungen.....	7
Abbildung 4: Einrichtungsarten .....	8
Abbildung 5: Anwendung des Strukturmodells in den Einrichtungen.....	9
Abbildung 6: Schwierigkeiten bei der Umsetzung.....	11
Abbildung 7: Strittige Punkte zum Strukturmodell in der Prüfung .....	14
Abbildung 8: Unterstützungsbedarfe der Einrichtungen .....	16

## Impressum

### Erhebung und Auswertung:

Carolin Drößler (Referentin für Altenhilfe, AWO Bundesverband)

Thuy Loan Tran (Studentin Pflegemanagement, Evangelische Hochschule Berlin und Praktikantin, AWO Bundesverband)

*Kontakt:* [Carolin.Droessler@awo.org](mailto:Carolin.Droessler@awo.org)

Berlin, den 10.01.2021

### Herausgeberin:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin

Telefon: 030 24089-0 Fax: 030 24089-134

E-Mail: [info@bag-wohlfahrt.de](mailto:info@bag-wohlfahrt.de) [www.bagfw.de](http://www.bagfw.de)

V.i.S.d.P.: Dr. Gerhard Timm