



Christiane Panka
(Hrsg.)

Pflegedokumentation entbürokratisiert

Reorganisation der Altenpflege
mit dem Strukturmodell

Pflegedokumentation entbürokratisiert

Pflegedokumentation entbürokratisiert

Christiane Panka (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund; Jürgen Osterbrink, Salzburg;

Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln; Franz Wagner, Berlin

Christiane Panka (Hrsg.)

Pflegedokumentation entbürokratisiert

Reorganisation der Altenpflege mit dem Strukturmodell

unter Mitarbeit von
Holger Baumann
Aylin Düsterhöft
Julia Knoppek
Jana Spieckermann
Daniela Stridde
Peter Strosche
Martje Teske
Tanja Treffurth
Britta Walther
Sina Wolfert



Dr. Christiane Panka (Hrsg.), Dipl. Pflegewirtin (FH), Qualitätsmanagerin, Referentin ambulante Pflege und Hospize,
Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V.
Kollwitzstrasse, 94-96
10435 Berlin
E-Mail: panka@paritaet-berlin.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd.: Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3000 Bern 9
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
Fax: +41 31 300 45 93
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg
Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: iStock/fotografixx
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2017
© 2017 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95740-1)
ISBN 978-3-456-85740-4
<https://doi.org/10.1024/85740-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Danksagung	9
Geleitwort	11
Einleitung	13
Teil I:	
Das Strukturmodell – Hintergründe, Modell und Umsetzungshilfen	15
1 Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation	17
1.1 Hintergründe	17
1.2 Das Strukturmodell	28
1.2.1 Erste Schritte zur Entbürokratisierung	28
1.2.2 Kurzer Rückblick auf die Vorarbeiten zum Strukturmodell	41
1.2.3 Erläuterung des Strukturmodells anhand des sechs-schrittigen Pflegeprozesses – Grundlagen	43
1.2.4 Erläuterung des Strukturmodells anhand des sechs-schrittigen Pflegeprozesses – die Schritte	45
1.2.5 Auswirkungen des Strukturmodells auf das Qualitätsmanagement in den Pflegeeinrichtungen	84
1.3 Planung und Durchführung der Umsetzung auf Verbandsebene am Beispiel des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e.V.	86
1.3.1 Paritätischer Wohlfahrtsverband, Berlin e.V.	88
1.3.2 Projektleitung im Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin	88
1.3.3 Organisation der Schulungen	88
1.3.4 Vorbereitung für interessierte Einrichtungen	89
1.3.5 Durchführung der Schulungen	91
1.3.6 Evaluation der Schulungen	92
1.3.7 Organisation und Durchführung der Reflexionstreffen	93
1.3.8 Möglichkeit des Austausches im Sinne von Best practice und Informationen zu Neuerungen	100
1.3.9 Netzwerktreffen	100

Teil II:

Die Praxis	101
2 Praxisbeispiele aus verschiedenen Einrichtungsformen	103
2.1 Einrichtung 1: Fördererverein Heerstraße Nord	103
2.2 Einrichtung 2: Pflegestation City	120
2.3 Einrichtung 3: Pflegewohnheime der Unionhilfswerk Senioren- Einrichtungen gGmbH	140
2.3.1 Einführung und Umsetzung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation im Pflegewohnheim „Am Plänterwald“	163
2.4 Einrichtung 4: BWS Blindenwohnstätten Spandau	172
2.5 Einrichtung 5: Seniorenstiftung Prenzlauer Berg und ihre Tochter- unternehmen	197
2.6 Einrichtung 6: Tagespflege der Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH	219
2.7 Einrichtung 7: Paritätisches Seniorenwohnen, Kurzzeitpflege	243

Teil III:

Zukunft	267
3 Zukunftsperspektiven	269
3.1.1 Risikobereich neues Begutachtungsinstrument	269
3.1.2 Risikobereich Expertenstandards	275
3.1.3 Risikobereich Fachkraftmangel	275
3.1.4 Risikobereich Indikatorenbildung anstelle der QPR	276
3.1.5 Risikobereich Personalbemessung	277
3.1.6 Risikobereich Leitfaden Prävention	277
3.1.7 Fazit	278
3.1.8 Nachsatz	279
Anhang	281
Muster für Verfahrensanleitungen und eine Pflegevisite	281
Verfahrensanleitung für die allgemeine Grundpflege	281
Verfahrensanleitung für die Körperpflege	282
Verfahrensanleitung für das allgemeine Betreuungsangebot	285
Verfahrensanleitung für ein Beschäftigungsangebot: 10-Minutenaktivierung	287
Muster für ein Kurzpflegevisitenprotokoll (nach Panka, 2016)	288
Risikokontrolle (zutreffendes bitte unterstreichen):	289
Maßnahmenplanung nach oder während der Pflegevisite/Abarbeitung:	290
Literaturverzeichnis	291
Autorenverzeichnis	297
Herausgeberin und Autorin:	297
Mitautorinnen und Mitautoren	297
Abkürzungsverzeichnis	301
Sachwortverzeichnis	305

*Wenn der Wind der Veränderung weht,
bauen die einen Mauern
und die anderen Windmühlen.*

(Chinesisches Sprichwort)

Danksagung

Die Idee zu diesem Buch kam mir als Herausgeberin, nachdem ich einige Schulungen zum Strukturmodell durchgeführt hatte und merkte, wie wichtig es war, dieses Modell in der Umsetzung mit Beispielen darzustellen. Praxiserfahrungen, Dinge, die gut gelaufen sind und Dinge, die man nicht unbedingt nachmachen sollte, sind für den Anwender wichtig zu wissen.

Ich bedanke mich bei den beiden Einrichtungen, die Mitglieder im Paritätischen Wohlfahrtsverband sind, dass sie sich aufgemacht und schon in der Testphase der Umsetzung des Strukturmodells mitgewirkt haben. Für die anderen Einrichtungen haben sie so ein Best-Practice System begonnen. Sie berichteten mir von ihren Erfahrungen, ich durfte die Dokumentation anschauen und Muster mitnehmen. Dem Fördererverein Heerstraße Nord e.V. und der Sozialdienste der Volkssolidarität gGmbH ist hier ein großes Lob auszusprechen, denn es ist neben dem Alltagsgeschäft der Pflege keine Selbstverständlichkeit, eine „Windmühle zu sein und keine Mauern aufzubauen“.

Für die Unterstützung bei der Durchführung der Schulungen und einer großzügigen finanziellen Unterstützung sei dem Landesverband Berlin e.V. des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes sowie der Paritätischen Akademie gedankt. Meine beiden Kollegen im Referat Pflege, Altenhilfe und Hospize haben mir geholfen, immer wieder in ihren Fachgruppen vom Stand der Umsetzung zu berichten und die Einrichtungen von

dem Strukturmodell zu überzeugen und zu begeistern.

Doch was wäre ein Buch über ein Modell ohne Erfahrungsberichte von den direkten Umsetzern vor Ort? Es wäre ein theoretisches Werk ohne Praxisbezug. Entstanden ist, durch die Unterstützung von den Mitautoren, dieses Werk als Mischung von Theorie und Praxis. Die Autoren, meist als Qualitätsbeauftragte oder Pflegedienstleitung in Berliner Pflegeeinrichtungen beschäftigt, waren bereit auch in ihrer Freizeit sich mit mir zu Autorentreffs zusammenzusetzen und die Inhalte abzustimmen. Gerade in Zeiten des Umbruchs in der Pflege, kurz vor der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und in Zeiten des Fachkraftmangels, ist das Engagement etwas Besonderes.

In Berlin gibt es noch eine Besonderheit, die hier erwähnt werden muss. Es hat sich eine beachtenswert gute Zusammenarbeit von Einrichtungen, Verbänden und Behördenvertretern entwickelt. Gefördert wurde diese Art der Zusammenarbeit auch durch die Leitung des Kooperationsgremiums – Herrn Elimar Brand. Durch seine offene unkomplizierte Art hat er dafür gesorgt, dass Probleme angesprochen werden konnten und konstruktiv Lösungen gesucht wurden. Auch Frau Dr. Bettina Jonas mit ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen ist ein Dank auszusprechen. Durch ihre Bereitschaft Fragen anzugehen und gemeinschaft-

lich Lösungen zu finden, hat sie das neue Verhältnis zwischen Prüfbehörde und Einrichtungen entscheidend geprägt.

Ein großer Dank geht auch an Frau Beikirch und die Mitglieder des Projektbüros,

die mit viel Engagement dafür gesorgt haben, dass das Modell so eine Verbreitung findet und die Pflege wirklich entlastet wird. Das ist ein Meilenstein in der Pflege!

Geleitwort

Mit Engagement der Bürokratie begegnen

Leistungen in der Pflege sind immer wieder Gegenstand von Diskussionen. Gefordert wird eine Gestaltung optimaler Rahmenbedingungen für die pflegerische Arbeit. Gesprochen wird auch von einem erheblichen Potential zur Optimierung des Zusammenspiels von sozialstaatlichen Verpflichtungen von Pflegeeinrichtungen und sozialstaatlichen Ausgaben. Pflegerische Arbeit und deren Refinanzierung werden zunehmend unter der Perspektive einer reinen Dienstleistung betrachtet. Die Anforderungen an gemeinnützige Pflegeeinrichtungen wachsen stetig. Dazu zählen u. a. eine zunehmende Individualisierung, verstärkte Erwartungen der Leistungsempfänger an individuellen Lösungen mit konkretem Nutzen, relevante soziodemografische Entwicklungen, ein zunehmender Wettbewerb und eine Zunahme der Komplexität von Strukturen und Prozessen. Flankiert wird das Ganze von einem tatsächlichen Fachkräftemangel. Parallel dazu ist die sogenannte öffentliche Meinung nicht die Beste: katastrophale Zustände in der Pflege oder mangelnde Hygiene in Krankenhäusern, um nur einige zwei nennen.

Jeder Mangel in der Pflege ist absolut inakzeptabel. Darin sind wir uns alle einig. Viele Jahre waren sich Pflegewissenschaft und Kostenträger darin einig, dass nur durch detaillierte Beschreibung jedes einzelnen Handgriffs tagtäglich, sich tatsächlich die

Pflegequalität verbessern ließe. Das führte zur Bürokratisierung der Pflege in einem nicht gekannten Ausmaß. Pflege- und Krankenkassen postulierten die Maxime: Handgriffe, die nicht dokumentiert sind, wurden nicht erbracht. Pflegeeinrichtungen verfolgten im Umkehrschluss das Hauptziel, dass die Dokumentation stimmt, wenn der MDK kommt. Im Ergebnis entsteht ein Paradoxon: „Pflegedokumentation gleich Pflegequalität“. Durch den hohen Einzeldokumentationsaufwand sind vor allem die Transaktionskosten enorm angestiegen. Tatsächliche Aspekte der Wirkung der Pflege auf die Lebensqualität der Betroffenen blieben immer weiter außen vor.

Soziale Dienstleistungen und hier insbesondere die der Pflege heben sich von anderen Dienstleistungen aber deutlich ab. Sie entfalten ihre Wirkung erst im Zusammenspiel zwischen dem Pflegepersonal und dem Klienten/der Klientin bzw. deren Angehörige. Entsprechend muss bei der Beschreibung dieser Leistungen stets ein Spielraum bleiben, der es erlaubt, die Leistung an die Bedürfnisse der Klienten/Klientinnen im Einzelfall anzupassen. Diese personenbezogene Beziehungsarbeit verlangt von den Mitarbeitenden in der Pflege hohe Fachkompetenz und ausreichende Erfahrung. Erst diese Kombination – Koproduktion und hohe fachliche Kompetenz – macht pflegerische Arbeit erfolgreich.

Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ist der Weg

in die richtige Richtung, um einerseits die Transparenz der Leistungserbringung sichtbar zu erhalten und andererseits der Pflege ihre professionelle Autonomie zurück zu geben. Das hört sich leicht an, ist es aber nicht. Es handelt sich hierbei schließlich um einen umfassenden Umstellungsprozess, bei dem jede/r Mitarbeiter/In in den Pflegeeinrichtungen mitgenommen werden muss. Und letztlich müssen auch die Sozialversicherungskassen, Vertreter von Politik und Verwaltung, Fachgutachter und viele weitere am Prozess Beteiligte kontinuierlich darauf hingewiesen werden, was an Dokumentation professionell tatsächlich notwendig ist. Das heißt in der Tat: Mit Engagement und einem hohen bürokratischen Aufwand wird versucht, dem Bürokratiemonster Herr zu werden.

Auf diesem Weg können wir als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege beraten, begleiten und unterstützen. Die nachfolgende Dokumentation gibt einen guten Einblick in das Strukturmodell, beschreibt, wie wir unsere Mitgliedsorganisationen konkret unterstützen und gibt einen Raum für Erfahrungsberichte aus Pflegeeinrichtungen.

Es bleibt die Erkenntnis: Mit viel Aufwand wird entbürokratisiert, was vorher bürokratisiert wurde.

*Dr. Gabriele Schlimper
Geschäftsführerin
Paritätischer Wohlfahrtsverband,
Landesverband Berlin e. V.*

Einleitung

Nach der Schulung von mehr als 700 Mitarbeitern¹ von Pflegeeinrichtungen in Berlin zum Strukturmodell wurde der Herausgeberin und Mitautorin bewusst, wie groß sich der Bedarf an weiterer Begleitung bei der Umsetzung und einem – parallel dazu – organisierten Erfahrungsaustausch für die Leitungskräfte darstellte. Aufgrund dieser Motivation wurde das nun vorliegende Buch konzipiert. Es beginnt mit einer Ursachenanalyse, warum in der Pflege immer mehr Zeit für die Dokumentation aufgewendet wurde. Dabei werden unter anderem der Einfluss der Gesetzgebung, der Prüfbehörden und auch die eigene Profession der Pflegewissenschaft, die Dokumentationshersteller und der Einfluss des Managements berücksichtigt.

Im Kapitel 1.2 wird das Strukturmodell erläutert. In der Hinführung werden einige Versuche zur Entbürokratisierung im Vorfeld beschrieben. Ausgehend vom sechs-stufigen Pflegeprozess werden die Vorgaben und die Freiheiten des Strukturmodells, das nur auf vier Stufen beruht, theoretisch aufgezeigt. Grundlage sind die Schulungsunterlagen von dem Projektbüro, die zur Zeit des laufenden Projektes auf der Homepage www.ein-step.de zu finden waren. Ursprünglich sind sie in

der ersten Version nur für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen erarbeitet worden. Schnell breitete sich das Strukturmodell jedoch auch in Wohngemeinschaften (z.B. Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und Intensivpflege), Tagespflegen, Kurzzeitpflegen, SAPV²-Pflegediensten, Behinderteneinrichtungen und Hospizen aus. Die Mitarbeiter des Projektbüros starteten daraufhin für Tages- und Kurzzeitpflegen ein eigenes Projekt, sodass jetzt auch für diese beiden Bereiche auf der oben genannten Homepage auf Schulungsunterlagen zurückgegriffen werden kann.

Im Kapitel 1.3 wird anhand des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e.V. erläutert, wie der Begleit- und Schulungsprozess der Pflegeeinrichtungen ablief, die in diesem Dachverband organisiert sind. Der Prozess begann nach dem Erstkontakt mit dem Ansprechpartner des Verbandes und in Berlin mit einem darauffolgenden Einrichtungsbesuch und der Sichtung der Dokumentation. Nach den Schulungen wurde eine weitere Begleitung angeboten, die individuell unterschiedliche Formen annahm. Für alle Leitungskräfte wurden parallel dazu Reflexionstreffen angeboten. Die Ergebnisse und Problembereiche, die dort diskutiert wurden, werden in diesem Teil mit den wichtigsten Schwerpunkten aufgezeigt. Die aktuellen Informa-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2 Erläuterungen der Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis im Anhang.

tionen wurden über die Homepage, über das Lenkungsgremium, das Kooperationsgremium und über die Mitarbeiter des Projektbüros an die Multiplikatoren weitergegeben. Dieses Schneeballprinzip hat sich nach Ansicht der Herausgeberin bewährt.

Das Kapitel 2 des Buches widmet sich den Berichten und Erfahrungen aus der Praxis. Neun Mitarbeiter aus sieben unterschiedlichen Berliner Pflegeeinrichtungen haben sich bereit erklärt, ihre Erfahrungen bei der Umsetzung des Strukturmodells aufzuzei-

gen. Jeder Mitautor stellt seine Einrichtung und Organisationsstruktur vor, berichtet von der Art der Dokumentation vor und nach der Umstellung, den Strategien für die Planung und den gewonnenen Erfahrungen.

Gerade dieser Teil soll Einrichtungen, die überlegen auch ihre Dokumentation umzustellen, helfen, Fehler zu vermeiden und positive Umsetzungstipps aufzunehmen. Das Buch endet mit Hinweisen zur Vermeidung einer erneuten überbordenden Entwicklung in der Dokumentation.

Teil I:

Das Strukturmodell – Hintergründe, Modell und Umsetzungshilfen

1 Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Im ersten Teil dieses Buches werden die Hintergründe zur Entwicklung der überbordenden Pflegedokumentation, die ersten Versuche zum Abbau der Bürokratie sowie das Strukturmodell selbst und die Umsetzungshilfe durch den Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e. V. beschrieben.

1.1 Hintergründe

Ausgangsbasis

Zur Zeit des Krimkrieges hat Florence Nightingale, als eine der ersten Pflegeethnologinnen, keine Zeit und kaum Papier gehabt, um die Pflegeverläufe zu notieren, geschweige denn umfangreich zu planen. Sie pflegte und versorgte die verletzten Menschen so gut sie es unter den Bedingungen konnte mit frischer Luft und Sonnenlicht (siehe auch Marschall, 2016). Das ist heute deutlich anders.

Die Herausgeberin dieses Buches hat im Jahr 1984 ein „Freiwilliges Soziales Jahr“ in einer stationären Pflegeeinrichtung absolviert und erlebte dabei eine Dokumentationsform, die sich neben der medizinischen Dokumentation, auf ein Buch beschränkte. In diesem Berichtbuch wurde festgehalten, was für die folgende Schicht zu berücksichtigen war. So wusste z. B. der Frühdienstmitarbeiter, was in der Nacht und der Spätdienstmitarbeiter, was im Frühdienst

geschehen war. Das ist die Ausgangssituation, wie viele langjährig tätige Pflegekräfte sie noch in Erinnerung haben. In diesem Kapitel wird hinterfragt, was passiert ist, dass die Dokumentation sich so vermehrt hat. Es wird dargestellt, welche Faktoren dabei eine Rolle spielten. Am Ende des Buches wird auf Grund dieser Faktoren beschrieben, was beachtet werden muss, um einen „Rückfall“ zu vermeiden.

Krankenpflegegesetz/Altenpflegegesetz und ihre Anforderungen

Im Jahr 1985 trat das damals neue Krankenpflegegesetz (Bundesgesetzblatt, 1985) in Kraft. In der dazugehörigen Prüfverordnung findet sich in der Beschreibung des Ablaufs der praktischen Prüfung in § 14 der Vermerk, dass der Prüfling im Stationsablauf die pflegerische Versorgung des Patienten einschließlich der Pflegeplanung, der verwaltungsmäßigen Abwicklung und der zur Durchführung der Pflege gehörigen Übergabe zu übernehmen hat. Die Pflegeplanung wurde seitdem gesetzlich gefordert. In der Altenpflegeausbildung (Bundesgesetzblatt, Altenpflegegesetz, 2003) gab es diese Verpflichtung ebenfalls. Dort steht im § 3 die Forderung einer sach- und fachkundigen, den allgemein anerkannten pflege-wissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechenden, umfassenden und geplanten Pflege.

Pflegeprozess, Pflegeplanung und ihre Auswirkungen

Das Führen einer Pflegeplanung ist Teil des Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess wird in der Literatur als vier-schrittiger durch die WHO, als fünf-schrittiger durch die NANDA (MDS, Grundsatzstellungnahme zum Pflegeprozess und Dokumentation, 2004) oder als sechs-schrittiger (Fiechter & Meier, 1998) Regelkreis dargestellt. Der Pflegeprozess ist das Kernstück der individuellen Pflegeorganisation und sorgt dafür, dass alle einmal geplanten Maßnahmen immer wieder hin- und überprüft werden.

Der Pflegeprozess in 3 Varianten (WHO, F&M, NANDA)

Die Abbildung 1-1 zeigt alle drei möglichen Arten, den Pflegeprozess abzubilden in einer Darstellung zusammengefasst. Ein Teil des Pflegeprozesses ist die Pflegeplanung. Im sechs-schrittigen Modell von Fiechter und Meier (F&M) ist es der Schritt vier, im fünf-schrittigen Modell der NANDA Schritt drei und im Modell der WHO Schritt zwei im Pflegeprozess.

Die praktische Umsetzung der Pflegeplanung erfolgte entweder über ein Papierformular, in dem in einer Tabelle die eruierten

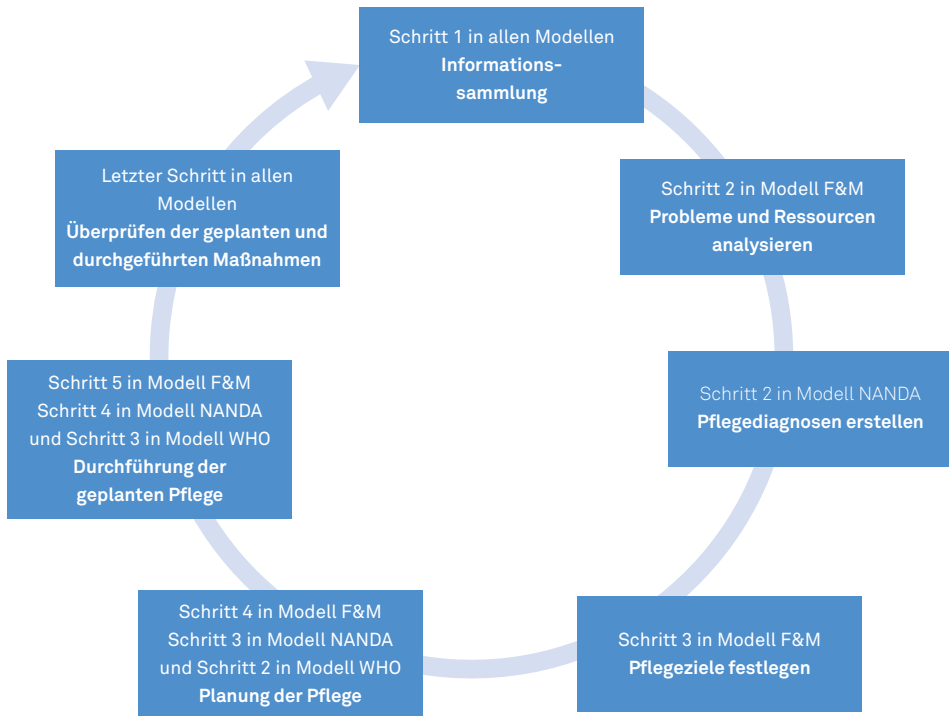


Abbildung 1-1: Der Pflegeprozess in drei Varianten (Quelle: eigene Darstellung)

Probleme und Ressourcen	Ziele	Maßnahmen	Evaluation

Abbildung 1-2: Muster einer Darstellung des Pflegeprozesses ohne Durchführungsnachweis (Quelle: eigene Darstellung)

Probleme zusammen mit den Ressourcen, den festgelegten Pflegezielen und den durchzuführenden Maßnahmen mit Raum für Evaluationen abgebildet wurden, oder über eine Eingabemaske in der EDV (siehe Muster Abbildung 1-2). Die Durchführungsnachweise wurden separat geführt.

Häufig verwendete Darstellung des sechs-schrittigen Pflegeprozesses

Die Durchführungsnachweise (Abb. 1-3) mussten, wenn sie in einer Papierdokumentation geführt wurden, jeden Monat neu abgeschrieben werden. Jede geplante durchzuführende Tätigkeit musste in die erste Spalte eingetragen werden und dann nach jeder Durchführung mit einem Handzeichen bestätigt werden. Meist waren diese Bögen für einen Monat und für jeweils eine Schicht erstellt. In einem Drei-Schichtsystem waren also mindestens drei Bögen zur Bestätigung der durchgeführten Pflege in einer Akte zu finden und zu führen. Gegen Ende des Monats wurden dann die Bögen für den nächsten

Monat vorgeschrieben und es waren damit einige Zeit lang auch sechs Bögen in der Akte zu finden.

Pflegetheorien, -modelle und ihre Auswirkungen

Als theoretischer Hintergrund orientierte sich die Pflegeplanung an den aus der Pflegewissenschaft heraus entwickelten Pflege-modellen oder -theorien. Als Beispiele sollen die sehr häufig genutzten 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) von Monika Krohwinkel (1993) und die 12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Liliane Juchli (1998) erwähnt werden. Die Umsetzung der Pflegetheorien wurde in vielen Fällen auf das Erwähnen der Theorie im Konzept und Leitbild und auf das Aufteilen der menschlichen Bedürfnisse in Kategorien reduziert.

In vielen Einrichtungen gab es die Vorgabe, zu jeder möglichen Aktivität des Lebens etwas dokumentieren zu müssen. Zum Erhalt der Übersichtlichkeit wurde für jede

Maßnahmen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	...	
Tätigkeit A	HDZ	...																		
Tätigkeit B	HDZ	...																		
Tätigkeit C	HDZ	...																		
...																				

Abbildung 1-3: Muster für einen Durchführungsnachweis (Quelle: eigene Darstellung)

Probleme und Ressourcen	Ziele	Maßnahmen	Evaluation
Eine Seite zu ATL 1 Ruhens und Schlafen			
Eine Seite zu ATL 2 Sich bewegen			
Eine Seite zu ATL 3 Sich waschen und kleiden usw..			

Abbildung 1-4: Musterdarstellung einer Pflegeplanungsstruktur nach ATL (Quelle: eigene Darstellung)

Aktivität ein eigenes Blatt verwendet (siehe Abbildung 1-4). So wurden zusätzlich zu den ehemals nur vorhandenen Berichten mindestens 12 bis 13 Seiten zusätzlich geschrieben. Bei aufwändiger Pflege konnte sich die Seitenzahlen auch verdoppeln.

Qualitätsprüfungen und ihre Auswirkungen

In einem weiteren Gesetz, dem Pflegequalitätssicherungsgesetz (Bundesrat, 2001), wurde in § 80 und 80a SGB XI gefordert, dass eine zugelassene Pflegeeinrichtung verpflichtet ist, Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen. In diesen Paragraphen ist auch festgeschrieben, dass die Einrichtungen Prüfungen der Qualität in der Pflege zulassen müssen. Pflegeergebnisse, Versorgungsabläufe und die Qualität sollen in der Prüfung nachgewiesen werden. Die ersten Überprüfungen dieser Art erfolgten 1995 im stationären Pflegebereich und seit 1996 im ambulanten Bereich. Jede Einrichtung war bestrebt, möglichst gute Prüfergebnisse zu erreichen. Dazu wurden Qualitätsmanagementsysteme, wie DIN ISO (TÜV SÜD, 2013) oder EFQM (Qualität, 2015), zur Strukturierung der qualitätssichernden Maßnahmen eingeführt und umfangreiche Handbücher geschrieben, die die einzelnen Prozesse darstellten.

Seit Herbst 2009 wurden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen im Internet für jeden zugänglich eingestellt. Die Prüfungen erfolgten ab sofort jährlich. Die Prüfer des medizinischen Dienstes der Krankenkassen erhielten regelmäßig Schulungen zum Prüfkatalog sowie zu Sonderthemen. Außerdem ist das interaktive Online-Lern-Portal „MD Campus“ jederzeit zugänglich (Sengebusch, 2016).

Eine Schwierigkeit für die Prüfer waren die unterschiedlichen Methoden der Einrichtungen den Pflegeprozess zu dokumentieren. Sie hatten sich vor Ort auf die jeweiligen Einrichtungen mit deren individuellen

Dokumentationssystemen einzustellen. Das erschwerte gerade in den ersten Jahren die Prüfungen. Dazu kam das unterschiedliche Wissen der Prüfer. Der eine Prüfer hatte sich z. B. gerade in einem Fachbereich spezialisiert und fragte da intensiver und gab dazu Beratungen, im nächsten Jahr kam dann ein anderer Prüfer, der evtl. einen davon abweichenden Schwerpunkt in der Fachlichkeit hatte und wieder anders beriet. Das stellte die Einrichtungen vor große Probleme. Oft wurden als Folge der Prüfungen Prozesse verändert und Dokumente angepasst, die im Folgejahr wieder rückgängig gemacht werden mussten. Die Auswirkungen auf die Dokumentation mit dem Druck für die Pflegedienstleitungen eine gute Prüfung absolvieren zu wollen, waren hoch. Als Beispiel soll hier auf das Thema: „Umgang mit Kontrakturengefahr“ intensiver eingegangen werden:

Dokumentationsveränderung am Beispiel der Kontrakturengefahr

Eine Frage im Prüfkatalog des medizinischen Dienstes, die sich erheblich auf die Dokumentation auswirkte, war die Frage nach dem Umgang mit Kontrakturen. So hieß bis zum Dezember 2016 z. B. die Prüffrage in der Qualitätsprüfungsrichtlinie (MDS, 2014) ambulant:

- Frage 14.6: Wird bei Kontrakturengefahr mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?

Als Antwortmöglichkeiten musste von den Gutachtern zwischen ja, nein oder t.n.z. entschieden werden. Berücksichtigt werden sollte bei der Antwort, ob

- a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt wurden,
- b. Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken, geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen beraten werden (z. B.

- Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel),
- c. der Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht war,
 - d. die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar war,
 - e. die Auswertung der Nachweise sowie
 - f. eine Information an den Hausarzt und die Pflegekasse erfolgte und ob
 - g. haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken angewendet wurden.

Als Begründung wurde im Text benannt, dass eine Kontraktur immer Folge mangelnder Bewegung des betroffenen Gelenks sei. Eine Reihe von Ursachen könne dazu führen, dass der Pflegebedürftige die Gelenke nicht mehr bewege. Im Folgenden wurden fünf Ursachen und vier Kontrakturformen formuliert. Es folgten viele Tipps, was bei Kontrakturen und zur Vermeidung derselben unternommen werden sollte. Ein Beispiel wird hier ausgewählt: Alle gefährdeten Gelenke sollten mindestens dreimal täglich in jeweils drei Wiederholungen bewegt werden, um Kontrakturen zu vermeiden. Folgen dieser Frage waren in vielen Einrichtungen das Integrieren von Bewegungsplänen, um diese Bewegungsübungen aktiv oder passiv in der Dokumentation nachzuweisen (MDS, 2014). Um Kontrakturen oder Bewegungseinschränkungen im Detail zu beschreiben (Anforderung a: Probleme/Defizite werden erkannt), haben einige Einrichtungen es als Aufgabe der Pflegenden angesehen, die Einschränkungen in der Bewegung zu messen. So wurden Winkelmessgeräte angeschafft und diese, eigentlich für Physiotherapeuten vorbehaltene Aufgabe (Desimed, 2016), versucht zu übernehmen. Das Messverfahren ist nicht Teil der Pflegeausbildung (Huhn, 2012, S. 19)

Das gemessene Bewegungsausmaß wurde wiederum auf separaten Bögen notiert. Viele Dokumentationsanbieter haben dazu Bögen entworfen, ein Beispiel ist bei

„Dan Produkte“ auch heute noch zu finden (Christiansen, 2016). Viele wissenschaftliche Untersuchungen haben aufgezeigt, dass es keine wirksame Therapie bei Kontrakturen gibt (Huhn, 2012). Die Pflegenden können im Aufnahmeprozess und im Verlauf der Pflege eine Bewegungseinschränkung feststellen und notieren, aber die Ursachen und Gründe dieser Bewegungseinschränkung sind äußerlich nicht für jeden zu erkennen. Dazu gehört eine tiefer gehende Diagnostik durch die Ärzte.

Zusätzlich zu einem Kontrakturerhebungsbogen musste bei vorhandenen Bewegungseinschränkungen noch eine Menge an weiteren Bögen oder Eingabemasken in der EDV eingesetzt werden:

- Anforderung b: Nutzung eines Beratungsblattes/-maske
- Anforderung c: Nutzung eines Hilfsmittelblattes/-maske
- Anforderung d: Notierung über die Durchführungsnachweise
- Anforderung e: Notierung über die Evaluation in der Pflegeplanung
- Anforderung f: Nutzung eines Kommunikationsblattes/-maske mit dem Arzt, evtl. Faxvordruck für die Pflegekasse
- Anforderung g: Nutzung eines Lagerungs- und Bewegungsplans/Eingabemaske mit Durchführungsnachweis

Diese eine Prüffrage hat dazu geführt, dass in vielen Einrichtungen für dies Thema bis ca. fünf Blätter/Eingabemasken geführt wurden. Als Folge der wissenschaftlichen Untersuchungen und Feststellungen wurde die Frage aus der Qualitätsprüfrichtlinie für die stationäre Pflege aus dem Jahr 2005 entfernt. Ob die Pflegenden die gewohnten vielen Dokumente, die diese Prüffrage nach sich zog, nun wieder aus den Akten entfernen, wird sich zeigen. Auch ob sich die Dokumentationsanbieter dazu entschließen, die Vorlagen aus ihrem Verkaufsangebot zu nehmen, wird zu beobachten sein.

Landesspezifische Unterschiede bei den Qualitätsprüfungen

Die Prüfrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände gelten für ganz Deutschland. Jedoch gibt es 16 verschiedene MDK-Landesverbände und in jedem Bundesland noch zusätzlich die privaten Prüfdienste. Des Weiteren unterscheiden sich die Schulungsprogramme der MDK-Landesverbände, die Unterschiede in der Umsetzung und Auslegung zur Folge haben. Sichtbar wurde dies, als die ersten Prüfergebnisse über das Internet öffentlich zugänglich wurden. Im 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI werden die Unterschiede in den Kurzberichten der Länder ab Seite 105 deutlich dargestellt (Brüggemann, 2007). Als Folge hat sich der MDS, als eine medizinische und pflegefachliche Expertenorganisation, die die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene – insbesondere den GKV-Spitzenverband – berät, eine Aufgabe gesetzt: Die fachliche Arbeit des MDK, also die Begutachtung und Beratung in den Ländern, soll nach bundesweit einheitlichen Kriterien koordiniert und sicher gestellt werden (Pick, 2016).

Ländergesetzgebungen

In den einzelnen Bundesländern existieren Gesetze und Verordnungen, die in den jeweiligen Ländern die Pflegedokumentation steuern und beeinflussen. Dazu gehört die ehemals bundesweit geregelte Heimgesetzgebung. In einigen Gesetzen, die nun unter verschiedenen Titulierungen festgeschrieben wurden, gibt es Vorgaben für die Pflegedokumentation, die in Rahmen von Prüfungen kontrolliert werden. Da in diesem Buch Einrichtungen aus Berlin ihre Umsetzung beschreiben, ergibt sich ein Blick in das Berliner Heimgesetz (WTG). Dort wird in der Anlage 1 der Prüfrichtlinien nach § 17 WTG (Soziales, 2012) u. a. nach einer Biografie, nach Zielen in der Pflegeplanung und nach

Durchführungsnachweisen gefragt. In jedem Bundesland ist das etwas anders und auch die Überschneidungen mit den MDK-Prüfungsinhalten variieren. So sind z. B. in Baden-Württemberg 68% der MDK- und Heimaufsichts-Prüfungsinhalte gleich (PARITÄTISCHE, 2012). Der Einfluss der Ländergesetzgebung auf die Pflegedokumentation im Allgemeinen ist in den Ländern unterschiedlich. Er hat aber Einfluss auf die Art und Menge der zu dokumentierenden Faktoren und trägt zur vermehrten Dokumentation bei.

Weitere Prüfungen, die teilweise Dokumentationserfordernisse nach sich ziehen sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Prüfungen im Personalbereich, Lebensmittelkontrollen, Hygieneüberwachungen und Sachverständigenprüfungen, Anfragen von Haftpflichtkassen, Kommunikation mit den Sozialhilfeträgern bei Anträgen zur Kostenübernahme und Ähnliches. Das Institut für Gerontologie der Universität Dortmund kommt in einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Studie zu dem Ergebnis, dass allein 980 relevante Rechtsvorschriften in Sozialeinrichtungen berücksichtigt werden müssen (Klie, 2003).

Expertenstandards

Von der Pflegewissenschaft wurden über das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) ab dem Jahr 2000 diverse Expertenstandards entwickelt. Das DNQP ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Personen aus der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft und dem Pflegemanagement, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung beschäftigen. Seit 1999 arbeitet das DNQP in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat zusammen. Die Expertenstandards sollen helfen, einen Status Quo zu beschreiben und den aktuellen Wissensstand darzustellen. Ziel ist eine evidenzbasierte Pflege (siehe auch DNQP, 2015).

Folgende Expertenstandards wurden vom DNQP entwickelt (Erscheinungs- und Überarbeitungsjahr):

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2000, 2004, 2010, in Überarbeitung 2017)
- Entlassungsmanagement in der Pflege (2004, 2009, in Überarbeitung 2017)
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen (2005)
- Sturzprophylaxe in der Pflege (2006, 2013)
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2007, 2014)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2009, 2015)
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2010, 2017)
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (2011, 1. Aktualisierung)
- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (2015)
- Förderung der physiologischen Geburt für das Hebammenwesen (2014)
- Erster Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität (2014 – in der Testphase)
- Pflege von Menschen mit Demenz (Konzertierung für 2017 geplant)

Zur Er- und Bearbeitung eines Expertenstandards wurden jeweils unabhängige Expertengruppen gebildet. Diese bestanden z.B. bei der Überarbeitung des allerersten Expertenstandards zum Thema Dekubitusprophylaxe aus wissenschaftlichen Mitarbeitern, Professoren der Pflegewissenschaft, Patientenvertretern, Pflegenden aus dem Krankenhaus, der Altenpflege und aus dem Beratungs- und Ausbildungssektor.

Die Entwicklung eines Expertenstandards läuft in folgenden Schritten ab: Expertengruppen analysieren zu jedem neuen Expertenstandard bzw. bei jeder Aktualisierung

als ersten Schritt die nationale und internationale Fachliteratur. Der Expertenstandard wird als Entwurf erstellt. Es folgt eine Veröffentlichung im Internet, bei der das Ergebnis der Fachöffentlichkeit präsentiert und zur Diskussion gestellt wird. So erfolgt eine Konsensfindung mit der breiten Öffentlichkeit. Nach Abschluss dieser Phase erfolgt die Konsensus-Konferenz mit einer kritischen und fundierten Auseinandersetzung des Themas mit allen interessierten Fachpersonen. Neue Expertenstandards werden modellhaft in 20–25 Einrichtungen des Gesundheitswesens implementiert. Die Auswertung dieser modellhaften Implementierung wird dann in einem Workshop vorgestellt. Der Expertenstandard wird daraufhin als Buch gedruckt und ist damit verbindlich fertiggestellt. In der folgenden Abbildung 1-5 ist der Prozess der Erstellung der Expertenstandards dargestellt.

Prozess der Erstellung von Expertenstandards bis 2017

Expertenstandards erfreuen sich in der Pflege und vor allem in der Rechtsprechung großer Anerkennung. Sie wurden bereits kurz nach dem Erscheinen bei Gerichtsverfahren als Entscheidungsgrundlage angesehen. Seit 2008 haben sie im Pflegeversicherungsgesetz (Bundesgesetzblatt, 2008) Eingang erhalten. Der erste Expertenstandard, der nach diesem Gesetz Verbindlichkeit entwickeln soll, ist der oben erwähnte zum Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität“.

Die Expertenstandards sind alle nach dem gleichen Prinzip aufgebaut. Neben einer erläuternden Präambel liegt der Standard immer in Form eines DIN-A4-Blattes im Querformat vor. Im Titel des Dokumentes steht der Name des Standards und sein Aktualisierungsstand. Darunter erfolgt die Beschreibung des Zieles und eine Begründung dazu. Den Hauptteil des Dokumentes nimmt die Tabelle ein. Sie ist in drei Spalten

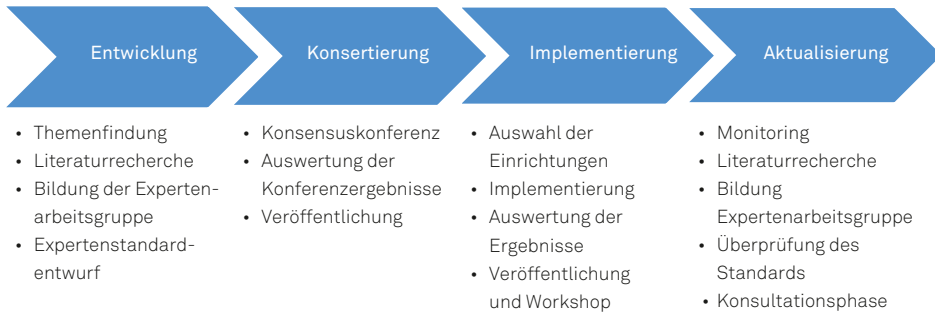


Abbildung 1-5: Prozess der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards (angepasst nach DNQP, 2015, S. 7)

gegliedert, in denen die Struktur, der Prozess und das erwartete Ergebnis beschrieben werden. Der Teilbereich Prozess fordert in allen Expertenstandards eine Beurteilung des Risikos. Diese Beurteilung soll systematisch erfolgen, einmal zu Beginn des pflegerischen Auftrags und dann in individuell festgelegten Zeitabständen sowie unverzüglich bei akuten Veränderungen. Im ersten Schritt ist ein Initialassessment gefordert. Ein Differentialassessment wird genutzt, wenn bei diesem Assessment ein Risiko erkannt wird, aber weitere Informationen notwendig sind oder das Risiko nicht klar erkannt ist.

Jede Einrichtung versuchte seit der Einführung der Expertenstandards, diese so gut wie möglich umzusetzen. Als Konsequenz wurden zur Beurteilung von verschiedenen Themenbereichen Risikoeinschätzungsskalen, die in den jeweiligen Expertenstandards empfohlen wurden, eingeführt. Die Fähigkeit mit der eigenen Fachlichkeit einen Tatbestand zu bewerten (Bartholomeyczik, 2016) wurde dadurch häufig unterdrückt und die Bewertung durch Zahlen rückte in den Vordergrund. Die Differenzierung zwischen Initialassessment und Differentialassessment fand selten statt, es sei denn ein Instrument, wie z. B. das MNA, bildet beides ab (Nestlé, 2012).

Die Forderung nach der systematischen Beurteilung setzen viele Einrichtungen so um, dass das Verwenden der Skalen als Me-

thode der Beurteilung fester Bestandteil der Pflegedokumentation wurde. Die Skalen wurden nun regelmäßig und nicht individuell genutzt. Im Extremfall gab es zu den Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege (z. B. Braden-Skala), Sturzprophylaxe in der Pflege (z. B. Sturzrisikoskala nach Huhn), Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (Screening und Assessment aus dem Expertenstandard), Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (z. B. PEMU), Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (z. B. numerische Rangskala) sowie Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (z. B. ECPA bei nicht auskunftsfähigen Menschen) je eine Skala zum regelmäßigen Verwenden. Bei den Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege und Pflege von Menschen mit chronischen Wunden wurden im Bedarfsfall entsprechende Wundprotokolle und Entlassungsvorbereitungsbögen ausgefüllt.

In der Überarbeitung der Expertenstandards hat man dieses Phänomen schon teilweise berücksichtigt. So wurde z. B. in der Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege davon Abstand genommen, regelhaft die Bradenskala zu nutzen. Es gab aber nur wenige Einrichtungen, die sich danach sofort von diesen Skalen verabschiedet haben.

Haftpflichtprozesse

Durch die Expertenstandards, aber auch häufig durch Urteile in Gerichtsprozessen (Höfert, 2009, S. 93) inspiriert, wurden zusätzlich zur Pflegeprozessdokumentation verschiedene Checklisten eingeführt. Hierzu gehören z. B. Pläne, in denen die Trinkmenge notiert werden soll. Diese sogenannten Trinkprotokolle sind durchaus sinnvoll, wenn sie über wenige Tage konsequent geführt werden und dann eine Auswertung mit der Ableitung von Konsequenzen und deren Umsetzung erfolgt. Eine konsequente Umsetzung kann z. B. das Reichen eines Lieblingsgetränks oder die Veränderung des Trinkgefäßes sein, wenn sich damit das Trinkverhalten ändert.

Trinkprotokolle werden jedoch häufig bei Menschen, die z. B. an Demenz erkrankt sind, kontinuierlich geführt, ohne dass daraus eine pflegerische Konsequenz erfolgt. Durch das reine Führen dieser Protokolle wird letztendlich die Trinkmenge nicht gesteigert. Trinkpläne wurden auch dafür genutzt, den Skandalberichten der Presse entgegen zu wirken, in denen oft notiert wurde, dass in den Einrichtungen alte pflegebedürftige Menschen verdursteten und verhungerten (Sammlung von Zitaten und Quellen siehe auch im Alzheimerforum, Fussek, 2013). Der ursprünglich aus der Abrechnungsprüfung der Finanzwirtschaft abgeleitete Grundsatz galt von nun an: „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht!“ (Höfert, 2009). Eine inflationäre Nutzung dieser Protokolle der Trinkmengen hatte zur Folge, dass oft die Mengen nicht vollständig notiert oder die Summen nicht täglich gebildet wurden.

Einfluss des Managements

Eine Hauptaufgabe der Leitungskräfte der Einrichtungen ist es, allen gesetzlichen, prüfungsbezogenen und innerbetrieblichen Anforderungen gerecht zu werden. Dadurch stehen sie oft unter Zeitdruck und ihnen fehlt

die Zeit, regelmäßige Kontrollen vor Ort durchzuführen. Als besonders nachteilig im Bereich des Einflusses des Managements wird ein angespanntes Betriebsklima genannt (Behr, 2015). Zur eigenen und rechtlichen Absicherung führen sie bei angespanntem Betriebsklima viele Regelungen ein, die zu mehr Dokumentation führten. Die Dokumentation wird als Instrument zur Absicherung und trügerischer Beruhigung eingesetzt. Drei Beispiele sollen hier genannt werden.

Ein Teil der Pflegedokumentation ist das **Berichtswesen**. Unwichtiges und Selbstverständliches wurde neben wichtigen Informationen dokumentiert. So gab es „inhaltsreiche“ Aussagen, wie die, dass der Klient geschlafen habe oder dass er nach Plan gepflegt worden sei. Verpflichtende Regelmäßigkeiten der Berichterstattung wurden festgelegt (z. B. einmal pro Woche, einmal pro Schicht oder einmal vor dem nächsten Dienstreis). Durch diese Verpflichtung musste auch etwas geschrieben werden, wenn die pflegerische und mentale Situation stabil und unverändert war. So entstand ein ausuferndes Berichtswesen.

Die Dokumentation ist so aufgebaut, dass durchgeführte Leistungen als **Leistungsnachweise** mit einem vorher festgelegten Handzeichen „unterschieden“ werden müssen. Jeder Mitarbeiter hat sein eigenes unverwechselbares Handzeichen in einer Handzeichenübersicht hinterlegt. Diese Leistungsnachweise wurden für alle möglichen kleinteiligen Einzelleistungen, die jeden Monat in Listen neu geschrieben werden mussten, eingeführt. Diese Tätigkeit wurde jährlich rund 408 Mio. Mal durchgeführt (Bundesamt, Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung., 2013). Pro Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung fallen dabei im Durchschnitt 9 Minuten pro Tag an. So wurde z. B. nicht nur die Körperpflege am Waschbecken als Einzelleistung aufgeführt, sondern detailliert der Oberkörper, der Unterkörper, die Hautpflege insgesamt und

Ähnliches. Mussten dann nach einem anstrengenden Dienst diese Listen abgezeichnet werden, wurden diese Handzeichen je nach Menge langsam immer unleserlicher. Der Durchführende war oft nicht mehr nachvollziehbar.

Auch die **Bewegungs- und Lagerungsprotokolle**, in denen kleinschrittig zu jeder Zeit z. B. bei einem Dekubitusrisiko jede Bewegung der Pflegebedürftigen festgehalten wurde, entstanden nach entsprechenden Prozessen. In den Prozessen wurde über die Entstehung von Dekubitus als Pflegefehler verhandelt (siehe auch Dekubitus-Urteile des OLG Oldenburg, 2000–2005)

Einfluss der Dokumentationsanbieter

Der Einfluss auf die Dokumentation durch die Dokumentationsanbieter hat sich im Laufe der Zeit verändert. Unternehmen, die neu auf den Markt kommen, bieten meist ein passgenaues Angebot für einen Anwendungsbereich an. Nach individuellen Kundenwünschen entwickeln sie die Software mit der Zeit weiter und verkaufen diese an Neukunden als erweiterte Version. Die Neukunden denken oft, dass alles so dokumentiert werden muss, wie es die Firma anbietet ohne zu reflektieren, was wirklich notwendig ist oder sie finden einfach Gefallen an den

Zusatzteilen. Schon ist der Schreibaufwand größer geworden und die Programme werden immer komplexer. Bei Dokumentationsanbietern, die Papierdokumentation verkaufen, ist der gleiche Effekt zu beobachten. Die Kataloge mit den Mustern an Dokumentationsmöglichkeiten werden immer umfangreicher.

Politische Änderungen im Bereich der Pflege, wie die Änderung des Begutachtungsinstrumentes, tragen ihren Teil dazu bei. Sie werden teilweise in die Software integriert. Module zur Berechnung des Pflegegrades werden mit der Devise, dass es ohne dieses Modul nicht möglich ist wirtschaftlich zu arbeiten, angepriesen und verkauft. Änderungen in der Pflegewissenschaft, wie die Expertenstandards, werden ebenfalls in die Software integriert. Hier wird dann nicht nur eine Skala angeboten, sondern gleich mehrere.

Entwicklung der überbordenden Dokumentation in der Software

Kommt nun eine Neuerung, wie das Strukturmodell, die auf einmal „Reduzierung“ des Angebotes heißt, ist das für viele Softwarefirmen ein Problem. Es lässt sich schwer umsetzen (siehe Abb. 1-6).

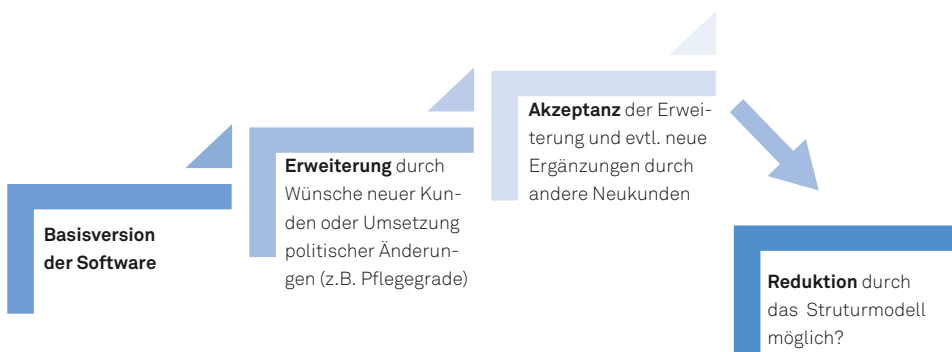


Abbildung 1-6: Entwicklung der überbordenden Dokumentation in der Software (Quelle: eigene Darstellung)

Zeitliche und finanzielle Auswirkungen

In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI (MuG) heißt es: „Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein und sich am Pflegeprozess orientieren. (...) Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen verhältnismäßig sein und dürfen für die vollstationäre Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen“ (GKV-Spitzenverband, 2016). Zusammenfassend soll nun aufgezeigt werden, welche Dimensionen die Pflegedokumentation angenommen hat, die sich leider nicht annähernd „verhältnismäßig“ und in dem korrekten „wirtschaftlichen Maß“ darstellen lässt.

Es gibt bis jetzt nicht viele Studien, die den Zeitaufwand und die finanzielle Belastung durch die gewaltige Aufblähung der Pflegedokumentation darstellen. Die Bürokratie der Pflegekräfte, gemessen an der gesamten verfügbaren Arbeitszeit, schwankt je nach Untersuchung zwischen 13 und 58 Prozent. Im Pflegeheim wird pro Bewohner ein minimaler Zeitaufwand von 16 Minuten und ein maximaler Aufwand von 35 Minuten pro Tag angegeben (Tölken, 2008). Der finanzielle Aufwand für die Dokumentation wird jährlich auf 2,7 Milliarden Euro beziffert. Das entspricht z.B. dem Hochwasserschutz einer ganzen Stadt. Am Stärksten schlägt dabei mit 1,9 Mrd. Euro das Ausfüllen der Leistungsnachweise zu Buche (Bundesamt, 2013).

Häufig wird beklagt, dass nach dem Einführen der Pflegeversicherung und dem damit einhergehenden steigenden Anteil an Zeit für Dokumentationsarbeiten zu wenig Raum bleibt, um sich mit den psychosozialen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen angemessen auseinander zu setzen (Dr. Glaser & Dr. Höge, 2005). Somit bewirkt die überdimensionale Pflegedokumentation eindeu-

tig eher einen Qualitätsverlust als einen Qualitätsgewinn.

Auswirkung auf die Pflegekräfte

Der Zeitdruck durch die überbordende Pflegedokumentation, dem Personalmangel und einer ineffizienten Arbeitsorganisation kann ganz erhebliche Folgen für die Gesundheit der Pflegenden haben (Thomsen M., 2010). Gerade die psychischen Belastungen in der Pflege führen zu einer steigenden Anzahl krankheitsbedingter Ausfalltage. Im Jahr 2012 waren „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen“ in Berufen des Gesundheitswesens bei 11,6 Prozent der GKV-Versicherten deutlich über dem Durchschnitt von 7,9 Prozent der anderen Berufsgruppen. Sie nehmen über alle Wirtschaftszweige den höchsten Wert ein (Arbeitsmedizin, 2012).

Im Arbeitsschutzgesetz (§ 5) wird eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen gefordert. Entsprechende Mindestanforderungen werden durch die Leitlinien der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) seit 2012 definiert. Diese Art von Gefährdungsbeurteilungen werden laut Abschlussbericht der Dachevaluation der gemeinsamen deutschen Arbeitssicherheitsstrategie trotz verstärkter Aktivitäten der Berufsgenossenschaft noch sehr selten in Pflegeeinrichtungen durchgeführt (L. Lißner, 2014).

Die Arbeit von Pflegekräften beinhaltet ein hohes psychisches und physisches Belastungspotential. Die Pflege kranker und alter Menschen ist eine anspruchsvolle Tätigkeit mit vielfältigen Anforderungen, die von jeder Pflegekraft individuell verarbeitet werden müssen (Behr, 2015). Eine Untersuchung der Fachhochschule Jena zum Thema „Optimierung des Pflegeprozesses in der Pflegepraxis und Pflegedokumentation“ zeigt auf (FH-Jena, 2009, S. 109f) dass unnötige Dokumentation nicht nur wertvolle Zeit in Anspruch nimmt, sondern als „Bal-

last“ erlebt und in ein rein mechanisches Abarbeiten übergeleitet wird. Das eigene Denken wird damit abgeschaltet.

Stressoren in der Pflege

Stressoren werden in vier Gruppen aufgeteilt. Es wird zwischen aufgabenbezogenen Stressoren, umweltbezogenen, betrieblich-organisationalen und überbetrieblichen sowie sozialen und psychomentalen Stressoren unterschieden. Was darunter beispielhaft zu verstehen ist, zeigt die Abbildung 1-7.

Ziel der Politik, der Verbände sowie des Managements in der Pflege sollte sein, einerseits die Stressoren zu reduzieren, andererseits aber auch die individuellen Ressourcen der Pflegekräfte durch Erweiterung der Handlungsspielräume zu stärken. Das Strukturmodell mit einer aktiven Beteiligung der Mitarbeiter bei der Umsetzung kann dazu Erhebliches beitragen, reicht aber allein nicht aus.

1.2 Das Strukturmodell

1.2.1 Erste Schritte zur Entbürokratisierung

Schon vor der Entwicklung des Strukturmodells gab es Ansätze, weniger zu Schreiben. Hier werden beispielhaft einige nach dem Erscheinungsdatum sortiert, aufgezählt und erläutert.

Schleswig-Holstein, 2004

Die Landesregierung in Schleswig-Holstein war eine der ersten, die im Jahr 2002 die Pflegekräfte in den stationären Pflegeeinrichtungen von unnötiger Bürokratie entlasten, mehr zeitliche Spielräume für die Zuwendung zu den Bewohnern schaffen und zugleich einen Beitrag zur Sicherung der pflegefachlichen Qualität leisten wollte (Landtag-Schleswig-Holstein, 2005). Die Landesregierung hat das Modellprojekt „Vereinfachte Pflegeplanung und -dokumentation“ initiiert und in dem Zeitraum von 2002 bis 2004 mit insgesamt 125.000 € gefördert. Grundlage ist das Modell einer „Stan-



Abbildung 1-7: Stressoren in der Pflege (Quelle: eigene Darstellung nach Behr, 2015)