


Effizienter dokumentieren  *Ergebnisse des Projekts zur Entbürokratisierung der Pflege rütteln die Branche auf. Zurück zum Wesentlichen heißt es nun. Und MDS und Kassen unterstützen dies.* Von Michael Wipp

Zurück auf Start

> Mit Einsetzung von Elisabeth Beikirch zur „Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege“ hat die Politik 2011 auf die über Jahre zunehmenden Beschwerden über einen ständig steigenden Bürokratieanteil in der Pflege reagiert. Zu den Beschwerden kam die Veröffentlichung der Zahlen des Statistischen Bundesamtes im Jahre 2013, dass allein der Aufwand an Pflegedokumentation jährlich nahezu 28 Millionen Euro an Kosten verursacht sowie mindestens zwei Studien, die belegen, dass der administrative Anteil an Pflegearbeiten inzwischen 20 bis 30 Prozent der Bruttoarbeitszeit auffrisst. Erst jüngst hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder aus diesem Anlass die Bundesregierung aufgefordert, ihre Bemühungen um die Entbürokratisierung der Pflege fortzusetzen. Mehr als Grund genug also, den Hauptverursacher von Bürokratie genauer unter die Lupe zu nehmen: die Pflegedokumentation. Zumal diese mit der Einführung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVs) quantitativ endgültig aus dem Ruder gelaufen ist.

Unter der Leitung von Elisabeth Beikirch nahmen insgesamt 26 stationäre und 31 ambulante Pflegeeinrichtungen am Projekt „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ des Bundesministeriums für Gesundheit teil. Das Senioren-Zentrum Haus Edelberg in Stutensee-Friedrichstal bei Karlsruhe war eine der Einrichtungen, die sich an dem Projekt

von Mitte Oktober 2013 bis Mitte Januar 2014 beteiligt haben (Praxisbericht ab Seite 20).

Das Ziel aus den Augen verloren

Die Pflegedokumentation mit dem 6-phasigen Pflegeprozess (Schaubild 1, Seite 22) ist bekannt und hat in Verbindung mit den AEDLs nach Krohwinkel

über Jahre die berufliche Sozialisation der Pflegenden – gewollt oder nicht – geprägt. Inzwischen reiht sich Dokumentationsblatt an Dokumentationsblatt, unzählige Zusatzdokumente für nahezu jede potenzielle Pflegebedarfslage und eine nicht zu überschauende Flut an Leistungsnachweisblättern mit endlos vielen Handzeichen.



Elisabeth Beikirch:

„Effiziente Dokumentation wird umgesetzt!“



Auf der Messe ALTENPFLEGE 2014 Ende März in Hannover hat Ombudsfrau Elisabeth Beikirch (Foto) Ergebnisse aus dem Projekt einem interessierten Fachpublikum vorgestellt. Sie ließ keinen Zweifel daran, dass das erprobte Verfahren in die Praxis implementiert werde. Denn der **Projektabschlussbericht** sei durch das Lenkungsgremium gebilligt worden. Er ist seit dem 15. April veröffentlicht (siehe „Mehr zum Thema“). Die Implementierung des Verfahrens werde ca. zwei Jahre beanspruchen. Die Einrichtungen, die im Projekt auf die neue Dokumentationsart umgestellt haben, „**können weitermachen**“, sagte Beikirch. Denn auch **Kassen und MDS** hätten bestätigt, dass die Dokumentationsform mit den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI übereinstimme. „Keine Prüfinstanz kann sagen: So geht es nicht“, versicherte Beikirch. Sie ermutigte die Pflegenden, sich auf ihre **fachlichen Einschätzungskompetenzen** rückzubedenken. Sich vom bloßen Kästchenankreuzen zu lösen und selbst „begründete Zusammenhänge“ herzustellen aus dem Gespräch mit den pflegebedürftigen Menschen, aus dem Zuhören, was diese an Bedarfen, Ängsten und Wünschen äußern. Diese gelte es in eine fachliche Maßnahmenplanung zu überführen. Eine fachgerechte Dokumentation erfordere ein Umdenken bei allen Akteuren, erinnerte Beikirch. Was das Projekt angestoßen habe, sei nichts weniger als ein „kompletter **Paradigmenwechsel**“. Nun gelte es, zwischen den Akteuren verloren gegangenes Vertrauen wieder aufzubauen.

dk

Die Pflegedokumentation hat so eine Eigendynamik entwickelt, zunehmend losgelöst von ihrer eigentlichen Zielsetzung. Und dabei sind die Bewohner immer mehr aus dem primären Blickfeld verschwunden: Es galt die Anforderungen der Behörden MDK und Heimaufsichten zu erfüllen. Ergebnis: Frustrierte und verunsicherte Mitarbeiter, die Prüfergebnisse stehen im Fokus, nicht der Bewoh-

Das Ergebnis des Gesprächs mit dem Bewohner findet sich in der Maßnahmenplanung wieder. 

ner. Als Auslöser des Dokumentationswahrnsinns waren und sind insbesondere zu nennen:


- Verdoppelung der Prüffrequenzen der Behörden und deren individuelle

Anforderungen, Erwartungen und Auslegungen an die Dokumentation.

- Unabgestimmte Auslegung zur Funktion von Expertenstandards (DNQP) seitens der Prüfbehörden.

Die neue Art zu dokumentieren – ein Praxisbericht

Der Mensch im Mittelpunkt

Strukturiert Informationen sammeln  *Die Rückbesinnung auf das Gespräch mit dem Bewohner, um daraus Maßnahmen abzuleiten, ist ein Kerngedanke des Projekts: Praxiserfahrungen des Senioren-Zentrum Haus Edelberg in Stutensee-Friedrichsthal.*

Von Eileen Billmaier

> Damit der Praxistest in der Einrichtung gelingen konnte, wurde eine Arbeitsgruppe mit Eileen Billmaier als Projektverantwortliche eingesetzt. Alle Teilnehmer der Arbeitsgruppe hatten sich schon im Vorfeld mit der Thematik der Pflegedokumentation auseinandergesetzt und waren an einer Reduzierung auf das Erforderliche sehr interessiert. Die Aufgabe der Arbeitsgruppe bestand darin, die Informationen und Hintergründe zu dem Projekt den anderen Mitarbeitern des Hauses zu übermitteln, damit diese sich im Alltag daran beteiligen konnten. Die Aufgabenstellung lautete, in drei Monaten bei mindestens zehn pflegebedürftigen Personen dieses Projekt umzusetzen. Über alle ca. 60 beteiligten Einrichtungen im Projekt hinweg konnte so bei ca. 600 Probanden die konkrete Umsetzung des Strukturmodells erprobt werden.

Bewohner fühlen sich als Menschen ernst genommen

Mit der Eingangsfrage der Strukturierten Informationssammlung (SIS) erfragt die Pflegekraft, wie es dem Bewohner aktuell in der Einzugsphase in die Pflegeeinrichtung geht. Dabei konnten wir Pflegekräfte beobachten, dass die Bewohner sehr emotional in ihren Rückmeldungen waren; das stellte das Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner und Pflegekraft von Anfang an auf eine andere Basis. Die Bewohner begrüßten diese Frage sehr, weil sie sich – und so spiegelten sie es uns – als Menschen wichtig und ernst genommen fühlten. Sehr häufig standen dabei gar nicht die reinen Pflegetätigkeiten im Vordergrund ihres Interesses, sondern subjektive persönlich wichtige Dinge wie z. B. „Kann

mich meine Tochter jederzeit besuchen?“ oder die Möglichkeit der Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten. Die Informationssammlung schließt mit einer Risikoeinschätzung. Hier wird durch Ankreuzen festgehalten, ob der Bewohner bzgl. Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz und Ernährung gefährdet ist und ob eine vertiefende Einschätzung auf Basis eines Assessments erforderlich ist.

Die 5 Themenfelder der Strukturierten Informationssammlung umfassen: 1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 2. Mobilität und Beweglichkeit, 3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen (Bezug auf die Diagnosen), 4. Selbstversorgung (Körperpflege, Kleiden, Ernährung, Ausscheiden), 5. Leben in sozialen Beziehungen. In diesen Themenfeldern wird jeweils knapp und präzise die entsprechende Situation des Bewohners beschrieben.

Individuelle Maßnahmen planen

In der individuellen Maßnahmenplanung, die die bisherige Pflegeplanung ersetzt, werden die individuellen Besonderheiten/ Bedürfnisse beschrieben wie z.B. Essensvorlieben und Abneigungen (biographische Daten).

Danach wird die grundpflegerische Regelversorgung kurz aufgegriffen, in der auch auf die Grundpflegestandards verwiesen wird, damit die Pflegefachkraft nicht mehr ausführlich beschreiben muss, wie z. B. eine Ganzkörperwaschung im Bett durchgeführt werden muss. Ein wichtiger Punkt in der Maßnahmenplanung ist die Rubrik „Besonde-

- Haftungsrechtliche Einflüsse und steigende Regressanforderungen an die Einrichtungen.
- Sozialrechtliche und vertragliche Vorgaben (Bundes- und Landesebene).
- Massive Veränderungen in der Bewohnerstruktur (Arbeitsverdichtung) durch Veränderungen in der Verweildauer und deutliche Zunahme an Kurzzeitpflege.

Rückbesinnung auf vorhandenes Wissen

Die im Folgenden dargestellten Punkte machen deutlich, was sich beim Dokumentieren für die Projekteinrichtungen mit dem Praxistest geändert hat (Schaubild 2, Seite 22): Im Wesentlichen sind es die nachfolgend genannten Sachverhalte, die zu einer ganz deutlichen Reduktion der Pflegedokumentation führen:

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS): Diese setzt sich aus den fünf Themenfeldern des NBA (Neues Begutachtungsassessment) zusammen, welche als Rahmenstruktur analog zu den 13 AEDLs dienen können und von den am Projekt beteiligten Pflegewissenschaftlern als fachlich qualifizierte Methodik bewertet worden sind. Diese Informationssammlung

re Beachtung“. Hier haben wir z. B. dokumentiert, wenn der Bewohner eine Wunde hat oder wenn er Allergien hat etc. Der letzte Punkt der Maßnahmenplanung sind die Behandlungspflegerischen Maßnahmen, diese werden in der bisherigen Form dokumentiert.

Nicht länger Selbstverständliches verschriftlichen

Bei jedem Einzug eines Bewohners war es für uns Projektverantwortliche sehr wichtig, die Mitarbeiter entsprechend anzuleiten und die Dokumentation zu kontrollieren. Es wurde z. B. darauf verzichtet, täglich einen Pflegebericht zu schreiben, da wir über Jahre hinweg angehalten worden sind, Selbstverständliches in Berichten niederzuschreiben. Ein Ziel des Projekts ist es deshalb, gezielt auf Abweichungen zu achten, z. B.: Unwohlsein eines Bewohners, Hautveränderungen, Arztvisiten, Medikamentenänderungen, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Verbesserung des Allgemeinzustandes. Hier war es Aufgabe der Projektverantwortlichen, die Dokumentation täglich zu überprüfen und die Mitarbeiter zu schulen, damit eine professionelle und juristisch korrekte Dokumentation gewährleistet war.

Zufriedenere Bewohner und Angehörige

Bei Einzug der Bewohner in unsere Einrichtung wurden sie im Rahmen des Einzugsgesprächs über den Praxistest informiert und um ihr Einverständnis gebeten. Danach folgte das Erstgespräch. Je weiter das Gespräch fortschritt, desto mehr konnten wir feststellen, dass das Verhältnis zwischen Pflegekraft und Bewohner immer vertrauter wurde. Die Bewohner und deren Angehörige äußerten alle, dass sie deutlich spüren, dass der Mensch selbst wieder im Mittelpunkt steht und nicht nur die Dokumentation. Die Bewohner wurden im Zeitraum ihres Aufenthaltes immer wieder über die Zufriedenheit befragt und äußerten sich dahingehend, dass sie sich sehr freuen würden, wenn in Zukunft wieder mehr Zeit für alle Bewohner wäre.

Optimistische Kollegen

Nach dem ersten Reflektionstreffen im November 2013 fand in unserem Haus mit dem Geschäftsführer ein Treffen für Mitarbeiter statt, indem diese berichten konnten, wie sie den bisherigen Verlauf des Praxistests beurteilen und wie sie damit klarkommen. Die Kollegin

nen und Kollegen machten auch deutlich, dass sie skeptisch sind, ob der Praxistest eine Chance habe, da schon viele Projekte in der Vergangenheit gestartet, aber keines letztlich langfristig umgesetzt worden sei. Die Kollegen waren zum Ende des Treffens jedoch sehr optimistisch in Bezug auf die Projektweiterführung. Alle beurteilten den Praxistest sehr positiv, da sie deutlich mehr Zeit für die Bewohner hatten als bei der bisherigen Dokumentationsform. Die Kollegen hofften alle, dass dies in Zukunft „ihre“ Dokumentation wird und diese neue Form der Dokumentation für alle Mitarbeiter der Pflege bundesweit gelte.

Ermutigende Signale von MDK und Heimaufsicht

Im November 2013 luden wir die für unsere Einrichtung zuständige Heimaufsichtsbehörde ein, und die Projektverantwortliche hat den Praxistest vorgestellt. Der Vertreter der Behörde fand es sehr mutig, dass die Pflegeberichte stark reduziert werden, stufte dies aber als juristisch einwandfrei ein. Auch er betonte, dass es im SGB XI kein Verfahren gäbe, das uns ausdrücklich vorschreibt, wie eine Pflegedokumentation auszusehen hat oder dass eine Pflegeplanung nach den 13 AEDLs geschrieben werden muss. Im Monat darauf luden wir eine Vertreterin des MDK ein. Sie betonte, dass zunehmende rechtliche Auseinandersetzungen in der Langzeitpflege Anreize in die falsche Richtung gesetzt hätten: nämlich so umfassend zu dokumentieren, dass für alle denkbaren Situationen „vorgesorgt“ sei. Beide, Heimaufsicht und MDK, fassten zusammen, dass sie sich für die Bewohner und die Pflege wieder mehr Zeit wünschten und sie hofften, dass der Praxistest in der Zukunft umgesetzt wird.

Mehr zum Thema

🕒 [Info: www.haus-edelberg.de/stutensee-friedrichstal](http://www.haus-edelberg.de/stutensee-friedrichstal)



Eileen Billmaier
Ist Qualitätsbeauftragte Senioren-Zentrum Haus Edelberg
Stutensee-Friedrichstal

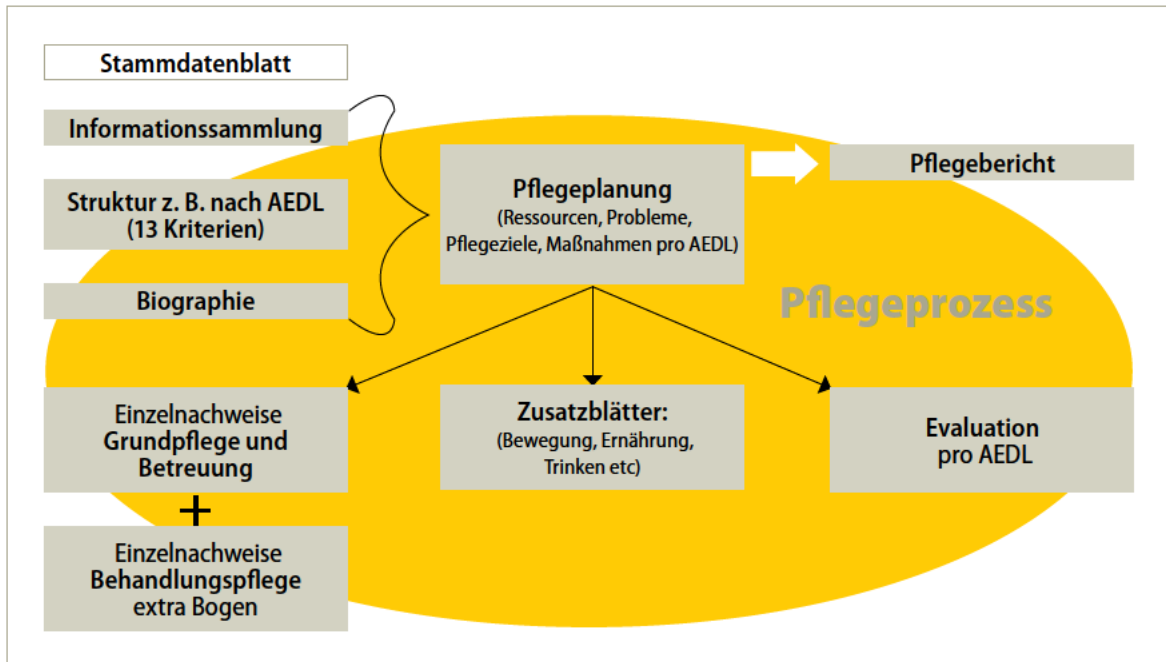


Schaubild 1: Die Pflegedokumentation mit dem 6-phasigen Pflegeprozess hat eine Eigendynamik entwickelt, losgelöst von den Zielsetzungen einer sinnhaften Pflegedokumentation.

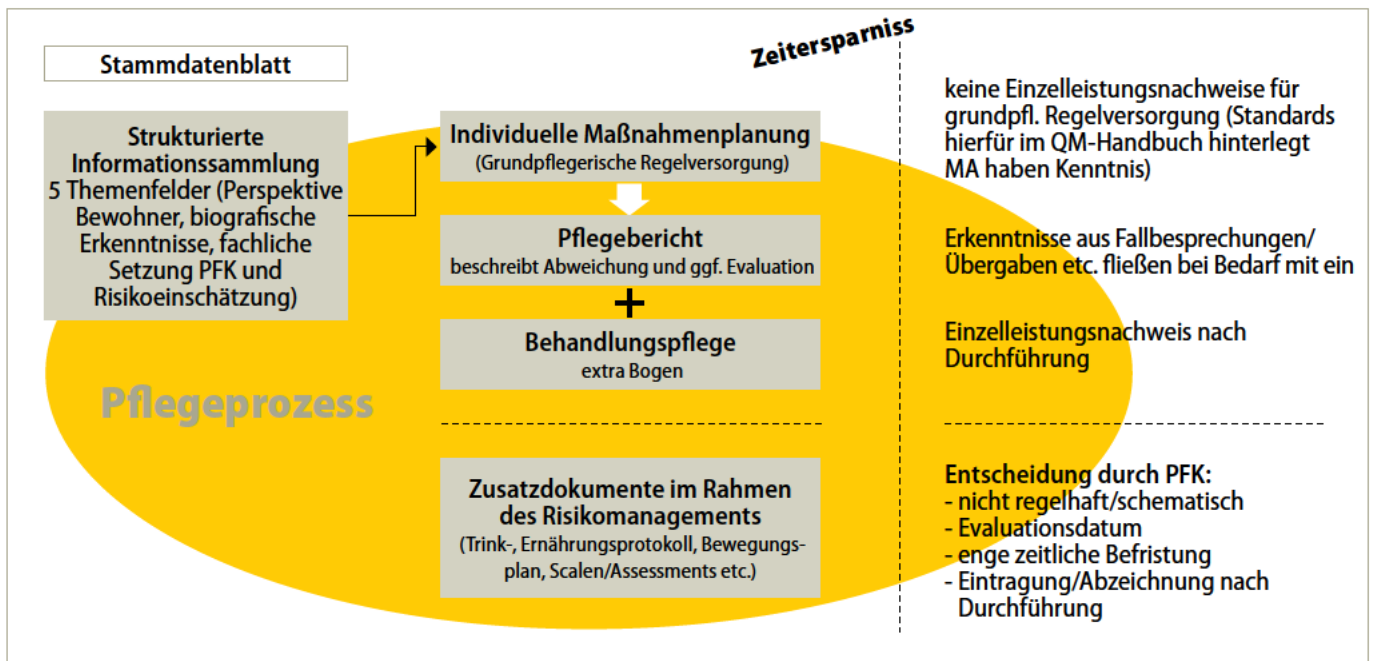


Schaubild 2: Zeitersparnis im Praxistest durch die neue Art, zu dokumentieren.

erfasst die Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege- und Hilfebeschreibung aus Sicht des Klienten. Darauf aufbauend folgt der „professionelle Filter“ mit Beratung zum Pflege und Hilfebedarf einschließlich der Risikoeinschätzung aus Sicht der Pflegefachkraft auf Grundlage der Erkenntnisse aus

Bewohnersicht. Das Ergebnis dieses Gesprächs mit dem Bewohner findet sich als „Aushandlungsprozess“ in der Maßnahmenplanung wieder.

2. Individuelle Maßnahmenplanung:

Auf der beschriebenen Grundlage entsteht die Maßnahmenplanung. Diese umfasst nicht mehr einen in die AEDLs

„zerlegten“ Bewohner und benötigt auch nicht die Untergliederung nach Ressourcen, Problemen, Zielen und Maßnahmen, sondern allein die konkreten Maßnahmen. Damit ist gewährleistet, dass die Pflegeplanung wieder übersichtlich und individuell gestaltet ist. Der gedanklich-fachliche Prozess,

Leistungsnachweise beschränken sich auf die Behandlungspflege und beziehen nicht mehr einzelne Grundpflegeleistungen mit ein.


welche Problemkonstellationen vorhanden sind, welche Ressourcen bestehen und welche Zielsetzungen anzustreben sind, stellen einen Denk-Prozess dar, dessen Ergebnis sich in Form konkreter Maßnahmen widerspiegelt und nicht kleinschrittig wie bisher beschrieben wird. Dabei geht es nicht um Routinemaßnahmen, sondern um die im Einzelfall bewohnerbezogenen wichtigen Maßnahmen. Für die Mitarbeiter erübrigt sich die unsägliche Diskussion, ob das Problem, die Ressource oder das Ziel richtig formuliert ist. Letztlich entscheidend ist für den Bewohner die richtige Maßnahme!

3. Pflegebericht: Dieser bezieht sich sowohl auf die Maßnahmenplanung als auch definierte Grundpflegestandards und umfasst die Abweichungen von den Regemaßnahmen, die Dokumentation tagesaktueller Ereignisse, krankheitsbedingte Vorkommnisse, aber keine Routineeintragungen.



4. Leistungsnachweise: Diese beschränken sich auf die Leistungen der Behandlungspflege und nicht mehr wie bisher auf die (einzelnen) Grundpflegeleistungen. Die Aussage, „was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht“ ist in dieser Pauschalität nicht richtig. Diese Annahme gilt grundsätzlich aus haftungsrechtlicher Sicht für den medizinischen Bereich der Dokumentation. Das sinnentleerte Abzeichnen von Einzelleistungsnachweisen hat sich ohnehin nie wirklich jemandem ernsthaft erschlossen, außer Heimaufsichtsvertretern oder Qualitätsprüfern, die sich nicht die Mühe machen wollten (oder konnten), sich wirklich nachhaltig mit der Thematik der Ergebnisqualität auseinanderzusetzen.

5. Behandlungspflege: Die Dokumentation und Nachweise im Bereich der Behandlungspflege werden unbenom-

men von den übrigen Anpassungen weiter gehandhabt wie bisher.

6. Zusatzdokumente: Protokolle wie Ernährungsprotokoll (Tellerprotokoll) oder Bewegungspläne stellen die Ausnahme und nicht die Regelanwendung dar. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement definiert unter Beachtung fachlicher Anforderungen deren begründeten Einsatz und auch die jeweilige Befristung in der Anwendung. 

Mehr zum Thema

-  [Download des Abschlussberichts:](http://www.altenpflege-online.net/Arbeitshilfen/Downloads) www.altenpflege-online.net/Arbeitshilfen/Downloads unter dem Menüpunkt „Informationen allgemein“
-  [WebTV: Autor Michael Wipp zum Projekt Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation.](http://www.altenpflege-online.net/Infopool/Videos) www.altenpflege-online.net/Infopool/Videos



Michael Wipp
Ist Geschäftsführer der Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft für Senioren mbH in Karlsruhe

Immer nah an den Bewohnern

Sichern Sie sich die optimale Unterstützung im stationären Pflegeprozess mit dem SWING-PflegeprozessAssistenten.

Mit SWING2Go und SWING-CloudService jetzt auch direkt am Bett Ihrer Bewohner!



Besuchen Sie uns: **PFLEGE & REHA**
Halle 4, Stand 4B63
06. – 08.05.2014
in Stuttgart