



Abstract zum Vortrag: **Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation**

„Die Bürokratisierung hat soweit zugenommen, dass mittlerweile sogar sogenannte „Dokumentationsbeauftragte“ in Vollzeit in z. B. Heimen eingestellt werden“. Eine Aussage aus einem Buch, die durchaus kritisch betrachtet werden sollte! Es stellt sich die Frage, was genau die Aufgaben des „Dokumentationsbeauftragten“ sind. Managt dieser ausschließlich die Bewohnerdokumentation, damit diese durch die Prüfinstanzen bei den Qualitätsprüfungen des MDK standhalten oder werden durch den Dokumentationsbeauftragten qualitätsverbessernde Maßnahmen, durch z. B. Fallanalysen, Pflegevisiten und Prozessreflexionen realisiert? Eine differenzierte Betrachtung ist sicher sinnvoll!

In dem Vortrag wird das aktuelle „Entbürokratisierungsprojekt der Pflegedokumentation“, welches im Abschlussbericht „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ (Beikirch et al. 2014) im Auftrag des BMG beschrieben ist, vorgestellt. Am Fallbeispiel orientiert, soll im Rahmen einer kritischen Reflexion der Fragestellung nachgegangen werden, was für und über einen Bewohner dokumentiert werden sollte, damit bewohnerorientierte Angebote, Bewohnersicherheit, Qualitätsbewertung und Versorgungskontinuität in interdisziplinären Teams in den Organisationen wie z. B. Heimeinrichtungen sichergestellt werden können. Ziel des Vortrags ist es, die Risiken bei einer unreflektierten Anwendung des Strukturmodells aufzuzeigen. Ein weiterer Aspekt, der im Kontext der Anwendung des „neuen Dokumentationsmodells“ reflektiert werden soll, sind mögliche Auswirkungen auf die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege. Unter der Perspektive der „Nachhaltigkeit“ (Schneider et al. 2012) soll das „Neue Dokumentationsverfahren“ und auch das „Problem“ der derzeitigen „Unterdokumentation“ (Mybes et al. 2006) kritisch reflektiert werden.

Genutzte Quellen:

Beikirch, E. et al. (2014). *Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) und dem Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)* In B. Bundesministerium für Gesundheit (Ed.). download: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen__fin20140415_sicher.pdf.

Roes, M. (2014). Fachlich, übersichtlich Praxistauglich - Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. *Die Schwester / Der Pfleger*, 53(7), pp. 694-698.

Herold-Majumdar, A. (2003). Entbürokratisierung der Pflegeplanung und Dokumentation. *PflegeImpuls*(2), pp. 34-42.

Schneider, A. & Schmidpeter, R. (2012). *Corporate Social Responsibility verantwortungsvolle Unternehmensführung in Theorie und Praxis*. Berlin [u.a.]: Springer Gabler.

Mybes, U. & Malber-Breuer, A. (2006). Ergebnisse in den einzelnen Untersuchungsbereichen Pflegedokumentation. In W. Göpfert-Divivier, U. Mybes & G. Igl (Eds.), *Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.*: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Retrieved from http://opus.kobv.de/zb/volltexte/2011/12150/pdf/Entbuerokratisierung_BMFSFJ.pdf (Accessed: 26.06.2014).



Pressemeldungen der letzten Tage. Das Thema „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ im Altenpflegebereich wird in dem Medien stark diskutiert. Bezüglich des Notensystems kann ich zwar unterstützen, dass die Notenspanne für den Verbraucher, der sich um einen Heimplatz bemüht, nicht sehr aussagekräftig ist. Allerdings kann ich aus eigener Erfahrung durch Projektbegleitungen in Heimeinrichtungen festhalten, dass sich die Qualität der Versorgung maßgeblich durch die Anforderungen, die im Rahmen der MDK-Begutachtungen gestellt wurden, verbessert hat.

Die überbordende Bürokratie habe ich in den Einrichtungen, wie diese in der Presse hochgepusht wird, nicht erlebt und es scheint kein flächendeckendes Problem zu sein.

Wo kommt die Zahl 2,7 Milliarden Euro her und ist das wirklich das suggerierte Einsparpotenzial?

2,7 Milliarden € – Kostenaufwand für die Pflegedokumentation?

| Prozessschritt | Fallzahl | Gesamtbelastung | |
|--|-------------|------------------|------------|
| | | in 1.000 EUR | in % |
| Einrichten der Pflegedokumentation | 225.700 | 47.728 | 1,74 |
| Ausfüllen der Leistungsnachweise | 407.932.509 | 1.855.920 | 67,85 |
| Meldungen zum Pflegebericht | 407.932.500 | 290.092 | 10,60 |
| Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung | 407.932.500 | 364.410 | 13,32 |
| Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung | 4.649.520 | 121.306 | 4,43 |
| Übermittlung der Leistungsnachweise | 5.249.500 | 25.198 | 0,92 |
| Archivierung der Unterlagen | 13.573.500 | 29.316 | 1,07 |
| Gesamtantragsverfahren (Pflegedokumentation) | | 2.735.490 | 100 |

Statistisches Bundesamt. (2013:38). Erfüllungsaufwand im Bereich ... Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind *Projektziele Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Erleichterung*. Retrieved from http://www.bundestregierung.de/Content/DE/_Anlagen/buerokraatienbau/2013-03-20-erfuellungsufwand-pflege.pdf;jsessionid=59DA230C818B9974F786120880380D40.s2t2?__blob=publicationFile&v=3 (Accessed: Jan, 2015).

Im Bericht des Statistischen Bundesamtes (2013) werden die Dokumentationszeiten **detailliert nach Unterbringungs- und Erfassungsart** beschrieben (Kap. 7.6). Offen ist, wie die der Berechnung zugrunde liegenden Zeitangaben zu Stande gekommen sind. Es wurden Befragungen zum Verfahren der Pflegedokumentation durchgeführt. Insgesamt wurden aus den rund 200 geführten Befragungen 940 Datensätze erstellt. Eine Anfrage über die genaue Datengrundlage wurde an das Destatis gestellt, denn es bleiben dem Leser zahlreiche Informationen verborgen. Z.B. Stichprobengröße zur Befragung bezogen auf die Pflegedokumentationszeit, Abgrenzungen zu anderen administrativen Tätigkeiten wie z. B. Managen der Rezepte des Arztes, ebenso verborgen ist die Erhebungsmethode der Befragung. Es fehlen Angaben zu den befragten Personen ...**Die Antwort von Destatis zeigen, dass es sich um Schätz-Zeiten der befragten Experten handelt, die Datenlage bleibt hierzu unklar.**

Fallzahlen: Alle ausgewiesenen Fallzahlen beziehen sich auf das Jahr 2009. Fallzahlen, die öffentlich zugänglichen Statistiken entnommen sind, wurden mit dem Lebenslagenquotienten gewichtet (LLQ = 0,85) und bilden damit eine modellierte Fallzahl für die ausgewählte Lebenslage. (S. 38) Quelle MDK

Fallzahl „Ausfüllen der Leistungsnachweise“: Anzahl Pflegebedürftige in Heimen 65+ (Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009, Deutschlandergebnisse: Tab. 1.2) x 365 Tage (+LLQ), Aufteilung in Segmente durch Befragungen in Pflegeeinrichtungen (S. 209) WZ/N85 Qualifikationsniveau 0 Stundenlohnsatz 28,8 €

Beispielrechnung: 28,8 € Lohnsatz Pflege: 60 Min. = 0,48 €/Min. x 9,478 Minuten im Durchschnitt für das Ausfüllen des Leistungsnachweises x die Fallzahl 407.932.509 ergibt den €-Wert in der Tabelle.

Monetarisierte Ergebnisse: Die ausgewiesenen monetarisierten Ergebnisse für die Normadressatenkreise Wirtschaft und Verwaltung basieren, sofern nicht anders im Text angegeben, auf der Multiplikation der Lebenslagenfallzahl mit dem ermittelten Zeitwert pro Fall und dem entsprechenden Lohnsatz zuzüglich Sachkosten pro Fall (vgl. Kapitel 2). Die verwendeten Lohnsätze können dem Anhang 2 entnommen werden. (S. 39)

LLQ: Lebenslagenquotient; nach Angabe des MDS sind ca. 85% der Pflegebedürftigen in der Altersklasse 65+. Bei allen mit LLQ gekennzeichneten Feldern wurde dieser Wert zur Berechnung der Lebenslagenfallzahl herangezogen, wenn lediglich Fallzahlen für Pflegebedürftige aller Altersklassen vorhanden waren.

2,7 Milliarden € – Kostenaufwand für die Pflegedokumentation?

„Der dargestellte Zeitaufwand bildet den durchschnittlichen Umfang für einen 'normalen' Pflegedokumentationsaufwand pro pflegerisch tätiger Person und Arbeitsstunde mit 7,7 Minuten ab. Das ergibt für die Pflegefachkräfte einen Anteil an der Gesamtarbeitszeit von rund 13 % (von der Ombudsfrau in Auftrag gegebene Zusatzberechnung des Statistischen Bundesamtes, die nicht Teil des Berichts ist).“

*„Insgesamt werden die jährlichen Kosten im Abschlussbericht auf **2,7 Mrd. € für die Pflegedokumentation** beziffert und sorgen - zunächst zu Recht - für erhebliche Aufmerksamkeit.“*

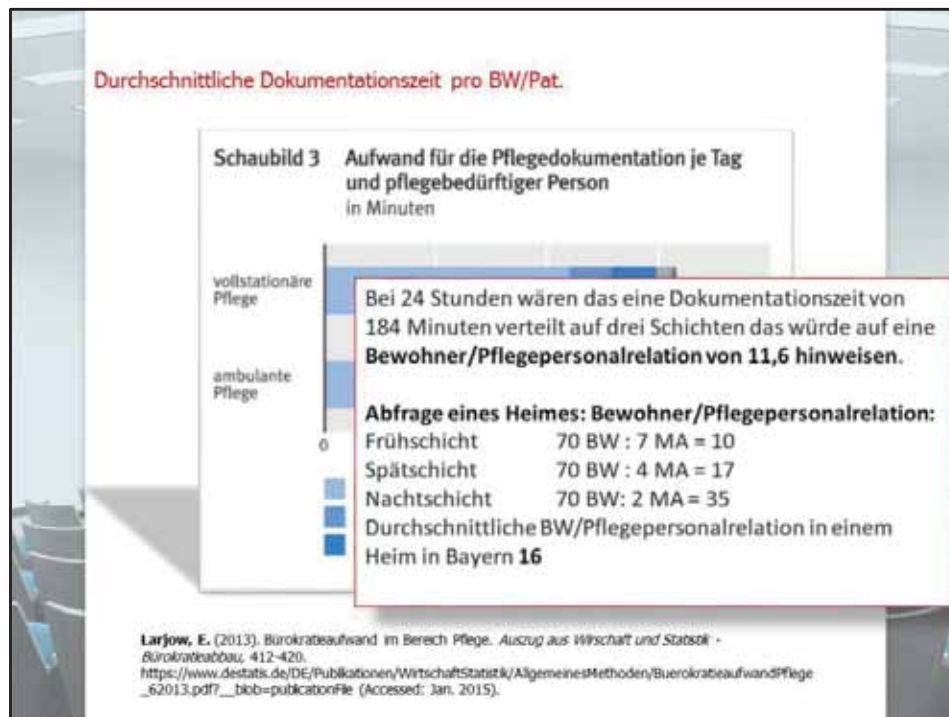
Statistisches Bundesamt. (2013:163). Erfüllungsaufwand im Bereich ... Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung. Retrieved from http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Buerokraatieabbau/2013-03-29-erfuellungsaufwand-pflege.pdf?sessionid=5504230CE1989974F786120980380D40_s227__blob=publicationFile&v=3 (Accessed: 3Jan. 2015).

Zusammenfassend wird im Bericht aufgezeigt, dass die Mitarbeiter ca. **7,7 Minuten pro Arbeitsstunde** mit Pflegedokumentation beschäftigt sind (**13 % der Gesamtarbeitszeit**) (siehe Zitat).

In der detaillierten Ergebnisdokumentation wird z. B. der Zeitaufwand in der stationären Altenpflege für die Leistungsdokumentation zwischen 12,6 und 10,3 Minuten als Median und im Mittel ca. 9 Min. tägl. beschrieben. Für die Berichtseinträge 1,9 Minuten usw.

Werden die Ergebnisse zusammengezählt, kommt ein täglicher Dokumentationsaufwand von **ca. 15 Minuten pro Tag und Bewohner in der stationären Pflege und ca. 10 Minuten** in der ambulanten Pflege zustande. Diese Angaben sind identisch mit dem Schaubild einer Datenauswertung derselben Quelle (nächste Folie), allerdings in einer anderen Veröffentlichung.

Wie bereits berichtet handelt es sich hier um Schätzwerte durch die „Vorbefragungen“ am Rande des Forschungsprojektes ermittelt wurden. Quellen, Methode usw. ist unklar.



- 13% Arbeitszeit einer Pflegefachkraft ist Dokumentationsaufwand laut OBF
- 7,7 Minuten pro Stunde

Das Schaubild 3 bezieht sich auf den gleichen Datensatz und gibt detaillierter Angaben über die verschiedenen Dokumentationsarten und die Verteilung pro Patient. **Im Schnitt ca. 15 Minuten in der stationären Altenpflege.**

Erlauben Sie mir ein Gedankenspiel auf Basis dieser Angaben:

Bei 24 Stunden wäre das eine Dokumentationszeit von 184 Minuten verteilt auf drei Schichten das würde auf eine **Bewohner/Pflegepersonalrelation von 11,9** hinweisen.

Eine Abfrage eines Heimes ergab: Bewohner/Pflegepersonalrelation:

Frühschicht 70 BW : 7 MA = 10
 Spätschicht 70 BW : 4 MA = 17
 Nachtschicht 70 BW : 2 MA = 35

Das ergibt eine durchschnittliche BW/Pflegepersonalrelation in einem Heim in Bayern **16**

Zwei Hypothesen:

- Entweder das Heim hat eine deutlich schlechter Bewohner/Pflegepersonalrelation als die Einrichtungen die befragt wurden
- Oder die Zeitwerte zur Dokumentation wurden überschätzt, übrigens ein Phänomen was aus anderen Studien ebenfalls bekannt ist.

Begriffsdefinition: Entbürokratisierung - Bürokratie

- Wortherkunft: Kunstwort zusammengesetzt aus *bureau* und *-cratie* (frz.) bedeutet wörtlich „*Herrschaft der Verwaltung*“
- *Wesentliche Merkmale* (nach Max Weber 1922): Geordnetes System von Regeln auf der Basis einer Satzung; hierarchisch gegliederte unpersönliche Ordnung von Positionen; Abgrenzung von Komponenten und Zuordnung von Funktionen, Verantwortlichkeiten und Befugnissen; Auslese der Funktionsträger nach formalen Qualifikationen; schriftliche Erfassung und Dokumentation aller Vorgänge, Gleichbehandlung der Antragsteller.
- *Entbürokratisierung oder Bürokratieabbau* meint in der Regel den Abbau von Regeln, Vorschriften und Gesetzen

Der Franzose Vincet de Gournay (1712 bis 1759) hat den französischen Begriff *bureaucratie* geprägt, der kurz danach auch ins Deutsche übernommen wurde.

Es handelt sich um ein zusammengesetztes Kunstwort „-cratie“ im Sinne von Herrschaft, Gewalt, Macht und „Büro“ Schreibtisch, Arbeitszimmer. Wörtlich bedeutet Bürokratie die „**Herrschaft der Verwaltung**“.

Bürokratisierung im Kontext der Pflegedokumentation

- **Bürokratische Prinzipien haben vor den ursprünglichen inhaltlichen Funktionen eines Vorgangs oder eines Instrumentes Vorrang.**
 - Auf die Pflegedokumentation bezogen bedeutet dies, dass rechtliche und administrative Auf-/Anforderungen deren primäre Aufgabe „geworden sind“,
 - Pflegedokumentation hingegen als Informations- und Arbeitsmedium für die Pflegeprozesssteuerung, Evaluation und Verbesserung der Versorgung der Bewohner zu nutzen in den Hintergrund gerückt ist.
- *„Ob ein Dokumentationssystem bürokratisch ist oder nicht, hängt also nicht davon ab, ob jede Eintragung mit einem Kürzel abgezeichnet werden muss oder nicht, sondern davon, **ob sie die wichtigen Informationen aus der Praxis für alle an der Versorgung Beteiligten enthält ...**“*
(Bartholomeyczik, S. 2005:144)

Der Definition von Bartholomeyczik würde Folgendes als bürokratisch gelten:

- Erhobene oder dokumentierte Informationen, die nicht genutzt werden und keine Bedeutung im Entscheidungsfindungsprozess haben
- Doppeldokumentation von Informationen auf verschiedenen Formularen
- Berichtseinträge, die eine Wiederholung der Leistungsdokumentation darstellen, um „auch was geschrieben zu haben“

Als nicht bürokratisch dagegen würden Informationen und Pflegedokumentationseinträge gelten, die einem Zweck dienen:

- Um Prozesse und Verbesserungen zu steuern z. B. Sturzprotokoll, Pflegeplanung
- Pflegeziele, um die Ziele im Versorgungsprozess im interdisziplinären Team nicht aus dem Auge zu verlieren
- Pflegediagnosen mit Ursachen/Kennzeichenzusammenhängen, um überhaupt zu einer adäquaten Maßnahmenentscheidung, die sich am aktuellen Wissensstand der Pflege orientiert, zu kommen.

Es stellt sich nun die Frage „Was ist der unnötige bisher dokumentierte Anteil der

derzeitigen Pflegedokumentation?“

Bartholomeyczik, S. (2005). Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Unterstützung statt Ersatz der Praxis. *Pflegezeitschrift*, 58(3), pp. 143-146.

Wie viele „nutzlose Häkchen“ haben Sie bisher in Ihrer Dokumentation gesetzt?

Wie bewerten Sie, was „nutzlos“ ist?

Pflegedokumentation: Schluss mit "nutzlosen Häkchen auf Papier"

Staatssekretär Karl-Josef Laumann hat im Interview mit der "Badischen Zeitung" erneut auf die Notwendigkeit der Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation hingewiesen. Es müsse Schluss damit sein, dass Pflegekräfte "nutzlos irgendwelche Häkchen auf Papier" setzen müssten. Genau das geschehe nun mit der neuen Pflegedokumentation. Zur Unterstützung und Beratung könnten sich Pflegedienste und Heime ab Januar 2015 an ein neues Projektbüro wenden, das er als Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung beauftragt habe. In dem Interview, das Sie [hier](#) auf der Internetseite der "Badischen Zeitung" finden, bekräftigte Laumann auch seine Forderung nach einer Reform der Pflegenoten.

Interview Badische Zeitung mit Laumann
<http://www.badische-zeitung.de/deutschland-1/keine-nutzlosen-haekchen-mehr--97718319.html>

Welche Zielsetzungen werden verfolgt, wenn dem Leser suggeriert wird, Pflege dokumentiert in Form von „nutzlosen Häkchen...“?

Was sind die Interessen der Politik und der Stakeholder?

- **Mehr Intransparenz**, damit die tatsächlichen Probleme nicht offensichtlich werden?
- **Ruhigstellung der Berufsgruppe Pflege**, um eigentliche Probleme der Überbelastung, fehlende Kompetenzen, Fachkraftquote usw. nicht angehen zu müssen?
- Ablenkung von der Überbelastung und fehlenden Qualifizierung/Personalentwicklung

Hier lassen sich einige Spekulationen aufführen, ebenso einige Hypothesen:

Eines ist sicher:

- Wird die Dokumentationszeit reduziert, die ja auch eine Reflexionszeit über, oder auch mit dem Betroffenen darstellt, besteht das Risiko einer schlechteren, nicht zielgerichteten Versorgung.
- Um zu illustrieren, welchen Effekt die „Nichtdokumentation“ und absetzen der Leistungsdokumentation sowie der Wegfall des strukturierten Analysierens der Daten im Sinne der PES-Struktur hat, möchte ich an einem einfachen Vergleich darstellen.

Warum schreiben sie eine Einkaufsliste und wie gehen Sie bei einer langen Liste im Geschäft damit um?

- Das Schreiben der Liste kostet Sie unnötige Freizeit! ODER
- Durch das systematische Analysieren Ihrer Bestände und dem Ziel Ihrer geplanten Speise selektieren Sie, was sie benötigen und schreiben eine gezielte Liste.
- Die meisten unter Ihnen haben sicher die Erfahrung gemacht, was passiert, wenn Sie ohne

Einkaufsliste in den Supermarkt gehen.

So wie es einen Grund gibt, dass Sie in der Regel beim Lebensmitteleinkauf eine Einkaufsliste schreiben, hat die systematische Informationssammlung und die verschiedenen Dokumentationsschritte in der Pflege einen Sinn. Dass noch nicht alle Mitarbeiter hier einen guten Weg gefunden haben und es durchaus Verbesserungspotenziale gibt, ist jedem klar. Sicher ist auch bei einer flächendeckenden Analyse festzustellen, dass einige Einrichtung mit Ihrem Dokumentationssystem auf einem „ineffektiven“ Weg sind. Genauso ist festzuhalten, dass einige Einrichtungen einen sehr guten Weg eingeschlagen haben und die Dokumentationsinhalte maßgeblich die Qualität der Versorgung beeinflussen.

Sinn und Zweck der Pflegedokumentation?

- Information aller am Versorgungsprozess Beteiligten mit dem Ziel, die Maßnahmen und Ziele der Pflege, Gesundheitsförderung, Therapie und Rehabilitation besser aufeinander abzustimmen.
- Pflegeprozessdokumentation dient im Wesentlichen dem Systematisieren der Informationen, um individuelle Pflegephänomene/-diagnosen/Ressourcen zu identifizieren und eine professionelle Entscheidungsgrundlage für pflegerische(s) Handeln/Maßnahmenauswahl zu ermöglichen. (Rappold et al. 2010)
- Grundlage der Beurteilung/Evaluation der Pflege und Behandlung sowie Pflege-/Versorgungsqualität (Bartholomeyczik 2005; Rappold et al. 2010)
- Datenbasis zur Gewinnung allgemeiner Erkenntnisse (Schrems 2006)

„Sie dient der Information aller an der Versorgung Beteiligten, verbunden mit dem Ziel, die Maßnahmen im Rahmen von Pflege, ärztlicher Behandlung sowie weiterer Therapie und Rehabilitation besser aufeinander abzustimmen und den Verlauf der Pflege und Behandlung zuverlässiger beurteilen zu können. Auch können damit die Auswirkungen der eigenen Arbeit besser überprüft werden.“

Bartholomeyczik, S. (2005). Entbürokratisierung der Pflegedokumentation: Unterstützung statt Ersatz der Praxis. *Pflegezeitschrift*, 58(3), pp. 143-146.

Der Pflegeprozess als theoretisches Handlungskonzept und Methode ist ein wichtiger Teil professioneller Pflege, der unabdingbar mit theoriegeleiteten Inhalten verknüpft sein muss. Er **dient im Wesentlichen dem Systematisieren, um individuelle Pflegephänomene zu identifizieren, um Entscheidungen zu treffen, die zu pflegerischem Handeln führen und er ermöglicht die Bewertung von Pflegeergebnissen. Pflegeprozessgeleitete Arbeitsweise unterscheidet informelle von professioneller Pflege.** Die fach- und sachgerechte Anwendung des Pflegeprozesses dient der Patientensicherheit, der Pflegekontinuität, der Qualitätssicherung, der Therapiesicherung, der Transparenz und Nachvollziehbarkeit, der Sicherung des Informationsflusses, der Beweissicherung, der Beweisführung und bildet die Grundlage für die Pflegeforschung und die Weiterentwicklung der Pflege.

Rappold, E. & Rottenhofer, I. (2010). Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010, 2. Auflage. Wien, im Mai 2010, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, E-Mail: Vorname.nachname@goeg.at, Homepage: www.goeg.at., S. 10

Der Pflegeprozess als handlungsleitendes Prinzip spielt in beiden Entwicklungen eine zentrale Rolle. Unter Pflegeprozess wird im Folgenden das begründete, prozesshafte Verfahren zur Erhebung des Pflegebedarfes, zur Planung und Durchführung notwendiger Maßnahmen und zur Einschätzung der Wirksamkeit der Pflege verstanden. Von theoretischer Seite wird seine Beherrschung und Anwendung in vielen Konzepten vorausgesetzt. Auf praktisch/empirischer Ebene werden die Ergebnisse aus den Einzelprozessen als Datenbasis zur Gewinnung allgemeiner Erkenntnisse genutzt. Daten aus dem Pflegeprozess werden sowohl induktiv als auch deduktiv für die Theorieentwicklung und für die Theorieprüfung herangezogen, indem die Vorgehensweisen und Praktika in der Pflegepraxis analysiert werden.

Schrems, B. (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52., S. 44.

Schwierigkeiten im Kontext der Pflegedokumentation

- Unvollständigkeit - Genauigkeit**
 - Fehlen von Pflegeproblemen, Zielen und/oder Maßnahmen
 - Fehlende Handlungsleitung
 - Fehlende Aktualität der Dokumentation
- Formulierungsschwierigkeiten**
 - Vermischung von Pflegeproblem, Symptom oder Pflegeziel, -maßnahme
 - Umgangssprachlich, mit Wertungen usw.
- Mangelnde Systematik der Pflegedokumentation**
 - Aufbau der Dokumentationssysteme
 - Grenzen von Papierdokumentationen
- Qualifikation der Pflegeperson**
 - Einsicht über die Notwendigkeit, Kompetenz im Critical Thinking u. Pflegeprozessverständnis, Pflegeverständnis und Fachwissen...
- Doppeldokumentation**

Ammenwerth, E. et al. (2002). Auswirkungen EDV-gestützter Pflegedokumentation. *Prüferzeit*, 4(11), pp. 85-92.
 Mahler, C. et al. (2002). Auswirkungen und Voraussetzungen rechnergestützter Pflegedokumentation. *Prüferzeit*, 4(1), pp. 1-8.
 Höhmann, U., Weirich, H., & Göttschenberger, G. (1996). *Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege* (pp. 205). Bonn. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Referat I, P. 3.
 Wieteck, P. (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung*. (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt.
 Wieteck, P. (2007). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *Prüferzeit*, 8(2), pp. 113-120.

Es gibt einige Untersuchungen zur Pflegeprozessdokumentation in Deutschland. In den verschiedenen Studien und Veröffentlichungen werden immer wieder ähnliche Schwierigkeiten benannt und dürften Ihnen in Ihrem Berufsalltag auch begegnet sein.

Bis auf den letzten Punkt weisen diese Aspekte nicht unbedingt auf „bürokratische“ (sinnloses dokumentiertes) Aufwände hin.

An dieser Stelle ist also bezogen auf Entbürokratisierungsprojekte kritisch zu hinterfragen, wo die Entbürokratisierungspotenziale liegen, was genau der Sinn der Pflegeprozessdokumentation ist und was wir dokumentieren, **was genau ist „unnötig“ ist und was sind die Ursachen der Phänomene?**

Diese reflektive Auseinandersetzung vermisse ich in dem Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zunächst die zentralen Kernaspekte des „Neuen Pflegedokumentationsverfahrens“, welches auf der BMG-Internetseite beschrieben ist.

Grundstruktur der „neuen“ Pflegedokumentation

1. Einstieg in den Pflegeprozess mithilfe der SIS (Strukturierte Informationssammlung)
2. Maßnahmenplanung auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS
3. Berichteblatt mit dem Fokus auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Pflege- und Betreuungsabläufen
4. Evaluation (mit Fokus auf Erkenntnissen aus SIS, Maßnahmenplanung und Berichteblatt)

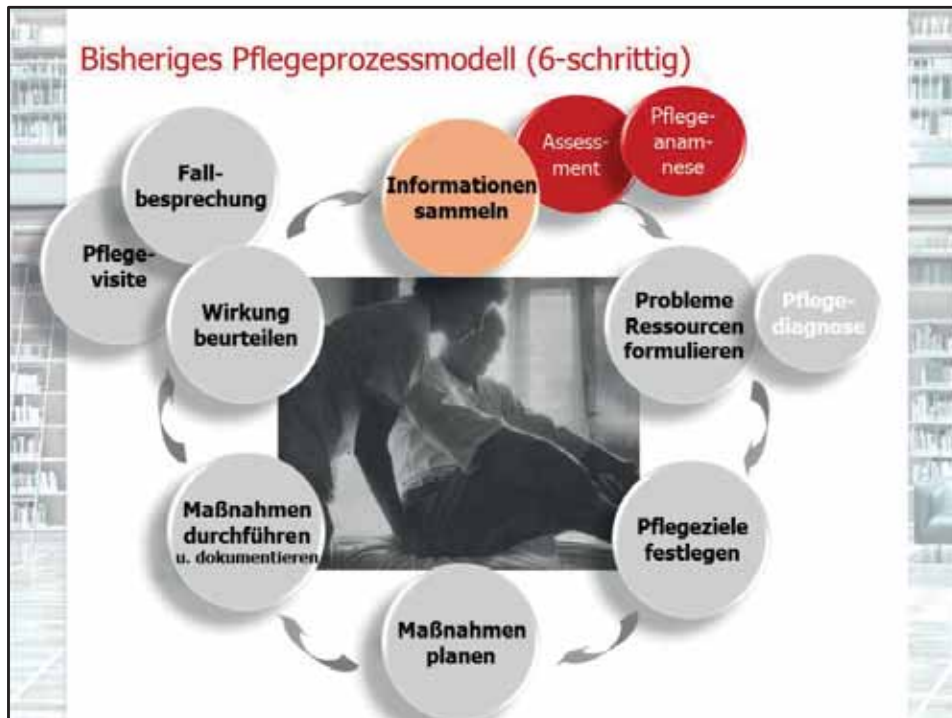
Beikirch, E., Kämmer, K., & Martina, R. (2014). Handlungsanleitung, zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär), der integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der Matrix zur Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. *Version 1.0*, 48. http://patientenbeauftragter.de/images/dokumente_version1/handlungsanleitung_zum_strukturmodell_k.pdf (Accessed: Januar 2015).

Element 1: Strukturierte Informationssammlung SIS

- SIS wird prioritär im Rahmen des Erstgesprächs eingesetzt
- Im weiteren Pflegeverlauf werden ihre Inhalte in Pflegevisiten und Fallbesprechungen zur Aktualisierung aufgegriffen → Ergebnisdokumentation??,
- Angaben der pflegebedürftigen Person zu Gewohnheiten und Fähigkeiten sowie ihre Hilfe- und Pflegebeschreibung im Originalton festgehalten,
- die Pflegeperson beschreibt den Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Einschätzung zu möglichen oder tatsächlichen Risikopotenzialen aus ihrer Perspektive.

Element 2: Die Maßnahmenplanung

Zitat: „Grundsätzlich gilt, dass hierzu jede Pflegeeinrichtung vorab eigene Strukturen und Prozesse entwickeln und entlang der einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen und Zielgruppen entsprechende Akzente als Ausdruck des Pflegeverständnisses setzen muss, um die Ausgestaltung und Umsetzung der Maßnahmen zu gewährleisten.“ (Beikirch et al. 2014, S. 12)



Das bisher in Deutschland gelehrt und bekannte Pflegeprozessmodell

Fiechter und Meier (1981) beschrieben in einer der ersten deutschsprachigen Publikationen zur Pflegeplanung den in Österreich verbreiteten sechsstufigen Pflegeprozess.

Pflegeprozessmodell der WHO entwickelt sich weiter!

Phasenmodelle des Pflegeprozesses (PP) und Abbildung im GuKG

| PP nach Yura & Walsh (1967) | PP nach Fiechter und Maier (1981) | PP nach Gordon (1994) | | GuKG (1997) |
|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|
| Assessment | Informationssammlung | Problem-identifikation | Assessment | Pflegeanamnese |
| | Erkennen von Problemen und Ressourcen | | Diagnose | Pflegediagnose |
| Planung | Festlegen der Pflegeziele | Problemlösung | Pflegezielbestimmung | Planung der Pflege |
| | Planen der Pflegemaßnahmen | | Interventionen | |
| Implementieren | Durchführen der Pflegemaßnahmen | | | Ergebnisbewertung |
| Evaluierung/ Feedback | Beurteilung der Pflege | | Pflegeevaluation | |

Tabelle entnommen aus: Rappold, E. & Rottenhofer, I. (2010). Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010, 2. Auflage. Wien, im Mai 2010, Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, E-Mail: Vorname.nachname@goeg.at, Homepage: www.goeg.at.

Das vierstufige Modell von **Yura und Walsh (1967)** fand Einzug in die Publikationen der WHO. In diesem Modell ist das Assessment* von Patientinnen/Patienten, Familien oder Gemeinden, in dem der **Pflegebedarf** und die Ressourcen* erhoben werden, der erste Schritt. Gefolgt von der Pflegeplanung (2. Schritt), in der die **Zielformulierung und die Maßnahmenplanung** subsumiert werden. Daran schließen sich die Implementierung des Pflegeplans (3. Schritt) und die Evaluierung bzw. das Feedback (4. Schritt) an.

Gordon (1994) hat den Pflegeprozess in zwei Hauptkomponenten und fünf Stufen unterteilt: die Problemidentifikation und die Problemlösung. Zur Problemidentifikation zählen die Prozessschritte 1) Assessment und 2) Diagnose*, daran schließt sich als zweite Komponente die Problemlösung mit den Aspekten der 3) Pflegezielbestimmung, der 4) Interventionen und 5) Ergebnisbewertung an.

Fiechter und Meier (1981) beschrieben in einer der ersten deutschsprachigen Publikationen zur Pflegeplanung den in Österreich verbreiteten sechsstufigen Pflegeprozess.

International hat sich der 5- oder 6-stufige Pflegeprozess durchgesetzt!

- Im ersten Jahrzehnt der Nutzung des **vierstufigen Pflegeprozesses** nach der WHO wurde durch Experten aufgezeigt, dass ein **zentrales Element der professionellen Pflege fehlt**: Die Formulierung pflegerelevanter Probleme des Patienten.
- Die Autoren (z.B. Aspinall 1976; Gebbie & Lavin 1974) argumentieren, dass selbst, wenn die Pflegenden im Rahmen der Informationssammlung Pflegeprobleme beschreiben, dies **als Grundlage für pflegerisches Handeln in der Regel nicht ausreicht** und daher eine **systematische Bewertung** aller Informationen, Beobachtungen und Untersuchungsergebnisse in Form einer **Pflegediagnostik/Problemformulierung (PES)** als Ausgangspunkt pflegerischen Handelns erfolgen muss.
- Um dieses Defizit zu beheben, haben Wissenschaftler ein **fünfstufiges Modell** entwickelt (Aspinall, 1976, Gebbie and Lavin, 1974). **International hat sich dieses 5-stufige oder auch das 6-stufige** Prozessmodell (Treas and Wilkinson, 2014) durchgesetzt.

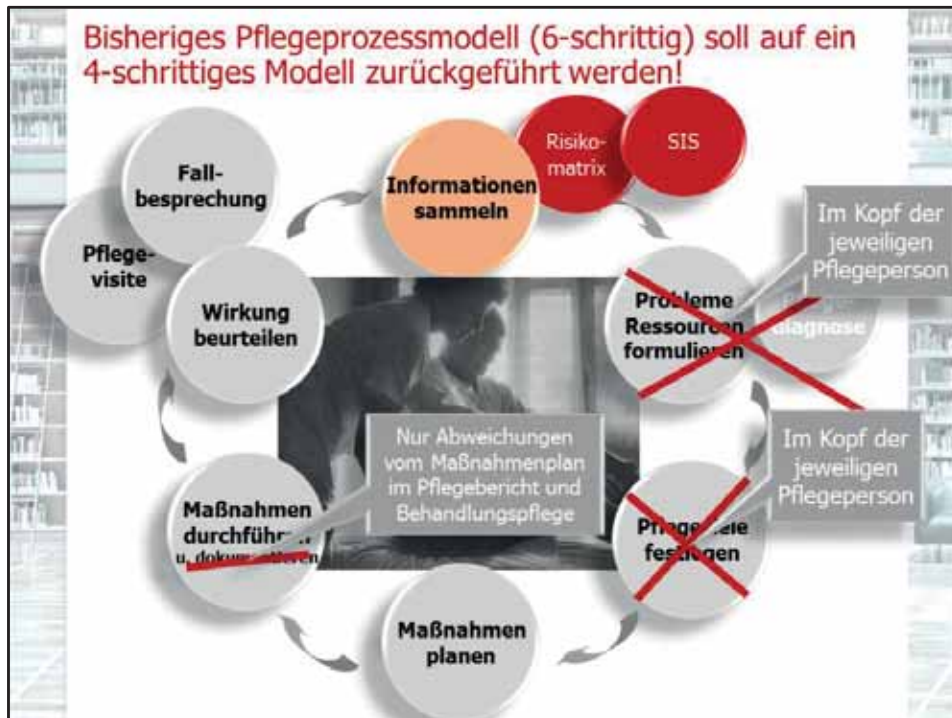
Text siehe Folie

Quellen:

Aspinall, M. J. (1976). Nursing diagnosis--the weak link. *Nurs Outlook*, 24(7), pp. 433-437.

Gebbie, K. & Lavin, M. A. (1974). Classifying nursing diagnoses. *Am J Nurs*, 74(2), pp.

Treas, L. S. & Wilkinson, J. M. (2014). *Basic Nursing: Concepts, Skills, & Reasoning*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.250-253.



Das neue Strukturmodell sieht folgendes vor:

- Pflegeprobleme und Ziele werden nicht mehr explizit dokumentiert,
- sondern finden im Kopf der Pflegeperson statt.
- Die Leistungsdokumentation der Grundpflege, die immer wiederkehrend ist, wird nicht mehr täglich quittiert, sondern Abweichungen vom Tagesplan werden im Pflegebericht dokumentiert.

Wie kann die „neue Dokumentation“ konkret aussehen?

Quelle des Fallbeispiels:

<http://www.google.de/url?url=http://www.welt.de/2014/05/21/vermehrt-ambulante-Pflege-dokumentation-entburokratisiert-wird-100321623.html&sa=D&ust=140321623&ui=2&uq=1&usq=1>

Beispiel des SIS am konkreten Fall



Altenheim Rechtstag 2014
20. und 21. Mai 2014 Hannover



Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

„Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“

Michael Wipp, Geschäftsführer und Qualitätsbeauftragter der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft f. Senioren mbH, Karlsruhe

Projekt: „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“
endlich mehr Zeit für die Pflegebedürftige?



© Mr. Wipp, April 2014, www.entburokratisierung.de

Dargestellt an einem im Netz verfügbaren Beispiel einer Projekteinrichtung.

SIS-Dokumentation eines Falles in einem Projekthaus – vorgestellt im Rahmen eines Vortrages

16095

Name der pflegenden Person: Fleischer, Anna Gespräch am: 12.12.2013 Mentales PFD: EB ggf. berufliche Pflegebed. P./Angeh.

Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person

Was ist das Hauptproblem der Pflegesituation? Welchen Unterstützungszustand haben Sie aus Ihrer Sicht? Wie können wir Ihnen helfen?

Gespräch mit Sohn und Tochter geführt, da BW nicht ausreichend Auskunft geben kann. Wir können nachts kaum noch schlafen. Wir beschäftigen uns momentan mit der Frage, ob sich unsere Mutter nicht von uns in ein Heim abgeschoben RMT. Wenn wir unserer Mutter erzählen, dass wir nur das Beste für sie wollen, zeigt sie ein leichtes Lächeln auf den Lippen und nickt mit dem Kopf. Aus diesem Grund sind wir der Meinung, dass sie uns versteht. Wir können es mit unserem Gewissen nicht vereinbaren, unsere Mutter in diesem Zustand nach Hause zu holen. Wir fragen uns: Tut dies unserer Mutter gut, wenn wir sie nach Hause holen, aber wir genau wissen, dass sie zu Hause nicht gut versorgt ist? Unser Vater ist im August verstorben, deshalb sind wir auch so traurig. Wir haben ein gutes Miteinander mit ihnen erschaffen. Wir stehen jederzeit für alle Fragen offen und werden

Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pflege- und Hilfsbedarfes

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Wie gewillt ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich sachlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen? Besteht ein Handlungsbedarf in Vertiefungsschritten?

BW benötigt keine Brille, Sehvermögen uneingeschränkt. BW kann kurze Sätze langsam sprechen. Hörvermögen uneingeschränkt. BW versteht das Gesprochene sehr gut. BW kann nicht selbstständig klingen, kann dies nicht umsetzen.

2. Mobilität und Beweglichkeit: Wie gewillt ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. Wohnbereichs zu bewegen? Gibt es emotionale oder psychische Aspekte die sich auf die Mobilität auswirken?

- BW kann Arme, Beine und Hände bewegen.
- BW kann nicht gehen und stehen.
- BW kann sich im Bett nicht selbstständig drehen, hat Dekubitus 1. Grades vom Krankenhaus mitgebracht.
- Mobilisation soll täglich versucht werden.
- BW hat keine Kontraktionen.

- Zentrale Forderung ist, dass ein offenes Gespräch mit dem Patienten geführt werden soll und die MA keine Checkliste von Punkten mitführt oder der Patient abgefragt wird.
- Die erste Frage ist sehr offen formuliert und soll möglichst mit den Worten der BW/Angehörigen wortwörtlich aufgeschrieben werden.

Was können Sie aus dieser Informationssammlung erfahren?

- Unter dem Punkt „Was ist das Hauptproblem der Pflegesituation?“ wird die Problemstellung der Angehörigen mit der Entscheidung, die Mutter in eine Heimeinrichtung zu bringen, beschrieben. Ebenso, dass die Traurigkeit evtl. etwas mit dem Tod des Ehemannes zu tun hat.
- BW kann nicht adäquat Auskunft geben, scheint aber zu verstehen, da sie nonverbal reagiert, kann kurze Sätze langsam sprechen.
- Mobilitätseinschränkungen: kann nicht gehen und stehen, hat keine Kontraktionen, Dekubitus Grad 1, kann Arme, Beine und Hände bewegen, → soll mobilisiert werden (Ziel).

SIS-Dokumentation eines Falles in einem Projekthaus – vorgestellt im Rahmen eines Vortrages

- Einfluss: auf Trievverhalten wird geachtet;
 - Diabetes mellitus: 2x täglich BZ Kontrolle, orale Antidiabetika wurden abgesetzt;
 - Hypertonie: keine Anzeichen sichtbar, erster RR 125/70;
 - Schulter - Arm Syndrom und Wirbelsäulensyndrom: keine Schmerzen erkennbar. Auf Anfrage sagt Bw nein.

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

| | Delirium | | Sturz | | Inkontinenz | | Schmerz | | Ernährung | |
|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | |
| | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| 1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mobilität und Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kontinenz (Harn- und Stuhlkontinenz) und Befastungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Selbstversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leben in sozialen Beziehungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bw hat bis vor 1 Woche in einem Haushalt mit Sohn gelebt und wurde von einer Rundnurs betreut.
 - Bf B wurde befragt. Angehörige legen sehr viel Wert darauf, dass Bw am Alltagsgeschehen teilnimmt.

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanter Risiken und Phänomene

| | Delirium | | Sturz | | Inkontinenz | | Schmerz | | Ernährung | |
|--|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | | weitere Einschätzung notwendig | |
| | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
| Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mobilität und Beweglichkeit (2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontinenz (Harn- und Stuhlkontinenz) & Befastungen (3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstversorgung (4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leben in sozialen Beziehungen (5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Bei den anderen Punkten erfahren Sie, dass die BW eine **Exsikkose hat, Diabetes, Hypertonie** und ein **Schulter-Arm-Syndrom** und **Wirbelsäulensyndrom** aber keine Schmerzen erkennbar sind (hier haben wir eine widersprüchliche Aussage, denn das **Schulter-Arm-Syndrom** sowie ein **Wirbelsäulensyndrom** geht mit **Schmerzen und weiteren Symptomen einher**). Weder Ursache, noch weitere Symptome sind erkennbar, somit lässt sich auch kein Ansatz für eine Maßnahme finden.
- Körperpflege muss komplett übernommen werden, Lagerung und GWK mit 2 PK? Hier stellt sich die Frage, warum und ob nicht eine Kontraindikation vorliegt?
- Harn- und Stuhlinkontinenz liegen vor.

Wenn ich Sie jetzt auffordern würde, auf Grundlage dieser Beschreibung die Qualität der Maßnahmenplanung, die ich Ihnen gleich vorstelle, zu bewerten oder Sie bitten würde, eine Maßnahmenplanung zu erstellen, würden Sie als Experte sicher noch einige Fragen haben.

Ebenso werden Sie die individuelle Bedürfnislage, Biographiehintergründe usw. vermissen. Ich bezweifle, dass auf basis dieser Informationen eine adäquate Versorgung statt finden kann.

Bevor wir die Maßnahmenplanung ansehen und bewerten betrachten Sie bitte die **RISIKO-MATRIX**.

- Die gewählte SIS-Struktur orientiert sich an den Überkategorien des NBA
- Am Ende befindet sich die Risikomatrix, mit Hilfe derer eine erste fachliche Einschätzung stattfindet.

Wingenfeld, K., Büscher, A., & Gansweid, B. (2008, 25. März). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008.* Studie. Bielefeld/Münster.

SIS soll die in vielen Einrichtungen genutzte AEDL-Struktur ablösen!

| SIS-Kontextkategorie | NBA (vgl. Anlagenband 2008) | AEDL |
|--|---|---|
| • Kognition und Kommunikation | • Kognitive und kommunikative Fähigkeiten | • Kommunizieren können |
| • Mobilität und Bewegung | • Mobilität | • Sich bewegen können |
| • Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen | • Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | • Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können |
| • Selbstversorgung | • Selbstversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Sich pflegen können • Essen und Trinken können • Ausscheiden können • Sich kleiden können | <ul style="list-style-type: none"> • Sich pflegen können • Essen und Trinken können • Ausscheiden können • Sich kleiden können |
| • Leben in sozialen Beziehungen | <ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte • Außerhäusliche Aktivitäten • Haushaltsführung • Verhaltensweisen und psychische Problemlagen | <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können • Ruhem, schlafen, entspannen können • Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können • Die eigene Sexualität leben können • Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können • Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können |

Hier ist die Frage zu stellen, welche Auswirkungen hat diese Umstellung auf:

- mögliche Ausblendung von wichtigen Inhalten, die abgefragt, beurteilt werden, sollten?
- Ebenso ist die Frage zu stellen, was diese Umstellung aus der Perspektive der Dokumentationserleichterung mit sich bringt. **Schließlich ist der Umfang der Dokumentation dadurch determiniert, was zur Pflegeprozessesteuerung als wichtige Information eingestuft wird und nicht wie ich was sortiere.**

Beispiele der Informationsdokumentation

| | |
|--|--|
| Frage im Assessment: | Durch die Pflegeperson ausgewählte Bausteine und ergänzende Freitexteingaben: |
| Art der Insulinverabreichung: <ul style="list-style-type: none"> Ist die Medikamenteneinnahme zuverlässig? Wird der PEN adäquat benutzt? Wird der Ess-Spritzabstand beachtet? | PEN 2 x tägl. morgens abends <i>Äußert Unsicherheit bei der Nutzung Wird nicht eingehalten/beachtet</i> |
| Wie oft wird der Blutzuckerwert ermittelt: | <i>Bei Verdacht auf Hyper-/Hypoglykämie</i> |
| Wie gut ist der Zuckerwert eingestellt? | <i>Starke Schwankungen lt. Eigenangabe</i> |

| | |
|--|---|
| SIS - stationär - <input type="checkbox"/> Erstgespräch <input type="checkbox"/> Folgegespräch | |
| <small>Name der pflegenden Person: _____ Gespräch am: _____ Handwritten Pflegefallnr: _____ pflegenden Person Angehöriger/Vertraute</small> | |
| <small>Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?</small> | |
| Wesentlichste klinische Befunde, Werte und Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> Ist der Hämoglobin A1C Bluttest bekannt? Sind Strategien zum Management von Hyper-/Hypoglykämie bekannt? Spätfolgen des Diabetes Einstellung zur Erkrankung | <i>Nicht bekannt Dem Patienten sind einige Punkte nicht bekannt</i> |

Wie Einrichtungen bisher die Informationssammlung durchgeführt haben war völlig freigestellt.

Die Entwicklung, mit standardisierten Fragestellungen und Auswahloptionen z. B. in Softwareprodukten zu arbeiten, hat sicher mehrere Gründe:

- Ausrichtung des Fokus eines Teams auf die zu klärenden Fragen mit der Zielsetzung einer einheitlicheren Erfassung der Problemfelder des Patienten → **Vollständigkeit**
- **Auswertbarkeit der Daten** mit automatisierten Hinweisen, **Nutzung im Kontext der Risikoadjustierung bei Outcomemessungen und Qualitätsbewertungen**
- Formulierungshilfe der Pflegepraxis im Speziellen vor dem Hintergrund der Pflegenden, die **nicht gut Deutsch sprechen und/oder schreiben können**
- Einfache **Änderungsdokumentation bei Zustandsveränderungen** des Bewohners → hier muss im Vergleich zum Verfahren 1 einfach nur der Aspekt der Anamnese geändert werden, der sich verändert hat.
- Bei dem SIS-Dokument kann ich mir überlegen, die unveränderten Aspekte nicht mehr auf das neue Dokument, in dem die Änderungen eingetragen werden, zu übernehmen → hätte aber zur Folge, dass die Patientensituation auf mehreren Blättern verteilt ist und man nicht genau nachvollziehen kann.



Nachfolgend einige Zitate aus dem Projektbericht.

Was passieren wir illustrieren die nachfolgenden Gedanken der verschiedenen Pflegepersonen.

Strukturmodell Pflegedokumentation – Stationäre Pflege **individuelle Maßnahmenplanung**

- Darstellung der (Regel-) Maßnahmen (Ausweichregeln siehe Pflegebericht) einzelt, kategorischer Konzepte sind Vorlieben
- ohne Maßnahmenbeschreibung ähnl. Veränderungen (siehe ähnl. Versorgungsblatt)

Frau F.

| | 1 | 2 | 3 |
|--|---|----|---|
| individuelle Besonderheiten/Bedürfnisse: | | | |
| - Sie isst sehr gerne Suppen und Käse, mag kein Sauerkraut | | | |
| - Sie trinkt gerne Sirup, mag keinen Pfefferminztee | | | |
| - Sie verschüchtert sich bei Suppen immer, Angehörige bringen Anilinpulver mit | | | |
| - ST 2 wurde herbeifolgt | | | |
| - Weichlagerungsmatratze muss boardrigel werden | | | |
| Grundpflegerische Regelversorgung | | | |
| - muss tagüber 2-stündlich und nachts 3-stündlich gelagert werden | | | |
| - Grundpflege im Bett muss komplett übernommen werden von 2 Pk | | | |
| - Anzeichen eines kompletten Inkontinenzversorgungsbedarfes | x | | |
| - besondere Beachtung auf Hautpflege | | | |
| - auf Odore an den Beinen achten, lagert schnell Wasser ein | x | 3a | |
| - a.G. Bettlagerstuhl nutzbar und sporadisch in Rahmen der Pflege alle Colonika 3-4x durch bewegen | x | 2a | |
| Besondere Beachtung | | | |
| - Dekubitus Grad 1 an der linken Gesäßhälfte (Lagerungsintervall) | | | |
| - Ein Bettwechsel wird hochgezählt | | | |
| - Trinkprotokoll wurde für ca. 1 Woche angepasst | | | |
| Behandlungspflegerische Maßnahmen | | | |
| Medikamenteneinnahme, BZ Kontrolle | | | x |

Legende: 1 = Standard häusliche; 2 = durchschnittliche Häufigkeit in 24 Std.; 3 = nach Bedarf; 3 = ähnl. Versorgung

M. Wepf 08.09.2013

Es drängen sich bei der Falldokumentation einige fachliche Fragen auf:

- Hat sie eine Exsikkose oder nur ein Risiko des Flüssigkeitsdefizits?
- Warum neigt die BW zu Ödemen?
- Ursachen des Schulter-Arm-Syndroms, Wirbelsäulensyndrom bzw. was sind die pflegerischen Konsequenzen?
- Dekubitus vorhanden, wie ist das Lagerungs-Mobilisierungsintervall, der individuell ermittelt und realisiert werden sollte?
- Wird die Grundpflege passiv übernommen oder gibt es Zielsetzungen im Sinne der aktivierenden Pflege? Wie werden die Ressourcen eingebunden, warum wird die BW zu zweit versorgt werden?
- Sie ist stuhl- und harninkontinent, werden Maßnahmen zur Kontinenzförderung durchgeführt? Welche Inkontinenzversorgung findet statt?
- Ist die Weichlagerungsmatratze evtl. kontraindiziert? (Schluckstörung, Schulterhandsyndrom, verlangsamtes Sprechen weist evtl. auf einen Schlaganfall mit Hemiplegie/parese hin?)
- Wo sind die individuellen Aspekte der BW? Wo ist der Unterschied zur Laienpflege?

Das vorgestellte Beispiel aus einer Projekteinrichtung ist eine Option, wie die Pflegemaßnahme dokumentiert werden kann:

In der Handlungsanleitung (Beikrich et al. 2014) auf der Seite 14 steht, dass die Einrichtungen hier eine Wahlmöglichkeit in der Gestaltung haben. Aufgezählt werden folgende Varianten:

In der Projekteinrichtung wurde Variante 1 – Tagesstruktur kompakt gewählt

Die individuellen Wünsche und Vorlieben der pflegebedürftigen Person werden in der individuellen

Tagesstrukturierung als eine „Grundbotschaft“ vorangestellt. Die pflegerischen Planungen orientieren sich an den

Themenfeldern. Hierzu zählen auch die Prophylaxen, die in den Ablauf der Routinepflegemaßnahmen eingebunden sind. Die alltäglichen pflegerischen Handlungen strukturieren sich gemäß den Themenfeldern.

Variante 2 – Tagesstruktur ausführlich – gesamte Tagesstruktur wird Schritt für Schritt in zeitlicher Reihenfolge aufgeführt

Variante 3 – Leistungsbezogen ohne Tagesstruktur - die Angebote/Maßnahmen werden den Themenfeldern ohne Zeitangaben zugeordnet. Hier kann jede Pflegeeinrichtung mit ihrem Team das eigene Vorgehen entwickeln und entlang der einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen und Zielgruppen die gebotenen Strukturen und Prozesse gestalten.

Variante 4 – Mix aus eins und zwei.

Leistungsdokumentation

- Bisher wurden die erbrachten Einzelleistungen durch die durchführende Mitarbeiterin quittiert.

Stationär
 Die Fokussierung auf das Dokumentieren von Abweichungen hat sowohl fachliche als auch relevante haftungsrechtliche Aspekte. In der stationären Pflege stellte sich z. B. die Frage, ob jede routinemäßige Handlung einzeln abgezeichnet werden muss. Diese Frage ist mit „Achtung“ zu beantworten. In einigen Pflegeeinrichtungen wird eine „schichtbezogene Abzeichnung“ praktiziert. In diesen Fällen ist die Abzeichnung der Handlungen in der jeweiligen Schicht zu erfolgen.

2.2.3. Element 3: Das Berichteblatt (Verlaufsdokumentation)
 Die Umsetzung der Erkenntnisse aus der SIS und individueller Maßnahmenplanung – verknüpft mit fachlicher Beobachtung – ist ein Teil der Voraussetzung für ein zeitsparenderes und grundlegend verändertes Vorgehen im Berichteblatt. In der grundpflegerischen Versorgung mit ihren beschriebenen, routinemäßigen und wiederkehrenden Handlungen in Pflege und Betreuung (Immer-so-Routinen) konzentrieren sich die Aufzeichnungen im Berichteblatt ausschließlich auf das Auftreten von Abweichungen.

Deutlich wird, dass diese Vorgehensweise dazu führt, dass die Berichtsdocumentation umfangreicher wird. **Denn bei jedem BW gibt es täglich Abweichungen.** Bisher hat man, wenn ein BW heute geduscht werden wollte, die Leistung im Leistungsblatt quittiert, damit war klar, dass das Duschen evtl. am geplanten Duschtage ausfällt, jetzt muss die Abweichung vom Maßnahmenplan im Bericht eingetragen werden. Die MA, die am nächsten Tag entsprechend dem Maßnahmenplan duschen möchte, müsste die Berichtseinträge der Vortage lesen, um zu prüfen, ob der BW bereits in der Woche geduscht wurde.

Hier sind noch einige Überlegungen anzustellen, um zu sichern, dass keine Leistungen übersehen werden, auch stellt sich die Frage der Personalführung. Wie lassen sich vermutete Defizite (z.B. weil ein BW dieses so berichtet) beweisen, wenn ein MA sich nicht an die Maßnahmenplanung hält usw. Erfahrungsgemäß ist eine bewusste Falschdocumentation eine größere Hürde.

Abgesehen davon haben die meisten Softwarehersteller das Problem einer zeitaufwendigen Leistungsdokumentation bereits gelöst. Die Mitarbeiterin quittiert alle Leistungen in ihrer Schicht als erledigt und nimmt nur aktiv die Leistung heraus, die nicht durchgeführt wurde, bzw. kodiert eine zusätzliche Leistung, die noch

durchgeführt wurde. Vorteil: Es müssen keine aufwendigen Berichtseinträge über abweichende Maßnahmen durchgeführt werden und die Daten stehen für Personalberechnung, automatisierte Pflegestufeneinschätzung und Qualitätsbewertungen zur Verfügung. Ebenso für automatisierte Überleitungsbögen usw.

Exkurs zu einem Fallbeispiel

Was sollte dokumentiert sein?

Was könnte passieren, wenn Pflegende nicht mehr dazu angehalten werden, alle Informationen auch jene, welche über das Erstgespräch hinaus gehen systematisch zu bewerten und das Pflegeproblem/die Pflegediagnose zu benennen, Ursachenzusammenhänge und Kennzeichen zu identifizieren und Ziele unter Berücksichtigung von Ressourcen zu formulieren?

Was passiert, wenn Pflegeziele nur im Kopf jeder einzelnen Pflegeperson entstehen, aber nicht niedergeschrieben werden?

[Video 1](#)

[Video 2](#)

Zwei Videos sollen aufzeigen, was in der Pflege passiert wenn Mitarbeiter nicht zum Critical thinking angehalten sind und das pflegediagnostische Denken weiter verkümmert.

Vido 1 zeigt einen Transfer der missglückt ist

Vido 2 zeigt beim gleichen Patienten einen geglückten Transfer

Beispiel einer Studie

Design: Randomisiert kontrolliertes mehrfaktorielles Design

Methode: Klinisch tätige Pflegepersonen wurden aufgefordert, auf der Grundlage eines Assessment-Interviews mit einem Simulationspatienten (Berufsschauspieler mit festgelegten Rollen, 3 verschiedene Patientenrollen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Pflegediagnosen), Diagnosen abzuleiten. Die Teilnehmer wurden randomisiert einer von vier Gruppen zugeordnet. Darüber hinaus beantworteten die TN Fragen zu dem Wissensbestand der Fallgeschichten, einen CCTDI (California Critical Thinking Disposition Inventory) und den HSRT (Health Science Reasoning Test) und die Fähigkeiten des kritischen Denkens zu bewerten.

Ergebnisse: Hauptfaktor für die „Genauigkeit der Pflegediagnose“ ist die systematische Nutzung der PES-Struktur (Problem, Ursachen, Kennzeichen und Symptome). Ebenso haben die Genauigkeit des diagnostischen Prozesses die Fähigkeiten im Bereich von „critical thinking“, analytisches und deduktives Denken positiv beeinflusst.

Paans, W. et al. (2012). Do knowledge, knowledge sources and reasoning skills affect the accuracy of nursing diagnoses? a randomised study. *BMC Nursing*, 11, pp. 11. doi: 10.1186/1472-6955-11-11

METHODE:

Gruppe A: konnte Wissen in Form von Quellen nutzen (ein Assessment mit den Functional Health Patterns, Standardpflegediagnosen und Hand über Pflegediagnosen) und freies Textformat (leeres Papier).

Gruppe B: konnte eine vordefinierte Dokumentationsstruktur verwenden (im Folgenden als PES-Format) bezeichnet. Hier wurde anhand eines Beispiels die PES-Struktur erklärt. Die MA wurden angeleitet, das Problem des Betroffenen zu beschreiben, die Kennzeichen und die Ursachen/Symptome, welche die Mitarbeiter entdeckten.

Gruppe C: konnte sowohl Wissen als auch die strukturierte Dokumentationshilfe nutzen.

Gruppe D: verwendete weder Wissensquellen noch die vordefinierten Dokumentationsstrukturen und sollte als Kontrollgruppe fungieren.

Die gesamte Prozedur - von der Vorbereitung des Assessmentgespräches bis zur Dokumentation der Pflegediagnose wurde auf Film und Tonband aufgezeichnet. Während des Interviews hat ein Beobachter festgestellt, wenn sich der Simulationspatient nicht an das Skript halten konnte und hat dieses notiert.

Bei den Patientenrollen handelte es sich um einen Patienten mit Diabetes, COPD und Crohn.

Von allen 94 medizinischen Zentren (86 allgemeinen Krankenhäusern und 8 Universitätskliniken in den Niederlanden ...)

HSRT (Health Science Reasoning Test) CCTDI (California Critical Thinking Disposition Inventory) sind Test. um das Kritische denken zu beurteilen.

ERGEBNISSE einer Studie: Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie kann geschlossen werden, dass das PES-Format (Struktur Diagnose, Kennzeichen, Ursachen) **eine positive Hauptauswirkung auf die Genauigkeit der Pflegediagnosen hat**. Fast die Hälfte der Varianz der Pflegediagnosengenauigkeit wird durch die **Anwesenheit des PES-Formats geklärt**, vor dem Abzug des Alters der Pflegeperson und der Fähigkeit zu logischem Denken wie Deduktion und Analysefähigkeit. Soweit wir wissen, ist dieses Ergebnis neu und gibt eine neue Perspektive vor, ein strukturiertes Format und logische Fähigkeiten. Weitere analytische und deduktive

Begründungen müssen gelehrt werden sowie die genaue PES-Struktur in den Bildungsprogrammen der Pflege und in den Softwareprogrammen elektronischer Patientenakten.

Ein Teil der 53% ungeklärter Varianz scheint von unabhängigen Variablen, die zufällig aufgetreten sind, beeinflusst. Persönliches Wissen, Erfahrung und subjektive Einzelreflexion sind Bestandteile des diagnostischen Prozesses.

Die Verbesserung der Pflegenden im Bereich des kritischen und logischen Denkens sowie die Ermutigung zur Nutzung der PES-Struktur könne ein erster Schritt sein, die Genauigkeit der Pflegediagnostik zu verbessern.

Entbürokratisierungsprojekt – zu kurz gedacht?

Das Projekt fokussiert auf das offene Gespräch, Stärkung der Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen ist zentrales Kernziel.

Fragliche Konformität mit den Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege (z.B. fehlende Konformität mit den Expertenstandards, Rückschritt im Kontext des pflegediagnostischen Vorgehens, Abkoppelung von internationalen Strategien im Kontext der Prozesssteuerung....)

Die Entwicklung steht gegen die Zielrichtung im Bereich der IT-Entwicklung des Gesundheitswesens und internationaler Trends (sektorenübergreifende IT-Lösungen, international sind semantische und syntaktische Interoperabilität angestrebt, im Bereich e-health ist Deutschland bereits Schlusslicht)

Das Projekt lässt zentrale Kernaspekte einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung und die vom BMG forcierten Grundgedanken von CSR (Corporate Social Responsibility) außer Acht.

Das „Entbürokratisierungsprojekt“ ist nicht konform mit den anderen Zielsetzungen der Bundesregierung!!

Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** hat auf dem 8. Nationalen IT-Gipfel am 21. Oktober in Hamburg die Bedeutung der Informationstechnologie im Gesundheitswesen betont. Die Veranstaltung findet auf Einladung von Bundeskanzlerin **Angela Merkel** statt und steht in diesem Jahr unter dem Motto "Arbeiten und Leben im digitalen Wandel - gemeinsam.innovativ.selbstbestimmt".

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/8-nationaler-it-gipfel.html>

Das **Bundeskabinett** hat am **6. Oktober 2010** die **Nationale Strategie zur gesellschaftlichen Verantwortung von Unternehmen (Corporate Social Responsibility - CSR)** in Form eines [Aktionsplans CSR](#) verabschiedet. Wichtiges Anliegen des Aktionsplans CSR ist es, einen Bewusstseinswandel dahingehend herbeizuführen, dass sich CSR für Unternehmen und Gesellschaft lohnt.

<http://www.csr-in-deutschland.de/csr-in-deutschland/aktivitaeten-der-bundesregierung/bmas/aktionsplan-csr-der-bundesregierung.html>



[http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/fb425-studie-csr-engagement-wettbewerbsfaehigkeit2.html?view=render\[FlexPaper\]](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/fb425-studie-csr-engagement-wettbewerbsfaehigkeit2.html?view=render[FlexPaper])

Beispiel einer elektronischen Lösung - ein anderer Ansatz zur Entbürokratisierung und Steigerung der Datennutzungsrate für die Qualitätsverbesserung!

| Datum | Bericht |
|------------|---|
| 15.01. | Abendessen, Nahrung abgelehnt, nicht an den Tisch, Angehörig noch gepäpelt werden. |
| 15.01. | Hat an der Zeitungsrunde mit D eingestuhlt, habe ihn am Nachm |
| 16.01. | Mittagessen ausgefallen, BW hat geschlafen. Nachmittag Transfer in den Rollstuhl, Angehörige sind mit ihm im Garten spazieren gegangen. |
| 16.01.15 | BW hat Abendessen am Tisch abgelehnt, hat keine Lust aufzustehen, Abendbrühe im Bett verabreicht |
| 16.01.2015 | Hat wenig geschlafen, wird Nachtschicht gemacht, ist unruhig |
| 17.01. | Abendessen, abgelehnt nichts gegessen |
| 17.01 | Hat gut geschlafen, war ca 5 bereits wach und wollte aufstehen |

Die Abweichungen aus dem Pflegebericht analysieren und zu bewerten ist deutlich zeitaufwendiger und mühsam!

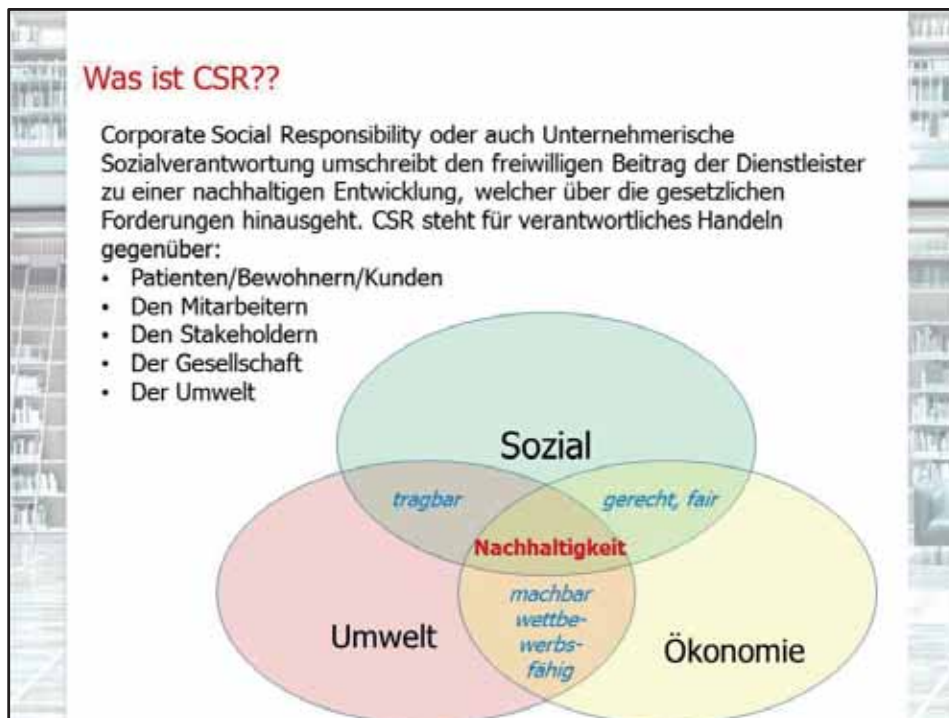
Einfaches Beispiel wie sich die Übersichtlichkeit durch die „neue“ Dokumentation deutlich verschlechtert!

Die Umstellung der Pflegeprozessdokumentation entsprechend dem SIS, der Risikomatrix und dem Maßnahmenplan sowie Verlaufsberichte sind nicht die geeigneten Mittel/Methoden, um das formulierte Ziel „**Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person**“ zu erreichen.

Es kostet einen enormen Ressourcenaufwand, die gesamten Pflegemitarbeiter zu schulen. Das wäre zu rechtfertigen, wenn:

- Dadurch die Professionalisierung der Pflege unterstützt werden würde
- Wenn Mitarbeiter eine wirkliche Entlastung erfahren könnten, denn die 2-3 Minuten, die eine MA für einen BW im Durchschnitt mehr Zeit hätte, da Dokumentationsanteile reduziert werden, sind nicht ausreichend, und unterliegen dem Risiko der Verschlechterung der Versorgung, möglicher höherer Teamdifferenzen usw.

- Die Qualität dadurch besser werden würde



Die Argumentation, durch eine noch fragliche Reduktion des Dokumentationsaufwandes infolge des Wegfalls der täglichen Leistungsdokumentation und des Reduzierens jeglicher weiterer Dokumentation wie z.B. Risikoerfassung im Bereich Sturzmanagement usw. könnten zwar ein paar Minuten frei werden, es ist aber derzeit noch offen, wie sich der Dokumentationsaufwand dahingehend verschiebt, dass die Berichtsdokumentation ausführlicher wird, da jede Abweichung vom Tagesplan im Bericht beschrieben werden muss. Hinzu kommt die Unübersichtlichkeit in den Berichtseinträgen, die dann gelesen werden müssen, um zu erfahren, ob z.B. noch eine Handlung offen ist, die normalerweise in der Frühschicht hätte erledigt werden müssen. Ebenso wird es deutlich aufwändiger, sich künftig einen Überblick über Qualitätskennziffern und die Evaluation zu beschaffen. So ist auf einen Blick nicht mehr erkennbar, wo kontinuierliche Abweichungen bei einem Bewohner im Handlungsgeschehen sind. **Meine Hypothese: Die Umstellung bringt keine zeitlichen Vorteile und birgt die Gefahr der flächendeckenden Verschlechterung der Prozesse!**

Aus meiner Sicht gibt es andere sinnvollere Alternativen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation!

Nachhaltige Lösungsansätze sind:

- **Elektronische Bewohnerakten mit intelligenten Lösungsansätzen**
- **Automatisierte Qualitätsberichtserstattung durch die Regeldokumentation zur Steuerung und Verbesserung der Qualität**

- **Transparenz gegenüber den Kunden und Stakeholdern**
- **Automatisierte Pflegebedürftigkeitseinstufung aus der Regeldokumentation entsprechend dem NBA sowie Ergebnismessung, wie bereits in Projekten vorgeschlagen.**



Hierzu gehört meiner Meinung nach:

- Besseres Ausbildungsniveau und Kompetenz im pflegediagnostischen Prozess und Kommunikationsfähigkeiten der Pflegepersonen
- Höhere Fachkraftquote in der Altenpflege und gute Sprachkompetenzen in der Sprache der Bewohner
- Nutzung von IT im Gesundheitswesen, um Prozesse der Dokumentation zu beschleunigen, und effektiver zu gestalten. Hier gibt es zahlreiche Ansätze.
- Bessere Pflegepersonal-Bewohner/Patienten-Relation
- Anordnungs- Kompetenz im Heilhilfsmittelbereich
- Systematische Qualitätsindikatorenberichterstattung auf Bundesebene.