

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)

Abschlussbericht

Elisabeth Beikirch (Projektsteuerung)
Gabriele Breloer-Simon und Friedhelm Rink (Projektkoordination)

Prof. Dr. Martina Roes (Begleitevaluation)
Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Berlin/Witten, April 2014

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit
Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen
11055 Berlin

Druck:
Stand: April 2014

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Ausgangslage und Ziele	6
1. Grundprinzipien.....	7
1.1. Zielsetzung und Aufbau des Strukturmodells (ambulant/stationär) (Anlage 3).....	8
1.2. Zielsetzung und Aufbau der Strukturierten Informationssammlung (SIS) (Anlage 4)	9
1.3. Zielsetzung und Aufbau der Risikoeinschätzung im Kontext der strukturierten Informationssammlung (SIS).....	11
1.4. Rechtliche Einordnung zu Art und Umfang einer Pflegedokumentation	12
2. Organisation und Rahmenbedingungen des Praxistests	13
2.1. Organisation und Testregionen	13
2.2. Teilnahmebedingungen.....	14
2.3. Strukturdaten und bisherige Dokumentationssysteme.....	15
3. Erfahrungen mit den Einführungsveranstaltung und Reflexionstreffen	18
3.1. Einführungsveranstaltung (September 2013)	18
3.2. Erstes Reflexionstreffen (November 2013)	21
3.3. Zweites Reflexionstreffen (Dezember 2013).....	22
3.4. Drittes Reflexionstreffen (Januar 2014).....	23
3.5. Abschließende Betrachtung und Kategorisierung der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen zum Grad der Umsetzung	24
3.6. Zusammenfassende Ergebnisse zu zentralen Themen der regionalen Reflexionsveranstaltungen	26
4. Wesentliche Ergebnisse aus der Begleitevaluation (Martina Roes).....	30
4.1. Auswertung zu den Feldern B und C1 der strukturierten Informationssammlung (SIS)	31
4.2. Auswertung des Feldes C2 der Strukturierten Informationssammlung (SIS)	35
5. Ergebnisse aus der Abschlussbefragungen der Teilnehmer am Praxistest.....	39
5.1 Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur SIS.....	40
5.2 Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung zur Zeitdimension.....	44
6. Abschlussveranstaltung im Rahmen des Praxistests.....	45
7. Zusammenfassung und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen	46
8. Literaturnachweise.....	50
9. Beratende Expertinnen und Experten/Lenkungsgremium.....	52

9.1. Pflegefachliche und Pflegewissenschaftliche Expertinnen und Experten.....	52
9.2. Juristische Expertinnen und Experten.....	53
9.3. Mitglieder des Lenkungsgremiums.....	53
10. Liste der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste im Praxistest	55
11. Anlagenverzeichnis.....	57
Anlagenband:.....	57
Allgemeine Erläuterungen zur praktischen Anwendung (ambulant/stationär) des Strukturmodells, der Strukturierten Informationssammlung (SIS), zum Verfahren der Risikoeinschätzung (Matrix) und der Maßnahmenplanungen.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Strukturierten Informationssammlung (SIS)	30
Abbildung 2: Bewertung der Funktionalität und Plausibilität von SIS (siehe auch Anlage 8)	31
Abbildung 3: SIS und Eingabefeld B und C1 (N=518)	32
Abbildung 4: SIS und Eingabefeld C2 (N=518).....	32
Abbildung 5: Verknüpfung zwischen Feld c1 und Feld c2 (N = 518)	33
Abbildung 6: SIS und Kompatibilität aller Eingabefelder (N = 518).....	34
Abbildung 7: Synthese aus Funktionalität und Plausibilität.....	34
Abbildung 8: Phänomen Sturzrisiko pro Versorgungsart (N=452)	36
Abbildung 9: Verteilung der Einschätzung, dass ein Risiko vorhanden ist	37
Abbildung 10: Zusammenhang zwischen Schmerz- & Sturzrisiko.....	38
Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Sturz- und Ernährungsrisiko.....	38
Abbildung 12: SIS Erprobung und organisatorische Vorkehrungen	40
Abbildung 13: 4 Elemente nachvollziehbar	41
Abbildung 14: pflegerelevante Faktoren erfasst.....	41
Abbildung 15: SIS - Probleme mit den verschiedenen Eintragungsfeldern (B bis C1)	41
Abbildung 16: SIS - Probleme mit dem Eintragungsfeld C2 (Risiko-Matrix)	42
Abbildung 17: Probleme hinsichtlich Anpassung der Maßnahmenplanung.....	43
Abbildung 18: allgemeine abschließende Einschätzung zur SIS	44
Abbildung 19: Berechnung des Median hinsichtlich Zeiteinsparung aus Sicht der am Praxistest beteiligten Mitarbeiter/innen	45

Ausgangslage und Ziele

Im Juli 2013 legte die Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege (OBF) im BMG Empfehlungen zur *Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation* gemäß Auftrag vor. Die Empfehlungen zur Gestaltung eines Strukturmodells der Pflegedokumentation entstanden auf der Grundlage vielfältiger Beratungen mit Experten/-innen aus Fachpraxis und Fachwissenschaften, Prüfinstanzen auf Bundes- und Landesebene sowie haftungs- und soziarechtlicher Expertise. Die Entwicklungsphase der Empfehlungen war getragen durch einen breiten Konsens, dass für das Thema Pflegedokumentation dringend ein Lösungsweg aufgezeigt werden muss, weil es die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsmotivation und Arbeitszeit der Pflegenden beeinflusst und damit auch die Attraktivität der Arbeit in der Pflege mitbestimmt.

Die Grundstruktur und die inhaltliche Ausrichtung des veränderten Dokumentationskonzepts greifen auf fachwissenschaftliche und juristische Wissensbestände zurück, die aufgrund verschiedener Bemühungen auf Bundes- und Landesebene in Modellvorhaben initiiert worden waren, deren Ergebnisse jedoch offensichtlich bisher in der Breite ihre Wirkung verfehlt hatten.

Mit der Entwicklung eines neuen Strukturkonzeptes für die Pflegedokumentation für den ambulanten und den stationären Versorgungssektor wurden folgende Ziele verfolgt:

- bisherige fachliche und juristische Aussagen zur Dokumentation zu hinterfragen,
- Kritikpunkte aus der Fachpraxis und von den Verbrauchern aufzugreifen,
- die Bedeutung von fachlicher Kompetenz und beruflicher Erfahrung der Pflegenden stärker herauszustellen,
- den zeitlichen Aufwand für die Pflegedokumentation möglichst zu minimieren und eine gemeinsame Grundlage für die interne und externe Qualitätssicherung zu schaffen.

Zusätzlich sollte dadurch der von einer breiten Fachöffentlichkeit geforderten Konsens zwischen den Heimaufsichten der Länder und den Kranken- und Pflegekassen sowie den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK'n) und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV Prüfdienst) zur Pflegedokumentation eine substantielle Grundlage erhalten.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die BAGFW und der bpa (Vertragsparteien gem. § 113 SGB XI) haben sich im August 2013 in einem Schreiben gegenüber dem damaligen Bundesgesundheitsminister dafür ausgesprochen, die Empfehlungen der OBF in einem dreimonatigen Praxistest zu erproben und gebeten, entsprechende Fördermittel hierfür bereit zu stellen. Die o.g. Verbände stellten die räumlichen und formalen Vor-

aussetzungen sicher und trafen die Auswahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste in fünf Testregionen (BB, BY, NS, SH und NRW).

Die Länder wurden im September 2013 offiziell von der OBF in die Überlegungen zur Ausgestaltung und das Vorgehen einbezogen. Sie haben sich in einem Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) im November 2013, ebenfalls zur ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation‘ und zur Durchführung eines Praxistests positioniert sowie weiteren notwendigen Handlungsbedarf definiert (Anlage 1).

Im Kern ging es in dem Praxisprojekt um die Erprobung einer zuvor entwickelten, zielgerichteten und optimierten Dokumentationspraxis (Entbürokratisierung), die allerdings auch fordert, Vorgaben des internen Qualitätsmanagements (QM) fachlich zu überprüfen. Das vorgeschlagene Verfahren begrenzt zudem die Pflegedokumentation insgesamt auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß, um so die zeitlichen Ressourcen für die direkte Pflege und Betreuung zu erhöhen. Gleichzeitig ist es notwendig, die Informationen zur internen Kommunikation, zur Qualitätssicherung und zur Transparenz gegenüber dem Verbraucher zu gewährleisten (Anlage 2 - Projektskizze).

1. Grundprinzipien

Die empfohlene **Grundstruktur zur Pflegedokumentation** baut auf einem Pflegeprozess mit **vier** Elementen auf: **Element 1**: die neu entwickelte ‚Strukturierte Informationssammlung‘ (SIS), entwickelt entlang von fünf wissenschaftsbasierten Themen und einem rationalen Verfahren zur Risikoeinschätzung (Matrix) pflegesensitiver Phänomene in der Pflege. **Element 2**: auf Grundlage der SIS kann eine entsprechende individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung ausgearbeitet werden. **Element 3**: die Bearbeitung der Elemente eins und zwei schafft die Voraussetzung für eine veränderte Vorgehensweise mit dem Pflegebericht (Fokus auf Abweichungen) und **Element 4**: festlegen entsprechender Evaluationsdaten (Anlage 3a und 3b).

Wesentliche Grundprinzipien dieser Grundstruktur und der daran gekoppelten Vorgehensweise ...

... sind aus fachlicher Sicht

- die Stärkung der konsequenten Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen.
- die Begrenzung der Verschriftung des Pflegeprozesses auf vier Schritte.
- die Strukturierte Informationssammlung (SIS) auf der Grundlage von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern.
- ein rationaler und fachlich begründeter Umgang mit der Risikoeinschätzung.

- die Beschränkung der Aufzeichnungen im Pflegebericht auf Abweichungen in der Routineversorgung hinsichtlich Grundpflege und Betreuung.

... sind aus juristischer Sicht

- die obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege.
- der Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der **stationären** Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung.
- die haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindliche Vorgaben des internem QM und das Vorhandensein standardisierter Leistungs- und Stellenbeschreibungen.

1.1. Zielsetzung und Aufbau des Strukturmodells (ambulant/stationär) (Anlage 3)

Der Aufbau des Strukturmodells wurde in Anlehnung an die Ergebnisse aus einem Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Bedeutung der Pflegeplanung für die Qualitätssicherung der Pflege (Nr. 261/1996) entwickelt. Der Vorschlag der Pflegewissenschaft war, den Pflegeprozess in vier Schritte zu gliedern (WHO Modell), den Ausgangspunkt konsequent aus dem Blickwinkel des Klienten abzubilden und erst dann mit der pflegfachlichen Perspektive zu verschränken. Diese Grundidee wurde in das Strukturmodell in Form der SIS aufgenommen. Sie wurde mit den verschiedenen Expertengruppen entlang der gegenwärtigen Rahmenbedingungen in der Pflege und den Anforderungen an eine effiziente Pflegedokumentation für die ambulante und die stationäre Pflege konzeptionell angepasst.

Darüber hinaus wurde auch die Entscheidung getroffen, sich in der SIS von dem in der Praxis etablierten ATL Modell nach Roper, Logan und Tierney (1996) bzw. dem AEDL Modell von Krohwinkel (1993) zu lösen. Damit korrespondierte die Idee, sich grundsätzlich von dem schematischen Ankreuzverfahren bei der Maßnahmen- und Pflegeplanung zu lösen sowie pflege- und betreuungsrelevante biografische Daten integrativ und regelhaft, jedoch nicht auf einem extra Bogen zu erfassen. Ergänzend war eine kritische Auseinandersetzung mit schematischen Vorgaben des Qualitätsmanagements zur Risikoeinschätzung und haftungsrechtlichen Aspekten in dem Gesamtkontext erforderlich. Damit wurde zudem das Ziel verfolgt, dass die neue Vorgehensweise (SIS) zu anderen aktuellen Themen in der Pflege und künftigen Entwicklungen anschlussfähig ist.

Darüber hinaus sollte durch das Strukturmodell - angepasst für die ambulante und stationäre Pflege - eine Basis geschaffen werden, um eine grundsätzliche Verständigung aller zentralen Akteure auf Landes- und Bundesebene zu Art und Umfang der Pflege-

dokumentation (Grundstruktur) und die Herstellung von Verbindlichkeit zu erreichen (Verfahrenssicherung).

Im Praxistest (09/2013 bis 02/2014) galt es nun zu überprüfen, inwieweit diese neue Grundstruktur mit ihren vier Elementen (Pflegeprozess) und als Einstieg in den Pflegeprozess die Verwendung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) den fachlichen Anforderungen (ambulant/stationär) der Praxis Rechnung trägt und einen Eindruck zu gewinnen, welcher organisatorische, technische und sächliche Aufwand in der praktischen Umsetzung damit verbunden ist.

Eine grafische und inhaltliche Darstellung zur Grundstruktur und Funktion der vier Elemente einer Pflegedokumentation (vierphasiger Pflegeprozess) mit entsprechenden Erläuterungen sind im Anlagenband zu finden.

1.2. Zielsetzung und Aufbau der Strukturierten Informationssammlung (SIS) (Anlage 4)

Eine Herausforderung war die konzeptionelle Umsetzung durch den Aufbau einer Strukturierten Informationssammlung (SIS), die im Rahmen des Erstgespräches eingesetzt wird.

Den individuellen Wünschen und Vorstellungen der Pflegebedürftigen zu einem selbstbestimmten Leben (auch bei gesundheitlichen Einschränkungen) sowie ihre Wahrnehmungen zur individuellen Situation und den persönlichen Vorstellungen von Hilfe und Pflege sollte bewusst Raum gegeben und aktiv aufgegriffen werden. Diese narrativ erzählten Informationen sollten schriftlich und ungefiltert festgehalten werden. In diesem Punkt wurden die Unterschiede der ambulanten und der stationären Pflege sehr deutlich. Das Aufgreifen dieses Gedankens war für die Pflegefachkräfte der ambulanten Pflege sehr viel selbstverständlicher als derjenigen aus der stationären Pflege.

In Anlehnung an die konzeptionelle Vorgehensweise aus dem oben genannten Forschungsvorhaben und den entwickelten Fragestellungen aus einem weiteren Forschungsvorhaben zur Relevanz des ‚Kontrollbesuchs‘ bei Pflegebedürftigen sowie den Expertenschilderungen zu praktischen Erfahrungen mit einer solchen Fragestellung bei der Pflegeplanung von psychisch Kranken, wurde das ‚Feld B‘ (*Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person*) gebildet, verbunden mit der Aufforderung einer ‚narrativen Erzählweise‘ und bewusst von den Themenfeldern mit ‚fachlichem Filter‘ (*Feld C1 und C2*) abgesetzt.

Einen breiten Raum in dem Exkurs mit Experten und Expertinnen (Vertreter/innen aus Praxis und Wissenschaft) nahm die Diskussion ein, wie das erste Element des Pflegeprozesses - die Informationssammlung - auf eine fachwissenschaftliche Grundlage ge-

stellt werden kann, welche die unter Kap. 1.1. skizzierten Anforderungen erfüllt und gleichzeitig dazu beiträgt, dass der Dokumentationsumfang übersichtlich und praxistauglich bleibt. Nach Vorstellung und Diskussion verschiedener Varianten (z.B. pflegediagnostische Verfahren, Clusterung der AEDL Systematik, Struktur der Pflegecharta, Trajektmodell etc.) wurde sich schließlich dafür ausgesprochen, sich an die Themenfelder des Neuen-Begutachtungs-Assessments (NBA) anzulehnen.

Folgender konzeptioneller Gedanke war hierfür leitend: Den im NBA formulierten Themengebieten zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit lag die wissenschaftliche Analyse von (inter)national bekannten Instrumenten zur Erfassung von Pflege- und Hilfebedarf zugrunde. D.h. es lag eine fundierte Wissenschaftsbasierung der Themenfelder (gegliedert in 7 bzw. 8 Module) vor und in einem Anlagenband zum NBA waren ausführliche Hinweise zur praktischen Nutzung der pflegewissenschaftlichen Literaturrecherchen für die Pflegeplanung vorzufinden. In Zusammenarbeit mit den Experten und Expertinnen wurden entlang der 7 bzw. 8 Module des NBA¹ **fünf** für das SIS pflegerelevante Kontextkategorien gebildet:

1. Kognition und Kommunikation
2. Mobilität und Bewegung
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen,
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen.

Für den ambulanten Sektor wurde die Thematik ‚Haushaltsführung‘ als sechste pflegerelevante Kategorie hinzugenommen.

Mit dieser Entscheidung war eine verantwortbare wissenschaftsbasierte Strukturierung der Informationssammlung definiert, von der angenommen werden konnte, dass die für die Pflege relevanten Themenkomplexe im Kontext der Versorgung pflegebedürftiger Menschen berücksichtigt sind. (Anlage 4a, 4b und 4c)

Um den Pflegefachkräften Hinweise und eine Anleitung für die Umsetzung der SIS zu geben, wurden entlang des Aufbaus der SIS ‚Leitfragen‘² formuliert. Sie sollten die Entwicklung eines abgestimmten Verständnisses bei der praktischen Anwendung und Umsetzung sicherstellen. Eine grafische und inhaltliche Darstellung des Konzepts der Strukturierten Informationssammlung (Felder B und C1) mit den hinterlegten Leitfragen

¹ Module im NBA (2011) Modul 1: Mobilität, Modul 2: kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Modul 4: Selbstversorgung, Modul 5: Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten, Modul 8: Haushaltsführung (nur amb. Pflege).

² Pro pflegerelevante Kontextkategorien (NBA)

und entsprechenden Erläuterungen zur praktischen Anwendung sind im Anlagenband zu finden.

1.3. Zielsetzung und Aufbau der Risikoeinschätzung im Kontext der Strukturierten Informationssammlung (SIS)

Im Mittelpunkt der Kontroverse um eine ‚überbordende‘ Pflegedokumentation ist kein Thema so angstbesetzt und offensichtlich fremdbestimmt aus Sicht der Pflegefachkraft (PFK) wie der sach- und fachgerechte Umgang mit der Einschätzung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen sowie eine diesbezügliche umfangreiche Dokumentation. Die Diskussion hierzu ist geprägt durch viele Spannungsfelder aus denen heraus jeweils Anforderungen an die Pflegedokumentation gestellt werden. Es betrifft haftungsrechtliche Aspekte, Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung, fehlendes fachliches Wissen und Missverständnisse in der Übermittlung der Funktion und praktischen Anwendung von pflegewissenschaftlichen Instrumentarien sowie Vorgaben des internen Qualitätsmanagements.

Insofern war es unabdingbar, diese Thematik im Rahmen einer schlanken Pflegedokumentation aufzugreifen und ein rationales sowie fachlichwissenschaftlich begründetes und angemessenes sowie praxisnahes Vorgehen vorzuschlagen, welches u.a. aktuelle Erkenntnisse aus der Überarbeitung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und jüngste Regelungen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) sowie regionale Entwicklungen aufgreift. Damit ist auch die Erwartung verbunden, dass die Verantwortlichen auf allen Ebenen ihre bisherige Praxis der internen und der externen Qualitätssicherung in diesem Punkt überprüfen.

In Zusammenarbeit mit Pflege- und Qualitätswissenschaftlern wurde für die Risikoeinschätzung in der ambulanten und der stationären Pflege je eine Matrix („Feld C2“) in unterschiedlicher Ausprägung) entwickelt. Mittels eines einfachen - hier gezielt eingesetzten - Ankreuzverfahrens wird eine erste fachliche Einschätzung von der PFK zu möglichen pflegesensitiven Risiken und Phänomenen (in den Kategorien Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz, Ernährung und individuell zu benennendes Phänomen) im Kontext der fünf Themenfelder der Strukturierten Informationssammlung (SIS) verlangt.

Diesem Vorschlag liegen folgende Überlegungen zugrunde:

Bedingt durch die singuläre Bearbeitung der unterschiedlichen Probleme eines Pflegebedürftigen (u.a. bedingt durch die ATL/AEDL Grundstruktur) geht der Zusammenhang dieser pflegerelevanten Aspekte verloren. Durch die Matrixstruktur werden pflegerelevante Phänomene (wie Dekubitus, Sturz etc.) mit pflegerelevanten Kontextkategorien (wie Kognition/Kommunikation, Mobilität/Bewegung etc.) zusammenhängend betrachtet.

Eine Risikoeinschätzung erfolgt in diesem Falle vor dem Hintergrund miteinander korrespondierender Phänomene (wie z.B. Sturz mit Mobilität/Bewegung oder Schmerz mit krankheitsbedingten Anforderungen). Im Anschluss daran kann - auf Grundlage der SIS (inkl. Matrix zur Risikoeinschätzung) - der Handlungsbedarf in der Maßnahmenplanung dokumentiert werden. Der fachlich begründeten Entscheidung zum Umgang mit individuellen Versorgungssituationen wird somit Raum gegeben. Darüber hinaus kann die Matrix für einen Plausibilitätsscheck aller bis dahin verschriftlichten Informationen verwendet werden.

Ausführliche Erläuterungen zu Konzept und zur Wissenschaftsbasierung dieses Vorgehens, der Entwicklung der Matrix und ihrer Verschränkung zu den Themenfeldern der SIS sowie zur Bedeutung der fachlichen Entscheidung von PFK in diesem Prozess, sind in der Anlage 5 dargestellt.

Im Praxistest sollte nun erprobt werden, inwieweit für die PFK und das interne QM diese Vorgehen verständlich und praktisch anwendbar sind und ob es dazu beiträgt, die Bedeutung der Fachlichkeit der PFK in diesem Entscheidungsprozess stärker zum Tragen kommen zu lassen. Die bisherige Praxis eines eher schematischen Umgangs mit Assessments und Skalen sollte kritisch überprüft werden, zugunsten individuell begründeter Entscheidungen und zeitlich befristeter Beobachtungen.

Eine grafische und inhaltliche Darstellung des Konzepts der Matrix (Felder C2) ambulant und stationär) im Kontext der Strukturierten Informationssammlung und entsprechenden Erläuterungen zur praktischen Anwendung sind im Anlagenband zu finden.

1.4. Rechtliche Einordnung zu Art und Umfang einer Pflegedokumentation

Bei den Einführungsschulungen wurden in allen Testregionen massive Ängste von dem Pflegemanagement und den Pflegefachkräften deutlich, inwieweit aus haftungsrechtlichen aber auch aus sozialrechtlichen Aspekten die entwickelte Grundstruktur und das fachliche Vorgehen einer veränderten Praxis der Pflegedokumentation überhaupt tragfähig ist.

Dies war für die Projektsteuerung Anlass, erneut die sie bereits zuvor beratenden juristischen Experten und Expertinnen zu bitten, die abgegebenen Empfehlungen gegenüber der OBF zu überprüfen und sich schriftlich zu positionieren. Es sollte zum einen zu grundsätzlichen Fragen des Haftungsrechts im Kontext der Pflegedokumentation aber auch im speziellen zu dem Satz ‚was nicht dokumentiert ist, ist nicht erbracht‘ Stellung genommen werden. Zum anderen sollte eine Einordnung aus sozialrechtlicher Sicht zur Tragfähigkeit der entwickelten Grundstruktur der Pflegedokumentation und zum Vorgehen erfolgen.

Im Ergebnis der Expertenberatungen der OBF zur Absicherung des Vorgehens im Praxistest liegt nun eine Stellungnahme vor, die aus haftungs- und sozialrechtlicher Sicht grundlegende juristische Aspekte zur Pflegedokumentation aufgreift. Hierdurch werden die Grundstruktur und die Grundprinzipien des Vorgehens bestätigt, aber gleichzeitig die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen für das QM formuliert (siehe Anlage 6).

Die juristischen Expertinnen und Experten stellten weiterhin fest, dass es im Laufe der letzten Jahre zu einer starken Verdichtung der Anforderungen an die Pflegedokumentation gekommen ist. Die Suche nach dem vom Gesetzgeber geforderten fachlich ausreichenden und wirtschaftlich vertretbaren Maß der Dokumentation, verlangt aus ihrer Sicht eine Rückbesinnung auf deren ursprüngliche Primärzwecke, die in den §§ 113 Abs. 1 Satz 4 SGB XI festgelegt sind, wobei verschiedene Regelungen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) hierfür Anregungen zur Weiterentwicklung und für die praktische Umsetzung bieten. Ihrer Meinung nach leistet das Strukturmodell und das erprobte konzeptionelle Verfahren einer veränderten Dokumentationspraxis einen Beitrag hierzu und kann bei Einhaltung der definierten Rahmenbedingungen in der Praxis Anwendung finden.

2. Organisation und Rahmenbedingungen des Praxistests

2.1. Organisation und Testregionen

Der Praxistest (09/2013 bis 02/2014) wurde durch ein Lenkungsgremium von zentralen Akteuren in der Pflege auf Bundesebene und benannten Vertreterinnen der Länder begleitet (siehe Projektskizze). Die zentrale Projektsteuerung (Frau Beikirch) und die Projektkoordination (Herr Rink und Frau Breloer-Simon) mit den Teilnehmer/innen des Praxistests (ambulant/stationär) erfolgten durch ein Projektbüro im BMG. In den Testregionen gab es benannte Projektverantwortliche der BAGFW (Frau Bruhn [Berlin/Brandenburg] und Frau Buhl [Schleswig-Holstein]), des bpa (Herr Lorenz [Niedersachsen] und Frau Taylor [Bayern]) und der OBF (Frau Dr. Kelleter/ Herr Rink [NRW]). Insgesamt beteiligten sich 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste (siehe Punkt 10) an dem Praxistest (Organigramm siehe Anlage 7).

Es wurde bewusst auf die Vorlage einer ‚Musterdokumentation‘ verzichtet, um die Vielfalt und die individuellen fachlichen Gegebenheiten in den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten zu erhalten und eine möglichst hohe Identifikation mit der Pflegedokumentation im Rahmen des Praxistests - auch im Dialog mit dem internen QM - entstehen zu lassen.

Im Praxistest sollte erprobt werden,

- inwieweit Pflegefachkräfte die SIS Felder B, C1 und C2 aktiv nutzen und deren Ergebnisse in die Maßnahmenplanung einfließen.
- wie die Umstellung von einem singulären Ankreuzverfahren auf eine themenfeldbezogene Erfassung gelingt.
- ob über die fünf bzw. sechs pflegerelevanten Kontextkategorien (u.a. Kognition/Kommunikation, Mobilität/Bewegung etc.) alle für die Pflege relevanten Informationen abgebildet werden können und ob sie verständlich und nachvollziehbar für die Pflegefachkräfte sind.
- ob der schriftliche und (und zeitliche) Aufwand minimiert wird sowie Übersichtlichkeit erreicht werden kann.
- inwieweit für die Pflegefachkraft und das interne Qualitätsmanagement dieses Vorgehen verständlich und praktisch umsetzbar ist und ob es dazu beiträgt, die Fachlichkeit stärker zu betonen.

Die bisherige Praxis eines eher schematischen Umgangs mit Assessments und Skalen sollte zudem kritisch überprüft werden zugunsten individuell angepasster begründeter Entscheidungen und zeitlich befristeter Beobachtungen.

2.2. Teilnahmebedingungen

Die Phase der praktischen Erprobung erfolgte im Zeitraum vom 15. Oktober 2013 bis zum 15. Januar 2014.

- In diesem Zeitraum sollten die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste bei mindestens 10 Neuaufnahmen das veränderte Dokumentationsverfahren durch eine erfahrene PFK anwenden und keine weitere parallele Pflegedokumentation (bisheriger Prägung) für diese Klienten zum Einsatz kommen. Das Vorgehen war mit den MDK'n und den Heimaufsichten der Länder in den Testregionen zuvor abgesprochen. Die beteiligten Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste waren den Prüfinstitutionen bekannt.
- Die Teilnahme der Pflegefachkräfte an den Einführungsveranstaltungen und an den drei Reflexionstreffen waren verpflichtend. Die entsprechenden Termine waren in einer Meilensteinplanung zuvor und über den gesamten Zeitraum festgelegt. Ebenso verpflichtend waren die Übersendung der pseudoanonymisierten ausgefüllten Strukturierten Informationssammlungen (SIS) und die darauf aufbauenden Maßnahmenplanungen. Die indirekt davon betroffenen Pflegebedürftigen mussten anhand eines vorgegeben Informationsblattes hierüber informiert sein und ihr Einverständnis geben.

- Das Management sollte durch eine Informationsveranstaltung alle Beteiligten in den stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten über die Teilnahme am Praxistest und die Ziele informieren. Hierfür erhielten sie vom Projektbüro einen entsprechenden Foliensatz aus der Einführungsveranstaltung zur Verfügung.
- Stellenbeschreibungen und standardisierte Leistungsbeschreibungen für die Routineversorgung sowie Vorgaben des internen Qualitätsmanagements zu Instrumenten der Risikoeinschätzung waren Voraussetzung.
- Die Übersendung einer Pflegedokumentation bisheriger Art zum Abgleich für die Projektkoordination wurde vereinbart.

Eine telefonische Pflegehotline stand für Rückfragen getrennt für den ambulanten und den stationären Sektor täglich zur Verfügung. Das galt auch für die Möglichkeit, auf dem elektronischen Weg mit der Projektkoordination Kontakt aufzunehmen.

An dieser Stelle sei dem BMG für die unkomplizierte und schnelle Bereitstellung einer technischen Infrastruktur sowie die gesamte Unterstützung zur Durchführung des Praxistests herzlich gedankt.

2.3. Strukturdaten und bisherige Dokumentationssysteme

Strukturdaten zu den **stationären** Pflegeeinrichtungen

Die durchschnittliche Größe (Bettenzahl) der Pflegeeinrichtungen lag bei 100 Betten, da in dieser Größe auch die gewünschte Vorgabe (möglichst 10 Neuaufnahmen) als erfüllbar angesehen wurde. Die kleinste Einrichtung verfügte über 72 Bewohnerplätze, die größte Einrichtung über 189. Alle Einrichtungen im Praxistest haben eingestreute Kurzzeitpflegebetten, was im Hinblick auf die Anzahl der Neuaufnahmen im Gesamtergebnis der einzelnen Einrichtungen zu Buche schlug.

85 % der teilnehmenden Einrichtungen haben in der Leitungsstruktur eine klassische Aufteilung nach Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung. Nur drei Einrichtungen haben diese beiden Positionen in Personalunion. Ca. 50 % haben ein zentrales Qualitätsmanagements und 50 % steuern dies solitär ‚vor Ort‘.

Die praktische Umsetzung der Vorgaben und die Qualität der Ergebnisse wurden hierdurch deutlich beeinflusst. In der Regel waren Einrichtungen ohne zentrales Qualitätsmanagement schneller in der Umsetzung, da bei den Absprachen mit einem Zentralen Qualitätsmanagement (ZQM) für die Anpassungen mehr Zeit benötigt oder sogar ‚Hürden‘ aufgebaut wurden.

Bisherige Pflegedokumentationssysteme (stationär)

Die genutzten Dokumentationssysteme zeigen bei den 25 stationären Teilnehmern eine sehr große Variantenvielfalt. Nur 3 Einrichtungen nutzten das gleiche System. Schwierigkeiten in der Übersichtlichkeit waren bei den Teilnehmern gegeben, die im händischen System Blätter verschiedener Anbieter und Eigenkreationen nutzen.

Außerdem war von Bedeutung, welche Einrichtungen EDV-gestützt dokumentieren oder ein händisches System nutzen. Hier gab es innerhalb der teilnehmenden Bundesländer keine signifikanten Unterschiede. In allen 3 Bundesländern ist das Verhältnis annähernd gleich 60 % händisch und 40 % EDV-gestützt.

Ein Grundproblem im Praxistest war bei der EDV-gestützten Pflegedokumentation, dass nicht ohne weiteres alle vorhandenen Dateiblätter ausgedruckt werden konnten und eine Übersichtlichkeit im ausgedruckten Zustand nicht mehr herzustellen war. In der Regel ging das einher mit dem Eindruck, dass bei dieser Dokumentationsform auch vor Ort kein tatsächlicher Überblick mehr über den Gesamtumfang bestand.

Bis auf drei teilnehmende Einrichtungen haben alle Pflegeeinrichtungen die 13 Elemente des AEDL Modells ihrer Pflegedokumentation zugrunde gelegt und den Pflegeprozess in sechs Schritten dokumentiert. Zwei Einrichtungen hatten bereits die AEDL in 5 Themenfelder zusammengefasst und ihre Pflegedokumentation in ähnlicher Ausrichtung verändert.

Die mehrheitlich vorhanden solitären Biografiebögen waren von Ihrer Ausprägung sehr verschieden. Die Bandbreite reichte von 2 bis 12 Blätter DIN A4.

Zur Risikoerfassungen gab es über die allseits bekannten Assessments, wie z.B. die ‚Braden Skala‘, sehr unterschiedliche Formblätter zur Dokumentation oder Erhebung diverser pflegesensitiver Risiken (z.B. Sturz, Dekubitus, Kontrakturen, Essen und Trinken, Schmerz).

Die Einrichtungen mit einem ZQM hatten fast ausschließlich umfangreichere selbst erstellte Dokumente hierzu. In den ZQM gesteuerten Einrichtungen fand sich eine Vielzahl von Assessments, die standardisiert bei der Heimaufnahme ‚abgearbeitet‘ werden. Ebenso fand sich eine Anzahl von Beratungsprotokollen analog der ambulanten Pflege in den Dokumentationen.

Mehrheitlich erfolgte die Leistungserfassung durch umfangreiche Dokumentationsbögen (sog. Handzeichenliste). Acht Einrichtungen hatten für die Abzeichnung eine ‚Clustering‘ vorgenommen und sogenannte ‚Leistungskomplexe‘ gebildet, um die Anzahl der Handzeichen pro Schicht zu minimieren.

Unabhängig davon, ob die Pflegedokumentation händisch oder elektronisch gesteuert wird, wurde in der Regel eine so hohe Blattzahl pro Akte festgestellt, dass eine Übersichtlichkeit im Sinne der Prozessteuerung und einer bewohnernahen, schnellen Information im Überblick in Frage gestellt werden muss.

Von den PFK wurde in den Reflexionstreffen thematisiert, dass diese umfangreichen Dokumentationen kaum noch wirklich gelesen werden, sondern Informationen eher über andere Kommunikationsstränge laufen. Es wird, laut ihrer Aussage, im hohen Umfang für die ‚Prüfinstanzen‘ und zusätzlich wegen der Vorgaben der Träger aus haftungsrechtlichen Gründen so umfangreich und ausführlich dokumentiert. Unabhängig davon war der große Umfang allein schon durch die Strukturierung anhand der AEDL Systematik und das sechsphasige Prozessmodell vorgegeben.

*Strukturdaten zu den **ambulanten** Pflegediensten*

7 Pflegedienste versorgten bis zu 100 Klienten, 12 zwischen 100 bis 200 Klienten, 7 versorgten zwischen 200 bis 300 Klienten und 5 über 300 Klienten.

10 Pflegedienste haben mehrere Einrichtungen und 21 sind solitär. Bei 7 bestand eine Personalunion zwischen Geschäftsführung und Pflegedienstleitung, in den anderen gab es die klassische Struktur der Aufgabenteilung von Geschäftsführung und Pflegedienstleitung.

Bei den Organisationen, die über mehrere Pflegedienste verfügen, gab es ein zentrales Qualitätsmanagement. Acht Pflegedienste hatten einen speziellen pflegefachlichen Schwerpunkt.

Bisherige Pflegedokumentationssysteme (ambulant)

Alle Pflegedienste nutzten wegen der entsprechenden vertraglichen Vorgaben und organisatorischen Gegebenheiten einen Mix aus einer EDV-gestützten und einer händischen Pflegedokumentation. Bis auf zwei Pflegedienste arbeiteten alle mit dem klassischen AEDL Modell und bis auf drei Einrichtungen wurde der Pflegeprozess in sechs Schritten in der Pflegedokumentation verschriftet.

In den Ländern BB und NS hatten ebenso wie im stationären Sektor drei Pflegedienste bereits ihre Pflegedokumentation grundlegend überarbeitet und Ansatzpunkte zur Verschlinkung der Pflegedokumentation erarbeitet. Die Dokumentation von Daten für die Biografieerfassung erstreckte sich von 2 bis auf 14 extra Formblätter. Zur Risikoeinschätzung ist auch hier die Vielzahl der anzuwendenden Formblätter in einem verwirrenden Maß sehr hoch.

Insgesamt vermittelte sich im ambulanten Bereich ebenso der Eindruck, dass bei der Anwendung der klassischen der AEDL Struktur eine Übersichtlichkeit und eine schnelle handlungsleitende Information und eine alltagstaugliche Prozesssteuerung kaum nachvollziehbar ist.

Zwischenfazit

In **allen Regionen** entstand im Dialog mit den Pflegefachkräften der Eindruck, dass die Pflegenden eine relativ große Distanz zur Pflegedokumentation entwickelt haben und diese nicht mehr als ein praxistaugliches Instrument für ihren Arbeitsalltag und eine professionelle Prozesssteuerung ansahen. Etwas anders war dies bei den Pflegeeinrichtungen, die bereits im Vorfeld eine Verschlinkung der Pflegedokumentation erarbeitet hatten und durch die Informationen im Rahmen des Praxistests in Überlegungen eintraten, ihr System weiter zu optimieren und die SIS zunächst auszuprobieren sowie in ihr System zu integrieren.

3. Erfahrungen mit den Einführungsveranstaltung und Reflexionstreffen

3.1. Einführungsveranstaltung (September 2013)

Die kurz Vorlaufzeit und ein unterschiedlicher Informationsstand zu Ziel und Ausrichtung des Praxistests war für alle Beteiligten eine enorme Herausforderung und prägte die Einführungsveranstaltungen.

Grundsätzliche Informationen zu den Rahmenbedingungen mussten geklärt werden (siehe Projektskizze und Kapitel 2) und der pflegepolitische Hintergrund zu den zahlreichen Facetten des Praxistests sowie die fachlichen Grundprinzipien - wie unter Kapitel 1 dargestellt - mussten vermittelt und erläutert werden. Dies diente vor allem der Herstellung eines gemeinsamen Grundverständnisses zu den Zielen des Praxistests und zu den Erwartungen an die beteiligten PFK in den Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die praktische Umsetzung sowie der Schaffung einer vergleichbaren Basis im Vorgehen u.a. für die Begleitevaluation.

Das fachliche Vorgehen fand bei den Anwesenden (PFK/QM/GF) positive Aufmerksamkeit und der Druck hier zeitliche Entlastung zu schaffen, wurde sofort bestätigt. Gleichzeitig war eine deutliche Resignation spürbar, dass bei dieser Thematik überhaupt noch eine signifikante Veränderung erreicht werden könnte, die dauerhaft trägt und deren Verbindlichkeit auf allen Ebenen hergestellt werden kann. Hohe Belastungen durch das heutige System wurden sehr drastisch geschildert sowie Sorgen und Ängste gegenüber den Prüfbehörden.

Es wurde aber auch deutlich, dass durch Vorgaben der Geschäftsführung (GF) und das interne QM es ebenfalls zur Ausweitung von Dokumentationsblättern kommt. Der Wunsch vieler Träger eine gute ‚Note‘ zu erreichen, erhöht den alltäglichen Druck bei der Führung der Dokumentation. Es bedurfte einer intensiven Diskussion, diese Vorbehalte für den Praxistest außen vor zu lassen.

Die bisherige Ausrichtung der gesamten Pflegedokumentation auf die AEDL Systematik und die schematische Anwendung vielfältiger Differential-Assessments zur Risikoeinschätzung oder zum Beweis (im Kontext von Qualitätsprüfungen), dass kein Risiko vorliegt, stellten zu Beginn eine enorme Herausforderungen für die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die Anwendung des Strukturmodells dar.

Die Forderung alles Bisherige ‚beiseite zu legen‘ und kritisch zu überprüfen („Reset“) und sich auf einen Paradigmenwechsel einzulassen, ohne eine Musterdokumentation zu erhalten, löste Erstaunen und auch Ängste aus. Insofern war es sehr hilfreich, dass die Kostenträger und Heimaufsichten der Länder in den Testregionen sich darauf verständigen konnten, für die Dauer des Praxistest noch ausstehende Regelprüfung für die Dauer der praktischen Erprobung bei den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten zu verschieben.

Zum Abschluss der Einführungsveranstaltung wurde deutlich, dass das 4-Phasen Pflegeprozessmodell und die SIS bei den Anwesenden sowohl mit positiven Erwartungen, aber auch mit großer Skepsis verbunden waren. Nach dem ersten Treffen hatte die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen vier Wochen Zeit, entlang der Rahmenvorgaben sich eine auf ihr Unternehmen zugeschnittene schlanke Pflegedokumentation neu zusammenzustellen.

Auf dieser Grundlage sollte im 3-monatigen Testzeitraum die neue SIS bei mindestens zehn Neuaufnahmen durchgeführt werden und die Vorgabe für eine verschlankte Pflegedokumentation erprobt werden. Hierzu gehörte im stationären Sektor auch der Wegfall von Einzelleitungsnachweisen für routinemäßig wiederkehrenden Abläufe in der

grundpflegerischen Versorgung und Betreuung und einem anderen Umgang mit dem Pflegebericht (dritter Schritt im Pflegeprozess).

Es wurde auch davon ausgegangen, dass die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen aufgrund Ihrer Erfahrungen und ihrem fachlichen Können selbstständig eine eigene Struktur für die Maßnahmenplanung (zweiter Schritt im Pflegeprozess) - in Kombination mit Evaluationsfeldern - erarbeiten können. Dies stellte sich für viele Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen als eine hohe Anforderung heraus u.a. auch wegen ihrer laufenden Belastungen im Arbeitsalltag.

Bei einer Ausweitung des Verfahrens könnte von Anfang an mit praktischen Beispielen der Umsetzung gearbeitet werden. Warum es dennoch einigen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen in allen Testregionen gelang, auch diese Hürde von Anfang an zu meistern und es nur geringer Interventionen während des Praxistests bedurfte, kann nicht wirklich schlüssig erklärt werden. Hierzu gehört auch, dass einige erkennbar ausgewiesene Skeptiker am Anfang des Praxistests zum Ende zu den überzeugendsten Verfechtern der Anwendung des Strukturmodells gehörten.

Bereits bei der Einführungsveranstaltung wurde die Annahme bestätigt, dass die Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege sehr viel stärker durch die leistungsrechtlichen Rahmenvorgaben und die Anforderungen an den Erstbesuch sowie einen möglichen Vertragsabschluss geprägt sind. Auch haftungsrechtliche Fragestellungen und die ‚Verpflichtung‘ zur Beratung sowie eigene Anforderungen an die Fachlichkeit von PFK und eine häufig anzufindende Arbeitsteilung zwischen ‚Familie und Profis‘ führen hier nicht selten zu einem (ethischen) Dilemma.

Hierzu gehört auch die Wahlmöglichkeit der Kunden, sich für oder gegen den Leistungskomplex ‚Beratung‘ entscheiden zu können und den bestehenden Verpflichtungen der PFK in den Pflegediensten auf erkannte Problemlagen im Rahmen des Erstbesuchs zu reagieren und das Ergebnis der Beratung dokumentieren zu müssen.

Die Erprobung einer veränderten Dokumentationspraxis im ambulanten Bereich wurde auch dadurch beeinflusst, dass es eine Dokumentation ‚vor Ort‘ gibt, an der viele Hilfskräfte beteiligt sind und ein Dokumentationssystem zur Pflegeplanung, die in den Räumen des Pflegedienstes von den Pflegefachkräften durchgeführt wird. Unter anderem auch deshalb stellte sich die Umsetzung der Vorgabe, in dem Pflegebericht ‚nur‘ noch die Abweichungen von der grundpflegerischen Regelversorgung entlang der vereinbarten Leistungskomplexe zu dokumentieren, als genauso schwierig dar wie in der stationären Pflege. Hier kann nur durch einen sehr bewussten und vom QM gesteuerten Prozess die Einstellung verändert werden.

3.2. Erstes Reflexionstreffen (November 2013)

Dieses Treffen war geprägt durch eine kritische Rückmeldung der Projektkoordination zu den überlassenen bisherigen Dokumentationssystemen, die das Ausmaß des Dilemmas mit der Pflegedokumentation noch einmal eindrücklich verdeutlicht hatten sowie durch umfängliche Fragen zum Verständnis zu Konzept und Vorgehen. Es zeigte sich, dass nur diejenigen einen Zugang zu der veränderten Dokumentationspraxis gefunden hatten, die sich tatsächlich in Gänze von der AEDL Systematik über alle Ebenen ihres Dokumentationssystems gelöst und nicht nur den Anfang verändert hatten.

Erhebliche Probleme stellten sich mit elektronisch gestützten Dokumentationsformen heraus, da deren Logik nicht einfach aufzulösen war und komplett auf eine Papierform umgestiegen werden musste. Dies stellte für einige Projektbeteiligte eine große Schwierigkeit dar, teils verstärkt durch eine ungenügende Einbindung des QM in den Praxistest oder durch fehlende klare Vorgaben der Leitung der Pflegeeinrichtung.

Intensiv mussten das gesamte Verfahren und die Rahmenvorgaben zum Praxistest erläutert und Fragen zur praktischen Umsetzung gemeinsam beraten werden. Dies betraf alle Felder der SIS (A, B, C1 und C2) und vor allem eine mögliche Struktur für die Maßnahmenplanung. Dennoch stellten sich Effekte bei den PFK zum Verständnis ein. Es begann ein lebhafter Diskurs untereinander, der bei allen Erleichterung auslöste.

Insgesamt vermittelte sich bei diesem Reflexionstreffen der Eindruck, dass noch mehr Zeit benötigt wurde, um sich mit den Vorgaben auseinanderzusetzen. Es fehlten noch hinreichende Erfahrungen mit der SIS bei Neuaufnahmen und mit der Dokumentation im Verlauf der Pflege und Betreuung, um Vorstellungen zur praktischen Umsetzung zu bekommen. Vor welche große Herausforderung sie mit der Beteiligung an diesem Praxistest gestellt waren, wurde den meisten Projektbeteiligten erst jetzt richtig bewusst. Deshalb war es erstaunlich, dass fast kein Pflegedienst oder keine Pflegeeinrichtung in dieser Phase des Praxistests die Teilnahme beendete. Es überwogen anfangs zwar spürbar die Skeptiker, erfreulich war aber auch, dass deutliche Engagement Einzelner diese Herausforderung anzunehmen und durch eigene fachliche Überlegung voranzubringen und mitzugestalten.

3.3. Zweites Reflexionstreffen (Dezember 2013)

Zu diesen Treffen lagen nunmehr bei allen erste Erfahrungen mit der SIS im Rahmen von Neuaufnahmen vor und die Projektkoordinatoren (ambulant/stationär) konnten sich anhand der zugesandten SIS Bögen und Maßnahmenplanungen über den Stand der Umsetzung durch einen einfachen Erhebungsbogen zur Funktionalität und Plausibilität des Vorgehens in den Pflegeeinrichtung und den Pflegediensten einen Überblick verschaffen (Anlage 8).

Allmählich bildeten sich für die Maßnahmenplanung vergleichbare Muster der Umsetzung heraus. Im stationären Sektor waren sie entweder geprägt durch eine unterschiedlich ausführliche Beschreibung der Tages- und Nachtversorgung, die je nach Bedarf mit individuellen oder routinemäßigen Evaluationsdaten versehen wurde oder durch eine Festlegung der täglichen Versorgung entlang von Themengebieten.

Im ambulanten Sektor wurde die Maßnahmenplanung im Wesentlichen in zwei Formen umgesetzt: entweder als Ablaufplan vor Ort oder entlang der Themenfelder aus der SIS mit Hinweisen auf Leistungskomplexe und hinterlegten internen Leitlinien (siehe hierzu auch Anlagenband).

Bei diesen Treffen wurde erneut deutlich, dass der zur Vereinfachung gedachte Effekt der SIS (inkl. der Matrix) noch nicht richtig verstanden wurde. Zudem fiel auf, dass die praktische Umsetzung der SIS noch optimiert werden kann. Es gab immer wieder Brüche in der SIS und in der Maßnahmenplanung, weil nicht überprüft wurde, ob die Informationen in den Feldern der SIS logisch aufeinander bezogen waren und ob sie mit der Maßnahmenplanung korrespondieren.

Einige berichteten zu diesem Zeitpunkt von ersten Effekten auf die interne Kommunikation im Team, die Pflegedokumentation würde wieder gelesen und ‚benutzt‘ und dass sie für den Alltag nun einen schnellen Überblick bietet.

Probleme bereiteten immer die Felder ‚B und C2‘. Deshalb wurde einem intensiven Austausch untereinander entlang mitgebrachter Beispiele zur Maßnahmenplanung zum Feld B und zur Risikoeinschätzung breiten Raum gegeben. Die Projektkoordinatoren versprachen sich davon zusätzlich einen Schub für diejenigen Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, die eigentlich motiviert schienen, aber immer noch keine tragfähige Umsetzung für sich entdeckt hatten. Dies hing z. T. auch maßgeblich von der Unterstützung des QM oder der GF ab und inwieweit tatsächlich zeitliche und personelle Freiräume für die PFK während des Praxistests gewährt wurden.

Es wurde deutlich, dass ab der fünften bis sechsten Neuaufnahme sich allmählich so etwas wie ‚Routine‘ bei den PFK einstellte und sie wesentlich entspannter mit der SIS und der Matrix sowie den Dokumentationsanforderungen umgehen konnten. Dennoch bezeichneten sich alle noch als ‚im Prozess‘ befindlich. Gleichzeitig wurde aber über erste spürbare zeitliche Entlastung berichtet.

Mit großer Spannung wurde das haftungsrechtliche Positionspapier der juristischen Expertengruppe erwartet, um auch von dieser Seite eine Bestätigung für das erprobte Vorgehen im Praxistest zu erhalten. Dies war insbesondere intern für den Dialog mit dem PM und dem QM von besonderem Wert.

Auch bei diesen Reflexionstreffen wurden erneut der Umgang und das Konzept der SIS sowie die Systematik der Matrix im Kontext der Risikoeinschätzung intensiv erläutert. Das zweite Reflexionstreffen zeigte deutlich, zu welchen Schwerpunkten ein größerer Schulungsbedarf bestand, der allerdings im Rahmen des Praxistests nicht hatte flankiert werden können.

Im ambulanten Bereich fand zusätzlich eine intensive Auseinandersetzung über eine angemessene Dokumentation zu fachlichen und haftungsrechtlichen Aspekten der Beratung im Kontext von Risiken und Prophylaxen statt. Diese Thematik konnte im Rahmen des Praxistests nicht abschließend geklärt werden. Es bedarf unabhängig von dem Praxistest oder des weiteren Vorgehens vertiefter fachlicher und juristischer Erörterung und einer abschließenden Klärung. Dies gilt auch im begrenzten Rahmen für den stationären Sektor.

3.4. Drittes Reflexionstreffen (Januar 2014)

Das letzte Treffen war geprägt durch drei Schwerpunkte:

1. Eine ausführliche Auswertungsrunde, auf der vor allem der Grad der Umsetzung untereinander reflektiert und Aussagen zum weiteren Vorgehen getroffen wurden. Hierbei wurden auch erstmalig mögliche Auswirkungen des erprobten Verfahrens auf die Lehrpläne in den Aus- und Weiterbildungsstätten der Pflegefachberufe angesprochen.
2. Dem Ausfüllen der Frage- und Evaluationsbögen (Anlagen 9a und 9b) zur Zeiterparnis und den Eindrücken aus dem Praxistest zur Grundstruktur und zum Konzept, dem organisatorischen Aufwand und dem Schulungsaufwand sowie Hinweisen aus Sicht der Beteiligten an die Projektausrichtung.

3. Eine abschließende intensive fachliche Erörterung zu den Lerneffekten bei der Risikoeinschätzung, da es bis zum Schluss Rückmeldungen gab, dass selbst bei denjenigen, die das Verfahren adaptiert hatten, das Vorgehen nicht ganz zweifelsfrei angewandt wurde. Hier gab es klar formulierte Wünsche an die Juristen, sich zu den Themen Dekubitus und Sturz im Rahmen dieses Verfahrens ausführlicher zu äußern als bisher.

Insgesamt wurde dafür plädiert, die Treffen in den Regionen weiterzuführen, um noch mehr Erfahrungen zu sammeln und im gegenseitigen Austausch zu bleiben. Zusätzlich wurde der fachliche Austausch mit den Prüfinstanzen bei regionalen Treffen befürwortet, um auch unter dem Aspekt der externen QS in gemeinsame Überlegungen zur Ergebnissicherung einzutreten und eine neue Kultur des Vertrauens anzustreben. Dies allerdings mit der klaren Bitte Verständnis zu finden, für noch nicht vollständig ausgereifte Prozesse und durch weitere Erprobungen bei der Pflegedokumentation Erfahrungen und aber auch Fehler machen zu dürfen.

Die Erwartungen an das Lenkungsgremium sind diesbezüglich hoch. Die Verantwortlichen und die PFK im Praxisprojekt erwarten von dem Lenkungsgremium eine klare öffentliche Positionierung, um sich auf eine weitere Umsetzung einzulassen, zumal dies bei einer EDV gestützten Dokumentation nicht unerhebliche Investitionen nach sich zieht.

Viele halten deshalb das erprobte Verfahren jetzt erst einmal an und warten auf ein **eindeutiges ‚Signal‘**, auch wenn aus ihrer Sicht die Verständigung auf eine Grundstruktur der Pflegedokumentation fachlich absolut zu begrüßen ist. Diese Gruppe steht sozusagen in den ‚Startlöchern‘. In jeder Testregion gab es mindestens einen Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung, die das Verfahren weiterführen möchten, weil sie es für sich als eine erhebliche Entlastung und Weiterentwicklung der Pflegedokumentation empfunden haben. Nur wenige wollten ihr bisheriges System ohne jegliche Veränderung beibehalten. Das hing teilweise auch mit wirtschaftlichen Erwägungen und bereits getroffenen Entscheidungen zusammen.

3.5. Abschließende Betrachtung und Kategorisierung der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen zum Grad der Umsetzung

Am Ende der praktischen Erprobung erfolgte eine Gesamteinschätzung durch die zentrale Projektkoordination mittels eines Erhebungsbogens (siehe Anlage 8), inwieweit es den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten gelungen war, das erprobte Verfahren im Rahmen ihrer erarbeiteten Pflegedokumentationsstruktur umzusetzen. Hierbei wurde geprüft, inwieweit die Anwendung der Strukturierten Informationssammlung, der Risiko-

einschätzung (Matrix) und die darauf aufbauende Maßnahmenplanung funktional verstanden und fachlich plausibel nachvollziehbar war.

Daraus entstand eine Einordnung in **ABC Kategorien**, deren Zuordnung wie folgt war:

- **Kategorie A:** Umsetzung der Grundstruktur der Pflegedokumentation und praktische Anwendung in allen Teilbereichen verstanden (SIS und Matrix, Maßnahmenplanung sowie Evaluation), Eignung zur Referenzeinrichtung/-dienst.
- **Kategorie B:** Umsetzung der Grundstruktur und Maßnahmenplanung plausibel, dennoch ausbaufähig. Kleinere Defizite in der Anwendung der Strukturierten Informationssammlung und/oder in der Risikoeinschätzung. Benötigt mehr Zeit und praktische Anwendung zum besseren Verständnis. Es besteht Schulungsbedarf.
- **Kategorie C:** aus unterschiedlichen Gründen keine nachvollziehbare fachpraktische und organisatorische Umsetzung der Grundstruktur und der eingesetzten Instrumente. Diese Gruppe kam nicht in die Auswertung.

Ergebnis hinsichtlich der Einordnung der beteiligten Einrichtungen in ABC-Gruppe:

- Bei den **ambulanten** Pflegediensten erreichten 11 die Kategorie A, 18 die Kategorie B und 2 die Kategorie C.
- Bei den **stationären** Pflegeeinrichtungen erreichten 13 die Kategorie A, 8 die Kategorie B und 4 die Kategorie C.

Zwischenfazit

Angesichts der Kürze der Zeit für die praktische Erprobung und der geringen Möglichkeit der Teilnehmer/-innen sich ausführlich darauf vorzubereiten, ist dies ein sehr erfreuliches Ergebnis. Es darf davon ausgegangen werden, dass bei einer engmaschigeren Betreuung vor Ort und ausgereiften Schulungsinstrumenten ein noch besseres Ergebnis hätte erzielt werden können.

Dieser Schwung und eine gewisse Aufbruchsstimmung, die in den letzten Reflexionstreffen deutlich zu spüren waren, sollten nicht wieder versanden. Die Erwartungshaltung an die Verbände, die Kostenträger und Prüfinstanzen vor allem aber an die Politik ist hoch, den begonnen Prozess weiter zu unterstützen, um u.a. wieder mehr Zeit für die Pflege mit dem pflegebedürftigen Menschen zu haben.

Das Bewusstsein, dass zunächst weiter an dem eingeschlagenen Weg gearbeitet werden muss und breitere Erfahrungen notwendig sind, ist bei allen ausgeprägt. Dass hierzu ein eigens angelegtes Modellvorhaben mit wissenschaftlicher Begleitung notwendig ist, wird aus Sicht der Beteiligten nicht befürwortet. Gleichzeitig wird aber die Notwendigkeit einer fachlich wie sachlich durchdachten Strategie - zur Ergebnissicherung und Breitenwirkung in den Regionen - gesehen.

Wichtig scheint die Erfahrung durch den Praxistest zu sein, dass sich tatsächlich etwas im politischen Raum bewegt hat. Die Pflegedokumentation wird mehrheitlich nunmehr nicht mehr als Belastung erlebt, sondern als ein praxistaugliches Instrument zur Sicherstellung der Information untereinander sowie der Darlegung und der Weiterentwicklung qualitativ guter Pflege.

3.6. Zusammenfassende Ergebnisse zu zentralen Themen der regionalen Reflexionsveranstaltungen

Abschließend werden nur themenbezogene Befunde dargestellt, die in allen Testregionen relevant waren, eine gewisse grundsätzliche Bedeutung und Aussagekraft für das erprobte Vorgehen aus Sicht der Projektsteuerung, der Projektkoordination und der Projektverantwortlichen haben oder Anlass für weitergehende Überlegungen bieten:

- Fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer begrüßten, dass sie an dem Praxistest teilgenommen haben, auch wenn die Anforderungen eine hohe Herausforderung darstellten. Unabhängig davon, wie weit die Einzelnen in der knappen Zeit die veränderte Dokumentationspraxis anwenden konnten oder ob bereits vorher schon eine schlanke Dokumentation erarbeitet wurde, konnten aus diesem Praxistest Informationen zu grundsätzlichen fachlichen und rechtlichen Fragen gewonnen werden. Diese Erkenntnisse wirken sich auch bereits jetzt auf die bisherige Dokumentationspraxis aus.
- Einige Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste planen ihre gesamte Pflegedokumentation auf das erprobte Verfahren umzustellen oder die bisherige zu verändern, weil eine deutliche zeitliche Entlastung und positive Wirkung auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verzeichnen ist. Sie sind sich durchaus bewusst, dass dies ein längerer Prozess ist, in den investiert werden muss.
- Eine geringe Zahl bleibt bei ihrer bisherigen Pflegedokumentation und eine größerer Zahl will erst einmal abwarten, ob sich das erprobte Verfahren ‚durchsetzt‘. Dies betrifft insbesondere diejenigen, die eine EDV-Gesteuerte Pflegedokumentation haben und nicht ohne größeren Aufwand ihre hinterlegten Prozesse ändern können.

- Ausnahmen bilden hier einige Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die bereits für ihre bisherige Dokumentation ein eigenes EDV Programm entwickeln ließen und nun leichter Adaptionsprozesse einleiten können.
- Selbst bei Bekundung, gerne dass erprobte Verfahren weiter zu praktizieren, warten viele der Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten auf ein ‚politische Signal‘, um sich darauf in der Umsetzung einzulassen.
- Das im Praxistest erprobte Dokumentationsverfahren kann nicht ‚ohne weiteres‘ eingeführt werden. Es bedarf der klaren Entscheidung des Trägers, einer sorgfältigen Schulung der Pflegefachkräfte und aller Mitarbeiter/-innen sowie der Prozesssteuerung durch die Pflegedienstleitung. Das Qualitätsmanagement muss in diesen Prozess eingebunden sein und seine bisherigen Anforderungen überprüfen und anpassen.
- Besondere Beachtung sollte der bestehende Qualifikationsmix des Personals finden. Er steht der Umsetzung wie sich aber herausgestellt hat nicht entgegen, auch wenn das Aufnahmeverfahren zunächst an erfahrene und speziell geschulte Pflegefachkräfte gebunden ist.
- Die Beteiligten bekräftigten zum Abschluss des Praxistest, dass die Entscheidung richtig war, keine einheitliche Musterdokumentation vorzulegen. Sie haben sich dadurch viel intensiver mit ihrer bisherigen Praxis der Pflegedokumentation und der eingeführten Instrumente und Standards auseinandergesetzt. Sie mussten das Vorgehen selber entwickeln und fachliche Entscheidungen treffen. Das gelang immer dort sehr gut, wo das Pflegemanagement die Mitarbeiter/-innen über den Praxistest informierte und durch eine kleine Arbeitsgruppe die praktische Umsetzung begleitete.
- Nur durch dieses Vorgehen konnten die nunmehr vorliegenden überzeugenden Beispiele einer knappen Maßnahmenplanung entstehen, mit der sich die Pflegefachkräfte auch tatsächlich identifizieren. Bei der Entwicklung der Maßnahmenplanung bedurfte es allerdings ambulant wie stationär erheblicher Unterstützung durch die Projektkoordination. Hier sollte deshalb auf der Grundlage der Ergebnisse aus dem Praxistest künftig anders verfahren werden.
- Der eigentliche Durchbruch bei diesem Thema war nach dem zweiten Reflexionstreffen zu verzeichnen. Hier wurden einige wenige aber sehr gelungene Beispiele untereinander vorgestellt und gaben denjenigen noch einmal einen Motivationsschub und Anregung, die für ihre Maßnahmenplanung noch keinen zufriedenstellenden Weg gefunden hatten. Beim dritten Reflexionstreffen hatte dann fast jede Pflegeeinrichtung oder jeder Pflegedienst (außer diejenigen in der Kategorie C) einen Weg zur Grundstruktur gefunden und praktisch erprobt.
- Im Laufe des Praxistests wurde vielfach deutlich, dass die Pflegefachkräfte durch dieses Verfahren sich wieder mehr auf ihre Fachlichkeit und ihre berufliche Erfahrung verlassen und gelernt haben, rationaler und nicht so ‚fremd gesteuert‘ mit der Risikoeinschätzung umzugehen. Sie trauten sich auf dieser Grundlage

verstärkt fachliche Entscheidungen im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses zu. Allerdings war dies zunächst mit großer Unsicherheit und Ängsten verbunden und blieb bis zum Schluss Gegenstand der Erörterung.

- Im Umgang mit der Risikoeinschätzung und der veränderten Pflegeberichterstattung gab es grundsätzlichen fachlichen und juristischen Informations- und Schulungsbedarf. In diesem Kontext spielten haftungs- und sozialrechtliche Fragestellungen eine erhebliche Rolle und verunsicherten. Es blieb ein ständiges Thema und nur ganz Wenige konnten sich von Beginn an von ihren Ängsten oder Bedenken wirklich lösen. Dies relativierte sich bei fast allen PFK im Laufe des Praxistests. Insbesondere dort wo die Geschäftsführung und das QM in den Prozess mit einbezogen waren und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sicherheit und Rückhalt vermittelte.
- Die Strukturierte Informationssammlung, Maßnahmenplanung und Pflegeberichterstattung führte offensichtlich dazu, dass die Pflegedokumentation wieder praktischen Bezug zum Arbeitsalltag bekommt. Sie wurde wieder gelesen und als ein praxistaugliches Instrument zur Prozesssteuerung angenommen. Sie bot im Notfall auch für Außenstehende einen raschen Überblick und Orientierung zur Situation des Pflegebedürftigen.
- Die Kommunikation in den Teams und der fachliche Austausch zur Situation der Pflegebedürftigen wurden durch das Vorgehen bei einigen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen spürbar gefördert. Dies gelang in der Regel dort besonders gut, wo man sich bereichsübergreifend und durch eine klare Haltung des Pflegemanagements mit den Vorgaben zum Praxistest auseinandersetzte und versuchte, die gesetzten Regularien einzuhalten.
- Die Einbeziehung aller Pflegekräfte in den Einrichtungen und Pflegediensten wurde unterschiedlich gehandhabt und konnte in der Kürze der Zeit nur begrenzt gelingen, dazu war der Paradigmenwechsel zu groß.
- Insbesondere bei der Umstellung auf die erprobte Dokumentationspraxis sollte eine große Aufmerksamkeit den älteren Pflegefachkräften in den Betrieben zukommen. Im Rahmen des Praxistests kam diese Gruppe deutlich besser mit den Vorgaben zu Recht als zunächst die jüngeren Pflegefachkräfte, die in der Regel ausschließlich im Rahmen ihrer beruflichen Erfahrungen das Ankreuzverfahren in der Pflegedokumentation kennengelernt haben. Erstaunlich war dann die Begeisterung und Kreativität, die bei den jüngeren Pflegefachkräften aufbrach, wenn sie die Innovation des Konzepts verstanden hatten.
- Für fast alle Pflegefachkräfte war es schwierig, sich von der AEDL Struktur zu lösen und eine andere konzeptionelle Ausrichtung für die Informationssammlung zu erproben. Je häufiger aber die PFK durch Neuaufnahmen praktische Erfahrungen sammeln konnten und mehr Sicherheit erlangten, waren sie der Überzeugung, dass alles Notwendige erfasst wird und trotz der Begrenzung auf fünf

bzw. sechs Themenfelder eine überzeugende Darstellung der Situation des Pflegebedürftigen und seines Umfelds gelingt.

- Fast allen Pflegefachkräften bereitete es Schwierigkeiten, sich auf die Vorgaben zum ‚Feld B‘ einzulassen und die Antwort der pflegebedürftigen Person/der Angehörigen/Betreuer im Originalton wiederzugeben, um entsprechende Effekte bei den PFK für die Maßnahmenplanung und im Verständnis zum Pflegebedürftigen zu erzielen. Nur zögerlich wurde sich darauf eingelassen und war bis zum Schluss wiederkehrender Gegenstand von Diskussionen. Diejenigen, die sich ganz darauf einstellten, berichteten von erfreulichen Erfahrungen und einer veränderten Gesprächskultur mit den Klienten. Gelegentlich wurde das sogar von den Angehörigen bemerkt und dankbar kommentiert.
- In beiden Versorgungsbereichen gab es während des Praxistests Begutachtungen (stationär allein 15) von Pflegebedürftigen, bei denen die veränderte Pflegedokumentation angewandt wurde. Die neue Pflegedokumentation wurde von den Gutachtern und Gutachterinnen als übersichtlich und aussagkräftig kommentiert. Alle Erwartungen an das Ergebnis dieser Begutachtung wurden sowohl von den Pflegebedürftigen als auch den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten erfüllt.
- Die Dokumentation von Leistungen der Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI) wurde teilweise in die Pflegeberichterstattung aufgenommen, um auch diese Informationen übersichtlich und zeitnah allen zur Verfügung zu stellen. Wegen der vertraglichen Vorgaben gibt es hier weiterhin zusätzlich ein förmliches Abzeichnungsverfahren auf einem gesonderten Bogen.
- Intensiv erörtert wurde der Umgang sowie Art und Umfang der Dokumentation von biografischen Informationen. Dies wurde sowohl im Grundsatz als auch im Hinblick auf kognitiv eingeschränkten Menschen erörtert. Es wurde schnell festgestellt, dass sich mit der SIS die pflegerelevanten Informationen zur Biografie erfassen lassen und hierzu nicht regelhaft ein extra Bogen benutzt werden muss. Auf hohem fachlichen Niveau wurde das ethische Dilemma angesprochen, dass dies z. T. zutiefst vertrauliche Informationen sind, bei denen abgewogen werden muss, wie relevant sie für die Sicherstellung einer individuellen Pflege und Betreuung sind und was davon tatsächlich dokumentiert werden sollte.
- Extra Dokumentationsbögen werden in der Regel für Menschen mit besonderen gesundheitlichen Einschränkungen befürwortet. Hier haben die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste klare Vorstellungen, wie sie mit den Familien/Angehörigen ins Gespräch kommen und was zu beachten ist. Die Erfahrungen im Praxistest weisen aber auf einen grundsätzlichen fachlichen Klärungsbedarf zu dieser Thematik hin.
- Zum Abschluss haben alle Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste thematisiert, dass die veränderte Dokumentationspraxis Auswirkungen auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung haben muss. Insbesondere das Ablösen von dem AEDL Modell und ein grundlegend verändertes Verständnis zur Dokumentationspraxis im Rah-

men des Pflegeprozesses müssen von den Aus- und Weiterbildungsstätten aufgenommen werden. Diejenigen, die bereits zuvor schon eine Veränderung ihrer Pflegedokumentation umgesetzt hatten, berichteten von Problemen mit den Ausbildungsstätten, sich darauf einzulassen.

4. Wesentliche Ergebnisse aus der Begleitevaluation (Martina Roes)

Gegenstand der Begleitevaluation ist die strukturierte Informationssammlung (SIS, Abb. 1), die zur besseren Groborientierung in drei Felder gegliedert wurde: Feld B - Perspektive der ‚zu-Pflegenden-Person‘; Feld C1 - Skizzierung der aktuellen Situation analog der pflegerelevanten Kontextkategorie (u.a. Kognition/Kommunikation; Mobilität/Bewegung etc.) und Feld C2 - die Risikoeinschätzung.

Was ist die Hauptproblematik der Pflegepraxis? Was erleben Sie selbst und/oder, wenn Sie es können? Welche Informationen würden helfen?

B

Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pfleger- und Mitheldfelds

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen? Dessen herausfordernde Erfahrungen?

C1

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

3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen: Inwieweit liegen krankheits- und therapiebedingte sowie für die Pflege- und Betreuung relevante Einschränkungen (psychisch/physisch) bei der pflegebedürftigen Person vor?

4. Selbstversorgung: Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person bei der Durchführung elementarer Alltagsaktivitäten wie Körperpflege, Kleiden, Ernährung und bei der Ausscheidung eingeschränkt?

5. Leben in sozialen Beziehungen: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

6. Haushaltsführung:

C2

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

Kategorie	Erreichte		Ziel		Maßnahmen		Status		Bemerkungen	
	Erreichte	Ziel	Maßnahmen	Status	Bemerkungen	Erreichte	Ziel	Maßnahmen	Status	Bemerkungen
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2)										
Mobilität und Beweglichkeit (2)										
Krankheitsbezogene Anforderungen & Belastungen (6)										
Selbstversorgung (4)										
Leben in sozialen Beziehungen (2)										

Abbildung 1: Aufbau der Strukturierten Informationssammlung (SIS)

Die Bewertung der praktischen Umsetzung fokussierte insbesondere auf die Erfassung von **Funktionalität und Plausibilität**. Diese Bewertung wurde von den beiden Praxisbegleitungen (Projektkoordination) vorgenommen. D.h. gelesen wurden die SIS (insgesamt N = 518) und die mit eingereichten Maßnahmenpläne und anschließend deren Ergebnis in die untenstehende Matrix (Abb. 2) eingetragen.

Funktionalität						Plausibilität	
Code	Datum	Feld A benutzt (wer*)	Feld B verstanden	Feld C1 verstanden	Feld C2 verstanden	Verknüpfung Feld B zu C1	
			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	nachvollziehbar ** ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Feld C 1			
							C1/1
							C 1/2
							C 1/3
							C 1/4
							C 1/5
							C 1/6
							Verknüpfungen C 1 - C 2 erfasst? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
							Maßnahmenplanung
							Sind die Maßnahmen über 24 Stunden abgebildet? (stationär) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
							Ist das Vorgehen zur Evaluation erkennbar? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
							Kompatibilität der Funktion von B + C1 + C 2 + Maßnahmenplan ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/>

* FB-Angh.-Betr.
** Individualität-Hilfbedarf-Kompensation

Abbildung 2: Bewertung der Funktionalität und Plausibilität von SIS (siehe auch Anlage 8)

So entstand pro eingereichte SIS inkl. Maßnahmenplan ein Datenblatt (Excel und pdf), welches im Anschluss daran an das wiss. Begleitteam weitergeleitet wurde. Alle Daten wurden mit SPPS (Vers. 21) deskriptive weiterbearbeitet (Kap. 4.1). Ergänzend wurden die Daten der Risikoeinschätzung (N = 518, verwertbar n = 452) direkt in SPSS (Vers. 21) eingegeben und deskriptive ausgewertet (Kap. 4.2). Die 518 eingereichten Fälle verteilen sich auf die beteiligten Bundesländer wie folgt: 85 aus Bayern, 81 aus Berlin-Brandenburg, 96 aus Niedersachsen, 193 aus NRW und 63 aus Schleswig-Holstein. Insgesamt wurden 284 Bögen von den ambulanten und 234 von den stationären Pflegeeinrichtungen eingereicht. Die meisten Fälle wurden in den Monaten Okt (149), Nov. (159) und Dez. (109) eingereicht.

4.1. Auswertung zu den Feldern B und C1 der Strukturierten Informationssammlung (SIS)

Vorgestellt werden für den Praxistest wichtige Ergebnisse, eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist in Anlage 10 nachzulesen.

Bewertung hinsichtlich Funktionalität

In Abb. 3 (linke Grafik) wird deutlich, dass die Innovation ‚narrative Beschreibung aus der Perspektive der zu Pflegenden‘ zu knapp 2/3 von den Teilnehmer/innen verstanden wurde und in der SIS in Feld B erkennbar ist. In mehr als der Hälfte der analysierten Unterlagen wurde deutlich, dass die Intention der Eingabefelder c1.1 bis c.1.5 (bzw. c1.6, Haushaltsführung nur amb. Pflege) verstanden wurde (rechte Grafik).

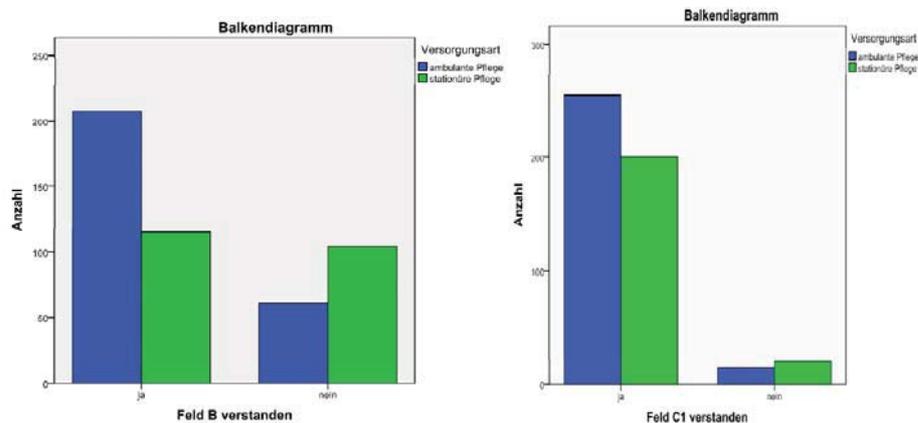


Abbildung 3: SIS und Eingabefeld B und C1 (N=518)

Erwähnenswert ist bezogen auf die Eintragungen im Feld C1 besonders, dass die Angaben in der Kategorie ‚krankheitsbezogene Anforderungen‘ unvollständig oder nicht nachvollziehbar waren. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch stationäre Pflege. Dies wird u.a. damit begründet, dass auf die Krankheit bezogene Aspekte entweder noch nicht thematisiert bzw. eingeschätzt werden konnten sowie mit der Dokumentation an anderer Stelle.

Etwas anders sieht das Ergebnis hinsichtlich des Eingabefelds c2 - die Risiko-Einschätzung - aus. Die Risiko-Bewertung leitet sich zudem aus den Vorinformationen (aus C1 und B) ab sowie der professionellen Einschätzung von drei Entscheidungen: (1) liegt ein Risiko vor; und/oder (2) ist eine Beobachtung und/oder (3) ist eine weitere differenzierte Einschätzung notwendig.

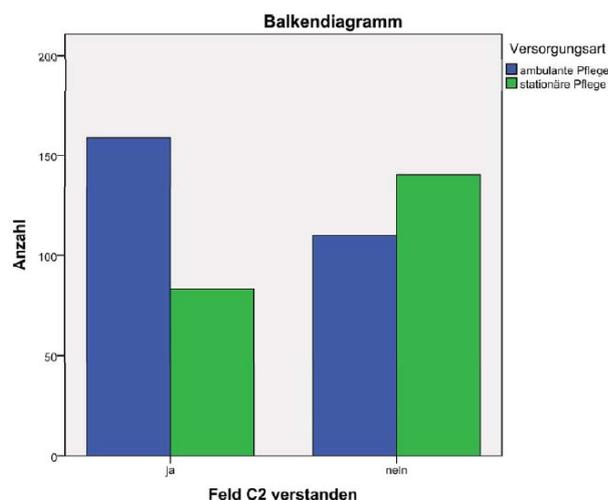


Abbildung 4: SIS und Eingabefeld C2 (N=518)

In Abb. 4 wird deutlich, dass die Teilnehmer/innen größere Probleme mit dem Ausfüllen der Risikoeinschätzung hatten. In ca. der Hälfte der Fälle wurde die Umsetzung dieser SIS Innovation nur teilweise bearbeitet oder nicht verstanden. Eine teilweise Bearbei-

tung zeigte sich vor allem darin, dass oft nur diejenigen Themen aufgegriffen wurden, die in C1 Erwähnung fanden oder indem in der Spalte ‚weitere Einschätzung notwendig‘ nicht ja oder nein angekreuzt wurde. In den Fällen in denen bewertet wurde, dass die Matrix nicht verstanden wurde, fanden sich in den meisten Fällen widersprüchliche Angaben.

Bewertung hinsichtlich Plausibilität

Insgesamt betrachtet wird dennoch ersichtlich (Abb. 5), dass eine Verknüpfung der Inhalte zwischen den Eingabefeldern c1.1 - c1.5 und c2 sichtbar ist, wenngleich diese nicht immer vollständig ist (d.h. Sichtbarkeit bezieht sich auf den inhaltlichen Zusammenhang zwischen Feld C1 und C2, nicht auf deren Vollständigkeit).

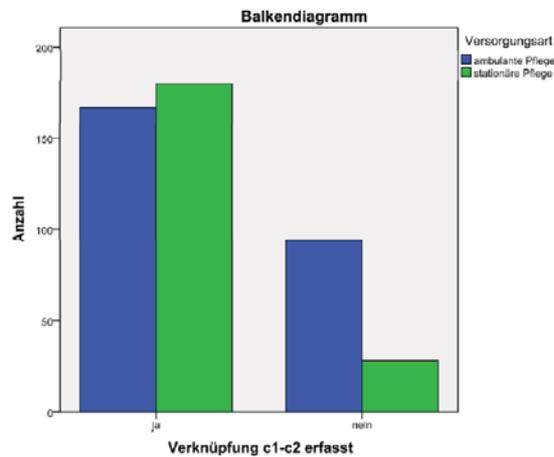


Abbildung 5: Verknüpfung zwischen Feld c1 und Feld c2 (N = 518)

Bezogen auf die Erfassung der Plausibilität über SIS hinaus und der Berücksichtigung der identifizierten pflegerlevanten Themen in der einrichtungsspezifischen Maßnahmenplanung ist festzustellen, dass in knapp der Hälfte der Fälle die Eingabefelder (B, C1, C2 und Maßnahmenplan) aufeinander abgestimmt sind, zu einem geringen Teil fehlt eine inhaltliche Abstimmung (vor allem in der stationären Pflege) und zu einem großen Teil ist dies nur teilweise der Fall insbesondere in der ambulanten Pflege (Abb. 6).

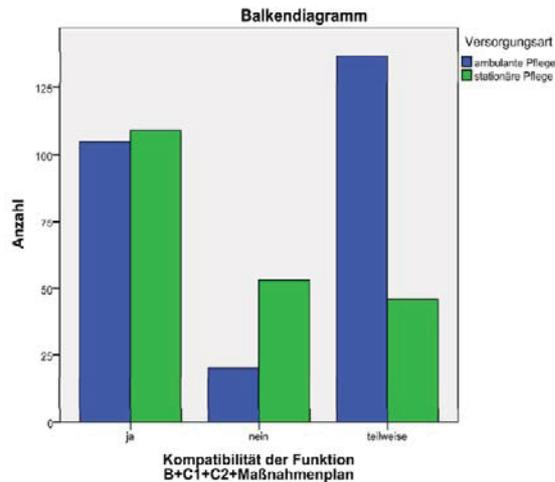


Abbildung 6: SIS und Kompatibilität aller Eingabefelder (N = 518)

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege kommt der Evaluation eine besondere Rolle in der Feinjustierung der Maßnahmenplanung und vorangegangener Bewertung des sinnhaften und effektiven Einsatzes pflegerischer Maßnahmen zu. Die Analyse ergab, dass in 65 % der Fälle der Evaluationsprozess eindeutig erkennbar war. Für die stationäre Pflege von Relevanz war die Bewertung dessen, ob die Maßnahmen über einen Zeitraum von 24 Std. abgebildet sind. Dies war in 28 % der Fälle sichtbar; in 43 % fehlten systematische Zusammenhänge.

Zwischenfazit

In Abb. 7 wird die summative Einschätzung durch die Praxisprojektbegleitung sichtbar.

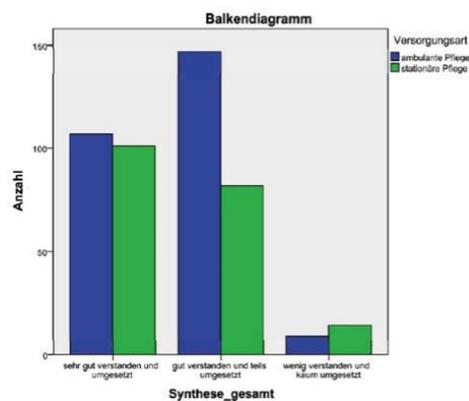


Abbildung 7: Synthese aus Funktionalität und Plausibilität

Die Darstellung repräsentiert den summativen Eindruck hinsichtlich der Analyse der SIS auf Funktionalität und Plausibilität. Deutlich wird, dass in 225 Fällen (43 %) die Umsetzung SIS *sehr gut verstanden und umgesetzt* und in 269 Fällen (52 %) SIS *gut verstanden und umgesetzt* wurde. Angesichts des sehr kurzen Zeitraums der Vorbereitung und Durchführung ein hervorragendes Ergebnis.

Festgehalten werden kann darüber hinaus folgendes: (1) Feld B, das Einnehmen der ‚narrativen‘ Perspektive bereitet teils Probleme; (2) Feld C1, die Beschreibung der pflegerelevanten Kontextkategorien gelang am besten; (3) Verknüpfung zwischen Feld B und C1 gelang weitestgehend im Sinne der Kombination einer ‚strukturierten Beschreibung pflegerelevanter Kontextkategorien‘ mit der ‚narrativen‘ Perspektive der Pflegebedürftigen; (4) Feld C2, zur abschließenden Risikoeinschätzung (Initial-Assessment) wurden nicht immer die zuvor erfassten Informationen genutzt, gleichwohl die Risikoeinschätzung grundsätzlich und größtenteils verstanden wurde. In der Maßnahmenplanung waren die Verknüpfungen mit C1 und C2 eindeutig.

4.2. Auswertung des Feldes C2 der Strukturierten Informationssammlung (SIS)

N = 518 Bögen wurden von den am Praxistest beteiligten Einrichtungen eingereicht, davon waren n = 452 verwertbar. N= 452 wiederum teilt sich auf in 306 Fälle aus der ambulante und 146 Fälle aus der stationären Pflege.

In 37 von 452 Fällen (24 ambulante und 13 stationäre Pflege) wurde ein *Dekubitusrisiko* in Kombination mit *Kognition/Kommunikation* und in 88 Fällen in Kombination mit *Mobilität/Bewegung* und in 74 Fällen hinsichtlich *krankheitsbezogene Anforderungen* angegeben. In 52 von 88 Fällen wurde *Beobachtung* angekreuzt (dies schließt auch diejenigen ein, bei denen zuvor kein Risiko festgestellt wurde) und in 41 Fällen (davon deutlich häufiger in der amb. Pflege) eine *weitere differenzierte Einschätzung* als notwendig erachtet. In 60 Fällen wurde eine *Beratung* bei Einschränkung *Mobilität/Beweglichkeit* als nächster Schritt gesehen (nur amb. Pflege). In 74 von 452 wurde ein *Dekubitusrisiko* zusammenhängend mit *krankheitsbezogenen Anforderungen* identifiziert mit der Notwendigkeit der *Beobachtung* (in 32 Fällen) bzw. einer *weiterführenden Einschätzung* (27 Fälle) bzw. *Beratung* (46 Fälle, nur amb. Pflege).

Mit der nachfolgenden Abb. (8) wird - am Beispiel *Sturzrisiko* - übersichtsartig gezeigt, wie häufig welche Kombinationen (N = 452) angegeben wurden.

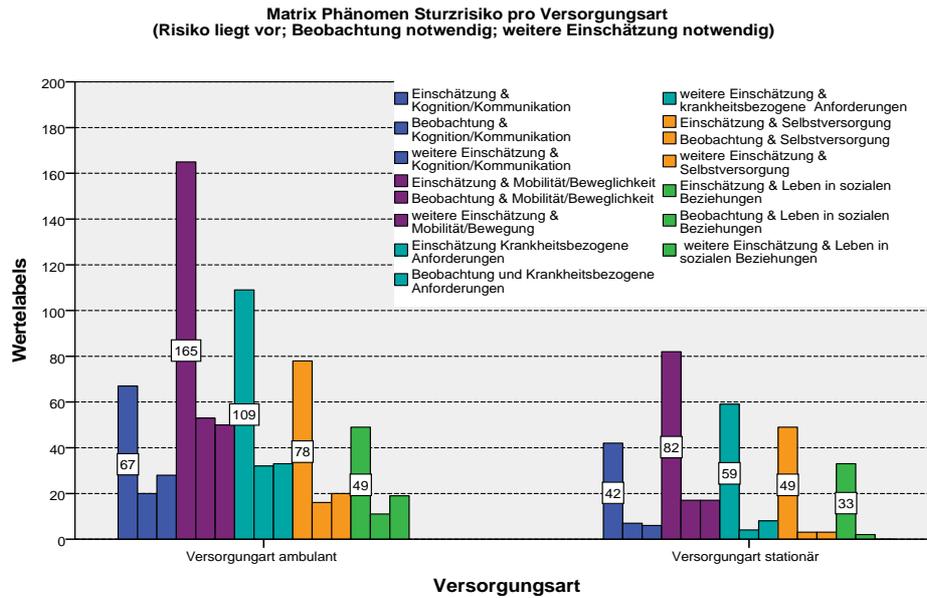


Abbildung 8: Phänomen Sturzrisiko pro Versorgungsart (N=452)³

D.h. in der ambulanten Pflege (linker Balkenblock) wurde angegeben, dass ein Sturzrisiko⁴ 67 x mit ‚Kognition/Kommunikation‘; 165 x mit ‚Mobilität/Bewegung‘; 109 x mit ‚krankheitsbezogenen Anforderungen‘; 78 x mit der ‚Selbstversorgung‘ und 49 x mit der Kategorie ‚Leben in sozialen Beziehungen‘ zusammenhängt. Der zweite Balken (je Farbe) steht dafür, wie oft bei festgestelltem Risiko eine ‚Beobachtung‘ und der dritte Balken dafür, wie oft eine ‚differenzierte Einschätzung‘ (mit Hilfe eines standardisierten Instruments) als notwendig erachtet wurde. Im Durchschnitt wurde in ca. 1/3 der Fälle mit Sturzrisiko ein *Differentialassessment* als relevant angegeben.

In 76 von 452 Fällen (39 ambulante und 37 stationäre Pflege) wurde ein *Inkontinenzrisiko* in Kombination mit *Kognition/Kommunikation*, in je 105 Fällen in Kombination mit *Mobilität/Bewegung* sowie *krankheitsbezogene Anforderungen* und in 112 Fällen hinsichtlich Selbstversorgung angegeben. In ca. 1/3 der Fälle wurde eine *Beratung* als nächster Schritt gesehen (nur amb. Pflege).

Interessant ist, dass zwar nur in 33 von 452 Fällen (20 Fälle ambulante und 13 Fälle stationäre Pflege) ein *Schmerzrisiko* in Kombination mit *Kognition/Kommunikation* angegeben wurde, zugleich jedoch in 22 Fällen (davon 14 in der amb. Pflege) sowohl eine *Beobachtung* als auch eine *weitere differenzierte Einschätzung* als notwendig erachtet wird (das entspricht ca. 67 % der Fälle). In 95 Fällen (54 ambulante und 41 stationäre

³ Die Daten in dieser Abbildung beziehen sich ausschließlich auf die Angabe: ja, ein Risiko liegt vor; ja Beobachtung notwendig und ja, weitere Einschätzung notwendig.

⁴ Exemplarisch hier die Daten für die ‚blauen Balken‘ (amb. & stat. Pflege): *Sturzrisiko liegt vor* in Kombination mit *Kognition/Kommunikation* in insgesamt 109 Fällen, davon in 27 Fällen eine *Beobachtung* als notwendig erachtet und in 34 von 109 Fällen *weitere, differenzierte Einschätzung* notwendig. In 50 Fällen wurde *Beratung, ja* angekreuzt (gilt nur für die amb. Pflege).

Pflege) wird *Schmerz mit Mobilität/Beweglichkeit* als Risiko identifiziert und in 38 Fällen (24 ambulante und 14 stationäre Pflege) eine *Beobachtung* und in nahezu allen Fällen (36) eine *weiterführende Einschätzung* für notwendig angesehen (ca. 40 %). In 96 Fällen korrespondiert *Schmerzrisiko mit krankheitsbezogenen Anforderungen* und in 55 Fällen wird *Beobachtung* als nächster Schritt gesehen.

In 41 von 452 Fällen (22 ambulante und 19 stationäre Pflege) wurde ein *Ernährungsrisiko* in Kombination mit *Kognition/Kommunikation*, in 52 Fällen (30 ambulante und 22 stationäre Pflege) in Kombination mit *Mobilität/Bewegung* sowie in 56 Fällen hinsichtlich *krankheitsbezogene Anforderungen* angegeben. Interessant ist, dass nur in 79 Fällen (45 ambulante und 34 stationäre Pflege) Ernährung als Risiko im Kontext der Selbstversorgung angegeben ist. Allerdings ist anhand der Daten nicht erkennbar, ob eine ausreichende Versorgung durch pflegende Angehörige gewährleistet wird und deshalb kein ‚Risiko‘ besteht. Gleichwohl wird in 29 Fällen eine *Beobachtung* und in 22 Fällen eine *differenzierte Einschätzung* als notwendig erachtet.

Abschließend eine grafische Übersicht (Abb. 9) wie sich die Verteilung der Einschätzung, dass ein Risiko (Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz und Ernährung) vorhanden ist, in Kombination mit den pflegerelevanten Kontextkategorien darstellte. Deutlich wird, dass die pflegerelevante Kontextkategorie *Mobilität/Beweglichkeit* (bis auf eine Ausnahme) in der Bewertung eines Risikos eine zentrale Rolle spielt.

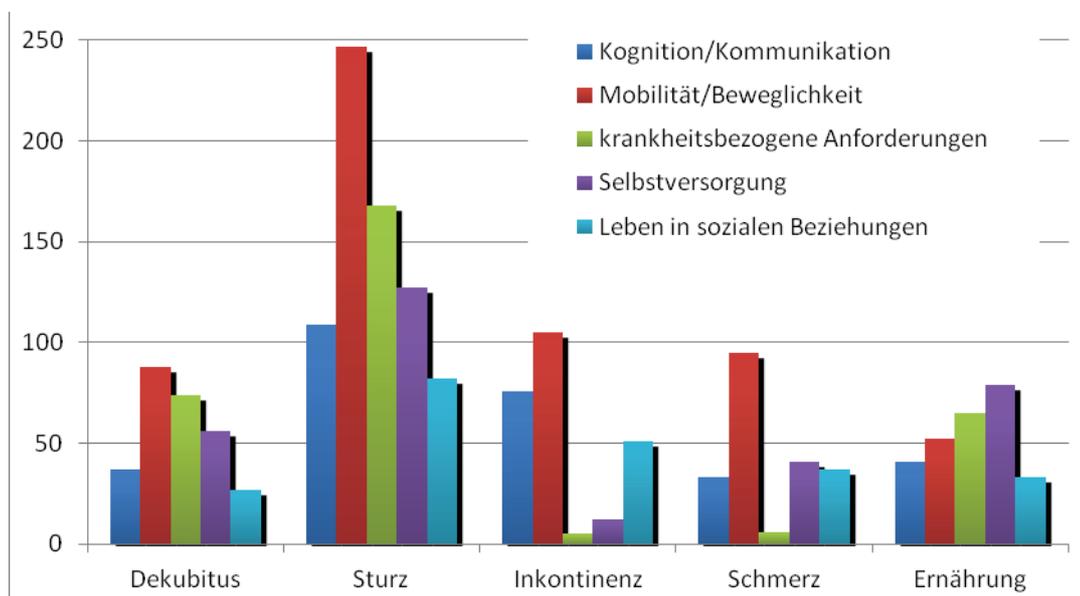


Abbildung 9: Verteilung der Einschätzung, dass ein Risiko vorhanden ist

Eine weitere inhaltliche Verlinkung der Daten in der Kombination der Risikoeinschätzung *Sturz und Schmerz* (ja, Risiko liegt zweifach vor) sowie unter Hinzuziehung der pflegerelevanten Kontextkategorien wird in der nachfolgend stehenden Grafik (Abb. 10) deutlich, dass die Kombination *Sturz/Schmerz UND krankheitsbezogene Anforderungen*

(graue Linie) bzw. *Sturz/Schmerz UND oder Mobilität/Bewegung* (grüne Linie) deutlich häufig miteinander korreliert als dies beispielsweise *Sturz/Schmerz UND Leben in sozialen Beziehungen* (orange Linie). Dieses Ergebnis bestätigt den eben gezeigten Zusammenhang (Abb. 9). Daraus kann ganz allgemein betrachtet angenommen werden, dass Risikoeinschätzungen wie *Sturz und Schmerz* ‚getriggert‘ werden durch die Einschätzung von *Mobilität/Bewegung* und *krankheitsbezogene Anforderungen*.

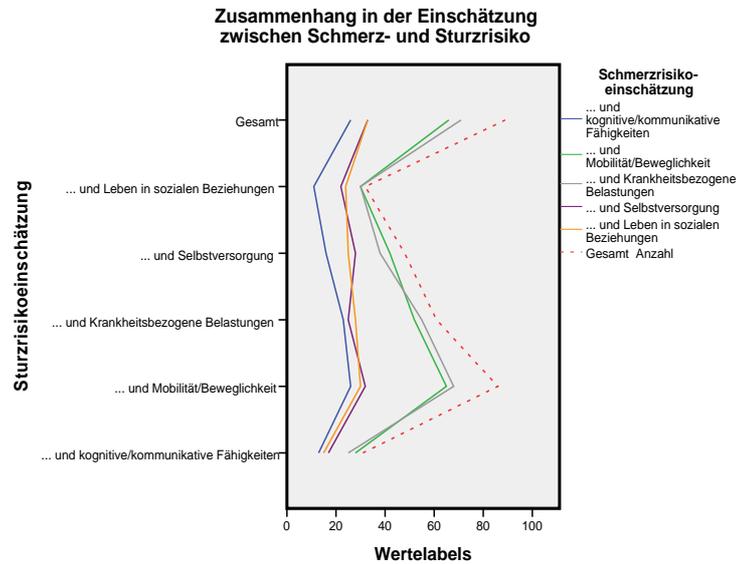


Abbildung 10: Zusammenhang zwischen Schmerz- & Sturzrisiko

Etwas anders gestaltet sich die Kombination *Sturz/Ernährung* (Abb. 11). Hierbei korrespondieren (lilafarbene Linie) *Mobilität/Bewegung* (aus Sicht Sturz) mit *Selbstversorgung* (aus Sicht Ernährung). Daraus kann, ganz allgemein und in Abgrenzung zur oben gemachten Aussage angenommen werden, dass Risikoeinschätzungen durch unterschiedliche pflegerelevante Kontextkategorien ‚getriggert‘ werden.

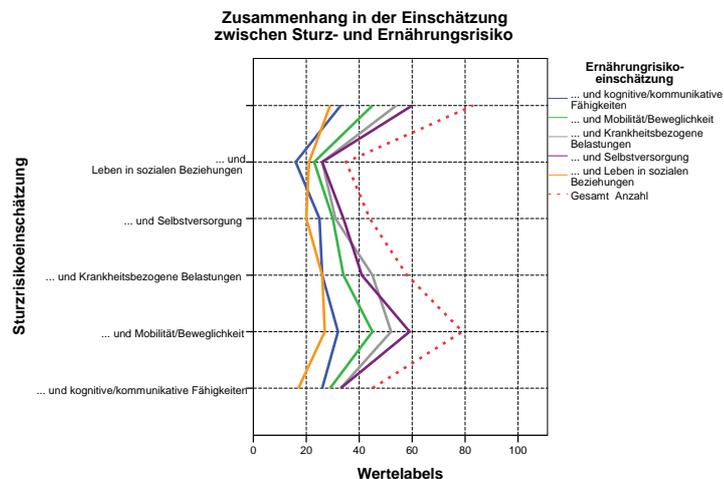


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Sturz- und Ernährungsrisiko

Dies lässt die Vermutung zu, dass mithilfe der Risikomatrix die Anforderung an die Pflegefachkraft hinsichtlich Komplexität einer situativen Erst-Einschätzung (Initial-Assessment) deutlich sichtbar wird und dies für eine reflektierte, evidenzinformierte Praxis steht. Die Risikomatrix steht demnach für das Phänomen des *doppelseitigen Wissensbezugs*, „also jenem Changieren zwischen einem wissenschaftlich generalisierten, fallübergreifenden Erklärungs- und Regelwissen und einem fallbezogenen, kasuistischen, gleichsam in einem praktischen Erfahrungsspeicher gewonnenen Handlungswissen, zwischen den letztlich unüberbrückbare Inkongruenzen bestehen“ (Remmers 2000, S. 380). Darüber hinaus wird ein gezielter Einsatz notwendiger Differential-Assessments (standardisierte Instrumente) ermöglicht und damit direkt ein Beitrag zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation geliefert.

Zwischenfazit

Die zuletzt vorgestellten inhaltlich verschränkten Ergebnisse liefern insbesondere darüber Erkenntnisse, dass mit der Ersteinschätzung durch die Risikomatrix (am Ende des SIS-Bogens) die Komplexität nicht nur der vorliegenden Evidenz- und Studienlage sichtbar wird, sondern auch, dass die Verschränkung von pflegerrelevanten Phänomenen und Kontextkategorien für ein Initial-Assessment herangezogen werden kann (Roes 2013, unveröffentlichte Projektunterlagen). Auf diese Art und Weise wird die Anzahl infrage kommender Interpretationen verringert, weil die Bedeutung einer wahrgenommenen Situation sich in der Regel durch ein oder zwei Interpretationen erklären lässt. Darüber hinaus wird die Wahrnehmung nicht auf kontextfreie Eigenschaften reduziert (Benner 1995). Insbesondere zeigen die Ergebnisse auch, dass komplexe Situationen durchaus mit Hilfe einer reflektierten Vorgehensweise von pflegerischen Fachexpertinnen und Fachexperten (hier: Pflegefachkräfte) auch ohne Differential-Assessment sinnvoll bewertet werden. Somit liefert die Risikoeinschätzung auch einen Beitrag der Anerkennung einer evidenzinformierten Praxis (Roes et al. 2013).

5. Ergebnisse aus der Abschlussbefragungen der Teilnehmer am Praxistest

Befragt wurden diejenigen, die am 3. Reflektionstreffen teilgenommen haben (N = 53). Alle verteilten Bögen wurden ausgefüllt zurückgegeben (100 %) und konnten - bis auf einen Bogen - ausgewertet werden. Von den Befragten repräsentieren N = 27 die ambulante und N = 25 die stationäre Pflege. Die Auswertung erfolgte mit SPSS (Vers 21). Im Vordergrund dieser Befragung standen zwei Frageaspekte: Wird die SIS (inkl. Risikoeinschätzung) verstanden und wird sie als praxistauglich eingeschätzt.

5.1 Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur SIS

Insgesamt setzt sich die Intervention SIS aus drei innovativen Änderungen zusammen (siehe hierzu ausführlicher Kap. 1): Die narrative Darstellung der Perspektive der ‚zu Pflegenden‘; die Reduktion der Strukturierten Informationssammlung (SIS) auf fünf pflegerische Kontextkategorien und die Matrix zur Risikoeinschätzung. Deren Umsetzung wurde im Rahmen des 3. und letzten Reflektionstreffen (Jan. 2014) erfragt. Folgende Einschätzungen gaben die Teilnehmer/innen am Praxistest und den Reflexionstreffen ab:

In Abb. 12 ist zu sehen, dass in den meisten Einrichtungen *vor Start* der Erprobungsphase besondere organisatorische Voraussetzungen zu treffen waren.

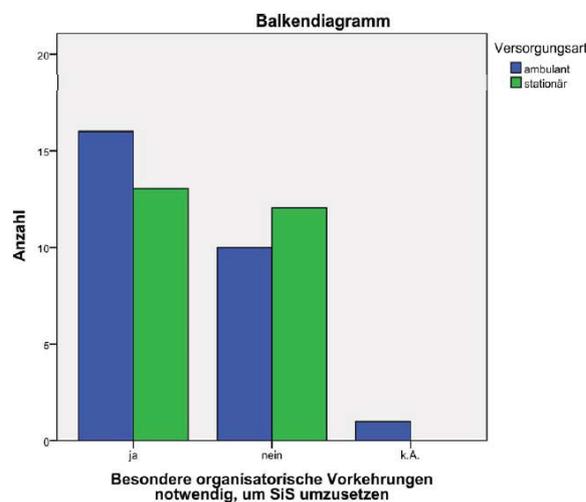


Abbildung 12 SIS Erprobung und organisatorische Vorkehrungen

Etwas höher war der Aufwand für die Teilnehmer/-innen in amb. Pflegeeinrichtungen. Die Befragten gaben u.a. an, dass sich der Mehraufwand auf die Information und Koordination der Mitarbeiter/-innen bezieht oder auf den Mehraufwand hinsichtlich der Notwendigkeit, neues Dokumentationsmaterial zu erstellen bzw. zu ändern.

In den beiden folgenden Grafiken (Abb. 13 und 14) lässt sich gut erkennen, dass aus Sicht der Befragten die Intervention (hier SIS) sowohl hinsichtlich Nachvollziehbarkeit als auch bezogen auf die Erfassung von für die Pflege relevanten Faktoren äußerst positiv bewertet wird.

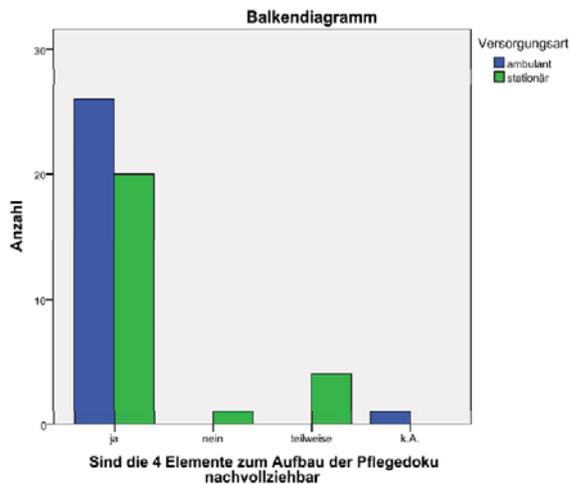


Abbildung 13: 4 Elemente nachvollziehbar

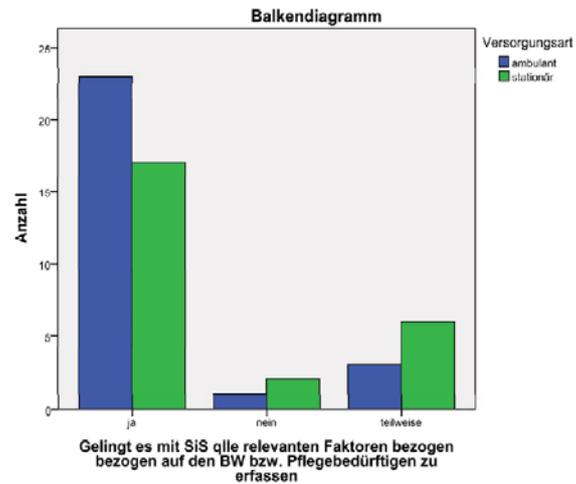


Abbildung 14: pflegerelevante Faktoren erfasst

Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als die Bewertung einer Intervention (u.a. Grad des relativen Vorteils, Rogers 2003⁵, Roes et al. 2000) deren Umsetzung in die Praxis maßgeblich mit beeinflusst.

Bezogen auf der verschiedenen Strukturelemente der neuen SIS wird in Abb. 15 sichtbar, dass die meisten Befragten angaben, keine Probleme mit Feld B (narrative Beschreibung aus Sicht der ‚zu Pflegenden‘) zu haben. Insgesamt 10 Befragte formulierten, dass es für sie ungewohnt war oder nicht immer gelang, die Perspektive der Klient/innen und Angehörigen einzunehmen.

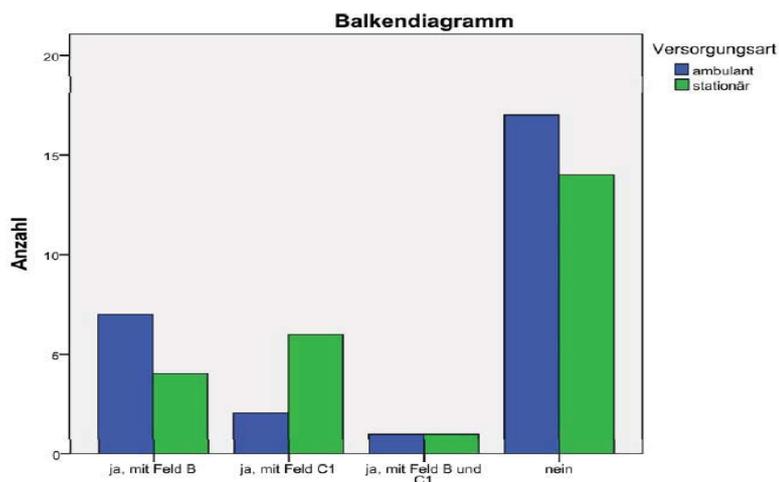


Abbildung 15 SIS - Probleme mit den verschiedenen Eintragungsfeldern (B bis C1)

Etwas mehr Befragte der stationären Pflege taten sich mit dem Ausfüllen von Feld C1 (analog der pflegerische Kontextkategorien) schwer. Der größte Anteil der Befragten

gab allerdings an, dass sie keine Probleme mit der neuen Version der Ersteinschätzung hatten.

Etwas anders gestaltet sich die Umsetzung der Risiko-Matrix, bei der pflegerische Phänomene (u.a. Dekubitus, Sturz etc.) mit pflegerisch relevanten Kontextkategorien (u.a. Mobilität und Beweglichkeit etc.) verschränkt wurden und zwei Entscheidungen (drei in der ambulanten Pflege) getroffen werden mussten: Liegt ein Risiko vor ist es notwendig entweder (a) ‚zu beobachten‘, ggf. um identifizieren zu können, ob sich ein Risiko entwickelt oder (b) zu entscheiden, ob eine ‚weitere, differenzierte Einschätzung‘ (im Sinne eines Differential-Assessments) vorzunehmen ist. In der amb. Pflege kann darüber hinaus auch noch entschieden werden, ob ‚Beratung‘ notwendig ist.

Wie in Abb. 16 dargestellt, hatten die meisten der Befragten ‚manchmal‘ Probleme beim Ausfüllen der Matrix.

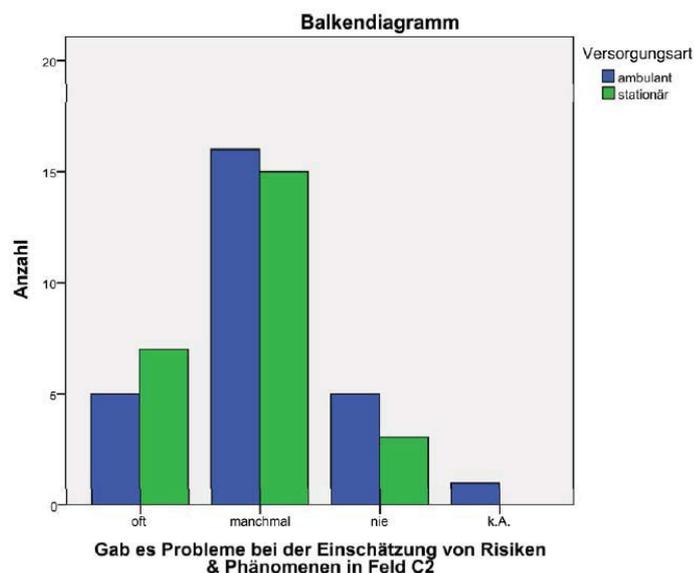


Abbildung 16 SIS - Probleme mit dem Eintragungsfeld C2 (Risiko-Matrix)

Probleme, die von den Befragten genannt wurden, stellen sich vorwiegend als analytische Probleme heraus

- Zweifel, ob richtig ausgefüllt
- Zuordnung der Risiken zu den 5 Themenfeldern schwierig
- Entscheidung, ob bei bestehendem Risiko beobachtet oder vertiefter eingeschätzt werden soll, fiel schwer
- Anfangs Schwierigkeiten in der Zuordnung, später unproblematisch (nach Reflektionstreffen)

Ausgehend davon, dass im Rahmen des Praxistests keine Musterdokumentation zur Verfügung gestellt und deshalb erwartet wurde, dass die Maßnahmenplanung in den Einrichtungen an die SIS Struktur angepasst wird und dies selbständig zu erfolgen hatte, sind die Ergebnisse in Abb. 17 zu interpretieren. Mittlere Schwierigkeiten in der Anpassung ergaben sich sowohl für die ambulanten als auch stationären Pflegeeinrichtungen, wengleich von etwa der Hälfte der Befragten diese Anpassung der Maßnahmenplanung als geringe Schwierigkeit eingeschätzt wurde.

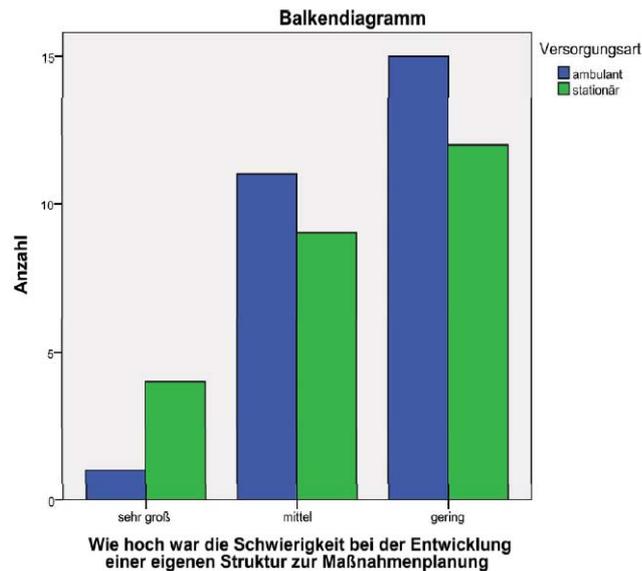


Abbildung 17 Probleme hinsichtlich Anpassung der Maßnahmenplanung

In der offenen Anschlussfrage wurde u.a. vermerkt, dass nach anfänglichen Schwierigkeiten (z.B. AEDL-,Belastung‘) sich bald (insbesondere ab dem 2. und 3. Reflexionstreffen) Sicherheit einstellte.

Am Ende des Fragebogens wurden die Teilnehmer/innen um eine abschließende Einschätzung gebeten mit Fokus auf ‚Erleichterung der eigenen Arbeit‘ mit Hilfe des SIS Bogens und sich daraus ergebender Änderungen für die gesamte Pflegedokumentation. In Abb. 18 wird sichtbar, dass der größere Anteil sowohl der amb. als auch stationären Pflegeeinrichtungen die einfache Handhabung positiv bewertet.

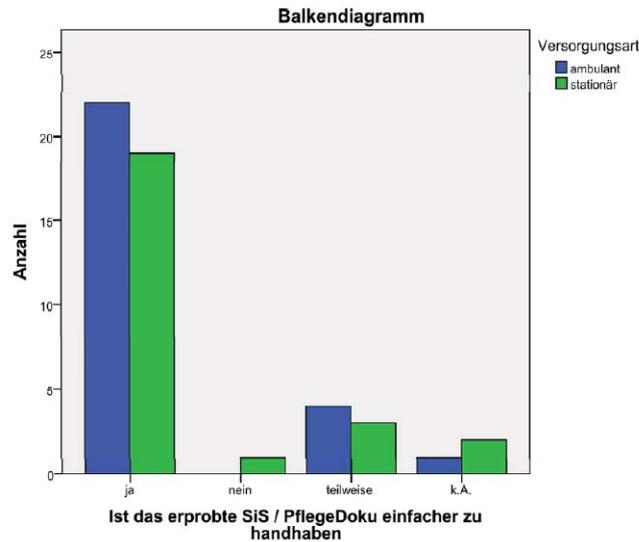


Abbildung 18 allgemeine abschließende Einschätzung zur SIS

Zudem sprechen sich fast alle Beteiligten für die Fortführung der Implementierung der erprobten SIS aus. In der offenen Anschlussfrage wurden vier zentrale Gründe dafür angegeben: (1) Steigerung von Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen sowie Effizienz durch Reduzierung auf wesentliche Inhalten (Zeitersparnis); (2) Erleichterung durch Maßnahmenpläne; (3) Austausch im Team über Pflegeplanung angeregt sowie (4) Betonung der eigenen Fachlichkeit.

5.2 Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung zur Zeitdimension

Diese Befragung orientierte sich an der bundesweiten Umfrage des Bundesamtes für Statistik (2013) und verwendete die gleichen Fragen. Befragt wurden diejenigen die am 3. Reflektionstreffen teilgenommen haben (N = 53). Insgesamt konnten n = 45 Bögen ausgewertet werden (n = 24 ambulante und n = 21 stationäre Pflege). Die Daten wurden mit SPSS (Vers. 21) ausgewertet, wobei lediglich derjenige Parameter (Median) errechnet wurde, der vom Bundesamt für Statistik verwendet wurde. Folgende Ergebnisse sind von Relevanz:

In Abb. 19 wird deutlich, dass die befragten Mitarbeiter/-innen mit der neuen SIS einen erheblichen Zeitgewinn insbesondere hinsichtlich Bearbeitung von Formularen und bezogen auf die Zusammenstellung verschiedener Daten hatten.

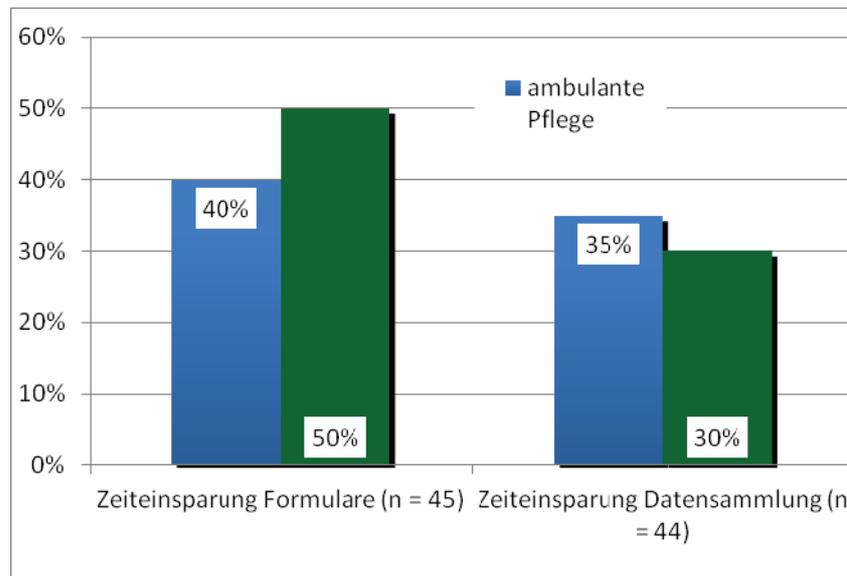


Abbildung 19: Berechnung des Median hinsichtlich Zeiteinsparung aus Sicht der am Praxistest beteiligten Mitarbeiter/-innen

Zur Zeitersparnis ‚Gespräche mit internen Kolleg/-innen‘ liegen nur 16 Antworten vor. Die Mitarbeiter/-innen sehen für interne Gespräche eine Zeitersparnis von 30 % (ambulante Pflege) bzw. 20 % (stationäre Pflege). Zur Frage der Zeitersparnis ‚Gespräche mit Externen‘ haben sich nur acht der insgesamt 53 Befragten geäußert. Meistens wurde angegeben, dass dies zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bewertbar sei.

6. Abschlussveranstaltung im Rahmen des Praxistests

Die Abschlussveranstaltung zum Praxistest am 19. Februar 2014 in Berlin wurde maßgeblich durch die Verbände, die den Praxistest getragen haben, inhaltlich und organisatorisch in Zusammenarbeit mit dem Projektbüro vorbereitet und hatte drei wesentliche Ziele:

- Die Grundprinzipien und das Konzept zur praktischen Umsetzung der veränderten Pflegedokumentation einer begrenzten Fachöffentlichkeit vorzustellen und aus verschiedenen Perspektiven (Externe Qualitätsprüfung/Juristische Einordnung/Verantwortung des Pflege- und Qualitätsmanagements) zu kommentieren.
- Die Berichterstattung und Schlussfolgerungen von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen über ihre Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung des Strukturmodells, der SIS und weiterer struktureller Vorgaben im Praxistest vor einer begrenzten Fachöffentlichkeit.
- Die pflegepolitische Einordnung der Ergebnisse des Praxistest aus je spezifischer Sicht durch den GKV-SV, das BMG, die Verbraucher, die Länder, die MDK Gemeinschaft, die Trägerorganisationen und den Deutschen Pflegerat sowie Stellungnahmen zum weiteren Vorgehen und Handlungsbedarf.

Die hohe Präsenz der Politik durch zwei Staatssekretäre (BMG und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung) und ranghohe Vertreter der Kostenträger, des MDS, der Verbände und der Länder sowie der Fachabteilung des BMG, waren Ausdruck der pflegepolitischen Bedeutung des Themas im Kontext Entbürokratisierung. Ausdruck dessen war auch der große bundesweite Andrang aus der Fachszene, den MDK'n, den Heimaufsichten, den Ländern, aus Verbänden und Bildungseinrichtungen und der Fachpresse, an dieser Veranstaltung teilnehmen zu können.

Fast alle ambulanten Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen aus dem Praxistest waren zugegen und überzeugten am Nachmittag in den Arbeitsgruppen durch ihre offene Berichterstattung. Insgesamt vermittelte sich der Eindruck, dass die Vorschläge von den Anwesenden mit großer Aufmerksamkeit und Interesse aufgenommen wurden.

Am Vormittag beeindruckte die offene und praxisnahe wissenschaftliche Positionierung aus der Pflegewissenschaft zu einem rationaleren Konzept der Risikoeinschätzung und die klaren Äußerungen des MDS, die vorgestellte Grundstruktur einer Pflegedokumentation und den konzeptionellen Ansatz konstruktiv weiter mit zu begleiten und zu unterstützen. Große Aufmerksamkeit wurde auch dem Bericht aus der entsprechenden Expertengruppe zur haftungs- und sozialrechtlichen Einordnung der Vorgehensweise geschenkt.

Insgesamt hatten sich weit über zweihundert Teilnehmer/-innen angemeldet. Es herrschte eine gespannte Erwartungshaltung zu pflegepolitischen Positionierungen der Referenten (Programm siehe Anlage 10) aber auch zu einem ersten intensiven fachlichen Austausch über die Empfehlungen der OBF zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und deren praktischen Erprobung im Testzeitraum.

Insofern war es sehr erfreulich, dass das abschließende Podiumsgespräch eine große Übereinstimmung ergab, dass nun auf breiter Basis die Ergebnisse regional gesichert und Erfahrungen weiter ausgebaut werden müssen. Anfangs wie am Ende wurde durch die Projektsteuerung dafür geworben, die erarbeitete ‚Plattform‘ zum gemeinsamen Vorgehen (Lenkungsgremium) beizubehalten und den eingeschlagenen Weg durch eine ‚Konzertierte Aktion‘ aller Beteiligten in Form einer breit angelegten Implementierungsstrategie nachhaltig abzusichern.

7. Zusammenfassung und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Der Praxistest sollte Erkenntnisse bringen zur Praktikabilität und Nachvollziehbarkeit, zur Umsetzung der Grundstruktur sowie zur Einordnung der rechtlichen Belastbarkeit und zur Zeitersparnis.

Obwohl nur begrenzte Ressourcen für die Schulung und Begleitung der praktischen Anwendung gegeben war, wurde der Paradigmenwechsel bei fast allen vollzogen, allerdings in unterschiedlicher Schrittfolge und Ausprägung. Es stellten sich im Laufe der Zeit erwünschte und erwartbare Effekte zur Übersichtlichkeit, Zeitersparnis und zur Mitarbeitermotivation ein.

Eine haftungsrechtliche und sozialrechtliche Einordnung und Bewertung dieser Dokumentationspraxis liegt vor und bestätigt das Vorgehen. Voraussetzung ist allerdings, dass die organisatorischen Strukturen durch ein entsprechendes internes Qualitätsmanagement sichergestellt sind und eine individuell strukturierte Informationssammlung und Pflege- und Maßnahmenplanung vorliegt. Es wurde festgestellt, dass der juristischen Bedeutung des Themas ‚Pflegedokumentation im SGB XI‘ bisher auch in juristischen Fachkreisen zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und dass über den Praxistest hinaus ein breiter Diskurs notwendig ist. Außerdem sei eine bundesweite fachwissenschaftliche Verständigung aller zentralen Akteure zu einer Grundstruktur der Pflegedokumentation notwendig, die bei einem Rechtsstreit von den Gerichten herangezogen werden kann.

Die juristische Expertengruppe betont, dass ein Erfolgsparameter hinsichtlich der Umsetzung der neuen Pflegedokumentation eine klare fachliche Position des Pflegemanagements und der jeweiligen Pflegefachkraft von Nöten ist, die im Streitfall auch reflexiv und argumentativ durchzuhalten ist. Aus ihrer Sicht kommt es in erheblichem Maße auch auf die Stärkung und Anerkennung der Fachlichkeit von Pflegefachkräften insbesondere durch das Pflegemanagement an.

Der Paradigmenwechsel hin zu einer Perspektive der Person-Zentrierung mit narrativen Elementen in der SIS war eine Herausforderung für alle Beteiligten. Der Schulungsbedarf war größer als er im Rahmen des Praxistestes zur Verfügung gestellt werden konnte. Dies gilt insbesondere für die Anwendung der rationalen Risikoeinschätzung und einem veränderten Verfahren im Umgang mit den damit korrespondierenden Instrumenten für ein Differential-Assessment.

Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, dass die erprobte Grundstruktur eine sehr gute Grundlage zur Ausrichtung einer standardisierten Pflegedokumentation bietet und trotzdem vielfältige Varianten zulässt. Konzept und Verfahren bestätigen im Rahmen des Praxistests, dass die Pflegedokumentation in Art und Umfang zur heute weit verbreiteten Praxis erheblich reduziert werden kann, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen oder dass die Sicherstellung der Kommunikation zwischen allen Beteiligten zur Situation der Pflegebedürftigen nicht mehr gewährleistet ist.

Damit liegt ein Konzept für eine schlanke Pflegedokumentation vor, ohne dass damit zwingend verbunden ist, diese einheitlich und verbindlich für alle ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen einzuführen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Praxistests plädierten allerdings ausdrücklich dafür, sich auf ein bundesweit einheitliches Verfahren zu verständigen.

Dieses durchweg positive Ergebnis konnte nur erreicht werden in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden, dem Engagement der Pflegeeinrichtung und Pflegedienste sowie durch die Unterstützung der Kostenträger, der Medizinischen Dienste/PKV Prüfdienst und der Länder sowie mit pflegewissenschaftlicher Unterstützung. Es gilt nun diesen Schwung von den Vertragsparteien gemäß § 113 SGB XI, den Berufsverbänden und der Politik aufzugreifen und durch eine ‚Konzertierte Aktion‘ die Ergebnisse zu verstärken und den begonnenen Weg abzusichern.

Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

Die positiven Ergebnisse und Erfahrungen der beteiligten Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten lassen den Schluss zu, dass die erprobte Vorgehensweise nicht durch ein breit angelegtes und wissenschaftlich begleitetes Modellvorhaben - mit dem Ziel der vertiefenden Analyse der verwendeten wissenschaftlichen begründeten pflegerelevanten Kontextkategorien und pflegerelevanter Phänomene - abgesichert werden muss. Vor dem Hintergrund der existierenden Wissenschaftsbasierung der SIS und der positiven Erfahrungen während des Praxistests ist davon auszugehen, dass es in erster Linie einer bundes- und landesweiten Implementierungsstrategie bedarf, die für einen Zeitraum (ca. 2 Jahre) auf diesen beiden Ebenen zentral gesteuert und begleitet wird. Eine regionalisierte, (dennoch flächendeckende) Implementierungsstrategie sollte vier Aspekte weiter im Blick haben:

- den pflegefachlichen Diskurs zur Verfestigung und zum Umgang mit der SIS und Risikoeinschätzung, auch im Hinblick auf die Verfahren der externen Qualitätsprüfungen. Regionaltreffen haben sich als Lernort entpuppt und sollten weiterhin genutzt werden, um einen einrichtungsübergreifenden pflegefachlichen Austausch zu fördern.
- den bildungspolitischen Diskurs im Hinblick auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegefachberufe und die anstehende Ausbildungsreform der Pflegeberufe sowie die Bereitstellung von Ressourcen zu dem notwendigen Schulungsbedarf bei der praktischen Umsetzung des Strukturmodells (4 Phasen Pflegeprozess) und der SIS (inkl. Risikoeinschätzung).
- den juristischen Diskurs im Hinblick auf seine Breitenwirkung (Disseminierung) und Rechtssetzung sowie möglicher weiterer Fragestellungen auch zum Berufsrecht und zu beruflichen Sorgfaltspflichten.

- das erprobte Verfahren auch für die Rahmenbedingungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege anzupassen und praktisch zu erproben.

Darüber hinaus ist zu beraten, wie die Implementierung in den beteiligten Projekteinrichtungen aktuell fortgeführt werden kann (Ergebnissicherung). Es bedarf einer zeitnahen Überarbeitung des Vorgehens auf der Grundlage der Erkenntnisse und Ergebnisse im Praxistest sowie die Erstellung einer Verfahrensanleitung, um eine zielgerichtete Breitenwirkung in der Fläche zu erreichen und diejenigen, die am Praxistest teilgenommen haben, hierdurch zu unterstützen.

In den begonnenen Dialog während des Praxistests mit den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten sowie den Verbänden sind ab sofort die Medizinischen Dienste und die Heimaufsichten systematisch einzubeziehen. Hierzu bedarf es zunächst gezielter regionaler Informationsveranstaltungen.

Im Hinblick auf eine rasche anzustrebende Verfahrenssicherung einer veränderten Dokumentationspraxis gem. SGB XI (auf der Grundlage des erprobten Strukturmodells und des Konzepts zur praktischen Umsetzung) wurde auf der 4. und letzten Sitzung des Lenkungsgremiums folgender Beschluss u.a. unter Punkt (h) gefasst:

‚Zur Sicherstellung der Anschlussfähigkeit und zur Förderung der flächendeckenden Implementierung, beabsichtigen die Vertragspartner nach § 113 SGB XI unverzüglich die Kompatibilität mit den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu vereinbaren.‘

Für die am Praxistest beteiligten Pflegeeinrichtungen bedeutet dies, dass die Fortführung der erprobten Pflegedokumentation einvernehmlich unterstützt wird und stellt eine gute Grundlage für die auch vom Lenkungsgremium befürwortete Implementierungsstrategie dar. Der vollständige Beschluss im Wortlaut siehe Anlage 11.

8. Literaturnachweise

- Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Frauen und Familie (Hrsg.) (2004) Abschlussbericht "Entbürokratisierung der Pflegedokumentation". Verfasser: Wipp M., Kamm J., Buschkämper R.
- Benner P. (1995) Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Huber Verlag.
- Boud D., Keogh R. & Walker D. (1985) Reflection: Turning Experience into Learning. Kogan Page, London.
- Broderick M. and Coffey A. (2012) Person-centred care in nursing documentation. In: Int. J of older People Nursing. doi: 10.1111/opn.12012.
- Brown (2001) Managing the complexity of best practice health care. In: J Nurs Care Qual 15(2), S. 1-8.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (1996) Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung. Bericht 261 (Sozialforschung). Verfasser: Höhmann U., Weinrich H., Gätschenberger G.. ein Projekt am Agnes Karll Institut für Pflegeforschung.
- DNQP (Hrsg.) (2010) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung. Einsehbar unter: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38087.html>.
- DNQP (Hrsg.) (2013) Sturzprophylaxe in der Pflege – 1. Aktualisierung. Einsehbar unter: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38090.html>.
- DNQP (Hrsg.) (2007) Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Einsehbar unter: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38091.html>.
- DNQP (Hrsg.) (2011) Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. – 1. Aktualisierung. Einsehbar unter: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38089.html>
- DNQP (Hrsg.) (2010) Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Einsehbar unter: <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38093.html>.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2005) Entbürokratisierung. Runder Tische Pflege, Arbeitsgruppe III. Einsehbar unter: http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/ergebnisse_runder_tisch_arbeitsgruppe_III.pdf.
- GKV (Hrs.) (2011) Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Verfasser: Wingenfeld K., Büscher A., Ganswald B. (IPW, Universität Bielefeld). Einsehbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf.
- BMG (Hrsg.) (2013) Bericht des Expertenbeirats zur Konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Einsehbar unter: <http://www.bmg.bund.de>

/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf.

- Irving K., Treacy M., Scott A., Hyde A., Butler M. & MacNeela P. (2006) Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing* 53, 151–159.
- Kitson A., Marshall A., Bassett K., Zeitz K. (2013) What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine, and nursing. In: *JAN* 69(1), S. 4-15.
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege. In: *BMGS-Schriftenreihe* 16. Nomos, Baden-Baden.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein - MSGV - (2005): Das schleswig-holsteinische Modell der "Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation". Ergebnisse des Modellprojektes.
- Remmers H. (2000) *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Huber Verlag.
- Rogers E. (2003) *Diffusion of Innovations*. Free Press, NY. 5th Edition.
- Roes M. (2014) ‚*Pflegewissenschaftliche Einordnung zum Verfahren der Risikoeinschätzung*‘ Abschlussveranstaltung ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege‘. Berlin, 19.02.2014. unveröffentlichte Präsentationsunterlagen.
- Roes M. (2014) Editorial: Let it happen – help it happen – make it happen. In: *Pflege – die wissenschaftliche Zeitschrift*. H. 2.
- Roes M., de Jong A., Wulff I. (2013) Implementierungs- und Disseminationsforschung – ein notwendiger Diskurs. In: *Pflege & Gesellschaft*, H. 3, S. 197-213.
- Roes M., Francois-Kettner H., Schmälzle G., Lehmann T. (2000) *MUM – ein Qualitätsprogramm zum Anfassen*. Huber Verlag.
- Roper, Logan und Tierney (1996) *The Elements of Nursing: A model for nursing based on a model for living*. (4th edn). London: Churchill Livingstone. Dt Fassung: N. Roper, W. Logan, A. J. Tierney (Hrsg.) (1983): *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. Recom, Basel.
- Schleswig-Holsteinischer Landtag (2013): *Mehr Zeit für Pflege*. Bericht der Landesregierung. Drucksache 18/1213.
- Statistisches Bundesamt (2013) *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. Einsehbar unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Download/Pflegebericht.pdf?__blob=publicationFile.

Weiß, Thomas (2005): das System der Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation" aus juristischer Sicht. In: MSGV (2005), S. 17-27.

9. Beratende Expertinnen und Experten/Lenkungsgremium

9.1. Pflegefachliche und Pflegewissenschaftliche Expertinnen und Experten

Albrecht, Cornelia, Dipl. Pflegewirtin MSc PW, Referentin für Altenhilfe und Pflege, AWO Landesverband Brandenburg,

Büscher, Prof. Dr. Andreas, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,

Entzian, Dr. Hildegard, Referatsleiterin, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein,

Erling, Rüdiger, Unterabteilungsleiter, Kreisverwaltungsreferat Unterabteilung 24 FQA / Heimaufsicht, München,

Fleer, Bernhard, Dipl. Pflegewirt, Referent, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen,

Frommelt, Mona, Direktorin der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V., München,

Gussmann, Volker, Pflegeexperte MSc PW, Aschaffenburg,

Höhmman, Prof. Dr. Ulrike, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft),

Kelleter, Dr. Heidemarie, Referentin für Qualitätsberatung, Diözesan-Caritasverband Erzbistum Köln e.V.,

Schlerfer, Frank, Abteilungsleitung Qualitätsprüfung v. Pflegeeinrichtungen (Prüfdienst der Privaten), PKV e.V., Köln,

Schmidt, Roscha, Bereichsleiterin Qualitätsmanagement, Caritas Altenhilfe gGmbH, Berlin,

Reich, Annette, Qualitätsbeauftragte, Hauskrankenpflege Langner und Franke GbR, Berlin,

Roes, Prof. Dr. Martina, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Sprecherin, Witten,

Schülke, Petra, Geschäftsführerin, Carepool GmbH, Pflege nach Maß, Hannover,

Wagner, Franz, Bundesgeschäftsführer, DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesverband Berlin,

Wilcke-Kros, Martina, MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Wipp, Michael, Geschäftsführer, Qualitätsmanagement Haus Edelberg, Dienstleistungsgesellschaft für Senioren mbH

9.2. Juristische Expertinnen und Experten

Bachem, Jörn, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, Kanzlei Iffland Wischnewski, Darmstadt,

Börner, Dr. Karlheinz, Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Wiesbaden, Abteilung Betreuungs- und Pflegeaufsicht,

Frings, Peter, Justitiar Caritasverband für Diözese Münster e.V., Münster,

Jorzig, Dr. Alexandra, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Jorzig Rechtsanwälte, Düsseldorf,

Kamm, Johannes, Rechtsanwalt, Geschäftsführer Pflegen & Wohnen Hamburg GmbH, Senator im Senat der Wirtschaft,

Neumann, Ise , Leiterin des Justizariats des bpa e.V.,Berlin

Philipp, Dr. Albrecht, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Sozialrecht, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, Rechtsanwälte, Bender & Philipp, München,

Plantholz, Dr. Markus, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Dornheim Rechtsanwälte und Steuerberater, Hamburg,

Udsching, Prof. Dr. Peter, Vorsitzender Richter a. D. am Bundessozialgericht, Kassel,

Weiß, Prof. Dr. Thomas, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Arbeitsrecht, weiss-rechtsanwaelte, Kiel, Schleswig, Lübeck

9.3. Mitglieder des Lenkungsgremiums

Blatt, Oliver, Abteilungsleiter Gesundheit vdek, Verband der Ersatzkassen e.V., Berlin,

Bölicke, Claus, Referent für Altenhilfe, Abteilung Gesundheit/Alter/Behinderung AWO Bundesverband e.V., Berlin,

Entzian, Dr. Hildegard, Referatsleiterin, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, (A-Länder),

Fleer, Bernhard, MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen,

Frommelt, Mona, Direktorin der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V., München,

Gerber, Dr. Hans, Leiter der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Pflege" der MDK-Gemeinschaft, München,

Kähler, Björn, Hauptverwaltung, BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg,

Knieling, Thomas, Bundesgeschäftsführer, VDAB – Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe e.V., Berlin,

Kücking, Dr. Monika, Leiterin Abteilung Gesundheit, GKV-Spitzenverband, Berlin,

Lang, Dieter, Referent Team Gesundheit, vzbv – Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Berlin,

Lanz, Imme, Geschäftsführerin DEVAP, Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V., Berlin,

Lehmacher-Dubberke, Christiane, Referentin AOK-Bundesverband, Berlin,

Mauel, Herbert, Geschäftsführer, bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin,

Meißner, Thomas, Deutscher Pflegerat e.V., Berlin,

Pick, Peter, MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen,

Pinzhoffer-Irber, Angelika, Referentin, Bayerisches Staatsministerium für Pflege und Gesundheit, München, (B-Länder),

Roes, Prof. Dr. Martina, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Sprecherin, Witten,

Scholl, Jochen, PKV-Verband – Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln,

Stempfle, Erika, BAGFW, Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Berlin,

Szegan, Nadine-Michele, Abteilungsgleiterin Pflege, AOK Bundesverband, Berlin

Tews, Bernd, Geschäftsführung, bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin,

Timm, Gerhard, Geschäftsführung, BAGFW – Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V., Berlin,

Wagner, Franz, Bundesgeschäftsführer, DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesverband Berlin,

Beikirch, Elisabeth, Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege im BMG (Projektsteuerung), Berlin,

Für das BMG:

Grambow, Dr. Eckhard, MinR, Referatsleiter, im BMG, Berlin,

Reitberger, Cornelia, Mitarbeiterin im BMG, Berlin,

Schölkopf, Dr. Martin, MinR, Unterabteilungsleiter, Pflegesicherung im BMG, Berlin

10. Liste der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste im Praxistest

Ambulante Pflegedienste	Stationäre Pflegeeinrichtungen
DC2 Caritas, Sozialstation Duderstadt (Duderstadt, Niedersachsen)	Altenwohnanlage mit Pflegeheim Haus Elisabeth (Pucheim, Bayern)
Pflegedienst Capar & Dase GmbH (Wedemark, Niedersachsen)	Sanatorium Augustinum Schwindegg (Schwindegg, Bayern)
Pflegezentrum Grote GmbH (Isernhagen, Niedersachsen)	Pflege- und Seniorenheim Ludwig Feuerbach (Neubiberg, Bayern)
ASB Regionalverband, Münster Ambulanter Pflegedienst (Münster, NRW)	CASA-REHA Seniorenzentrum Am Gisinger Bahnhof (München, Bayern)
ASB/Gemeinsam gGmbH Pflege- und Sozialzentrum (Brüggen, NRW)	Senioren-Service-Zentrum Taufkirchen-Pichel- mayr Wohn- und Pflegeheim Betriebsgesellschaft (Taufkirchen, Bayern)
ASFD – ambulanter Senioren- und Pflegedienst (Aachen, NRW)	GSD Seniorenwohnpark Vaterstetten GmbH (Vaterstetten, Bayern)
Barbaras Pflegeteam LSD GmbH (Köln, NRW)	Haus Edelberg Stutensee-Friedrichstal (Friedrichstal, Bayern)
Caritas Pflegestation Grevenbroich/Rommerskirchen (Grevenbroich, NRW)	AWO Servicehaus Sandberg (Flensburg, Schleswig-Holstein)
Caritas Sozialstation (Hürth, NRW)	DRK Pflegeheim Husum (Husum, Schleswig-Holstein)
Caritas Verband Datteln (Datteln, NRW)	Lotti Tonello Haus (Lübeck, Schleswig-Holstein)
Caritasverband Wuppertal/Solingen Pflege und Hilfe zu Hause (Wuppertal, NRW)	Alten- und Pflegeheim Fasanenhof (Bönningstedt, Schleswig-Holstein)
Hilfe Daheim (Krefeld, NRW)	Altenpension Kornhooper Landhaus (Norderstedt, Schleswig-Holstein)
PFLEGEDIENST Schattschneider (Dortmund, NRW)	Seniorenwohnpark „Villa Carolath GmbH“ (Langstedt, Schleswig-Holstein)
Vica ambulante Pflege (Coesfeld, NRW)	Scheel Altenpflegeheim Anneliese Scheel GmbH & Co.KG (Norderstedt, Schleswig-Holstein)
Caritas Pflegestation Bad Godesberg Nord (Bonn, NRW)	Haus Park Röpersberg (Ratzeburg, Schleswig-Holstein)

Fortsetzung

Ambulante Pflegedienste	Stationäre Pflegeeinrichtungen
Diakonie Pflege Elisabeth gGmbH (Berlin, Berlin-Brandenburg)	Sozialholding Mönchengladbach – Haus Eicken (Mönchengladbach, NRW)
Diakoniestation Ev. Johannesstift (Berlin, Berlin-Brandenburg)	Fischers-Meyers-Stift der Stadt Krefeld (Krefeld, NRW)
DRK Kreisverband Fläming Spreewald e.V. (Luckenwalde, Berlin-Brandenburg)	Sozialer Ring Rhein-Ruhr-Haus Marienburg und Haus am Buschkämpen (Oberhausen, NRW)
Fährmann Betreuungsdienste für Senioren und Kranke (Angermünde, Berlin-Brandenburg)	Seniorenwohnanlage Buchenhof Heimbetriebsgesellschaft Eder mbH (Bad Salzuflen, NRW)
Fördererverein Heerstraße Nord (Berlin, Berlin-Brandenburg)	Seniorenhaus Sandberg GmbH & Co.KG (Bergheim-Erft, NRW)
Pflegedienst & Tagespflege Cristine Huber GmbH (Prenzlau, Berlin-Brandenburg)	Seniorenzentrum An den Salinen (Erwitte, NRW)
Sozialstation Meisner und Walter (Berlin, Berlin-Brandenburg)	HEWAG Seniorenstift (Langenfeld, NRW)
Volkssolidarität Sozialstation Treptow (Berlin, Berlin-Brandenburg)	Wohnpark Luisenhof GmbH (Gladbeck, NRW)
AHD – Ambulante Hauspflegedienste GmbH (Jesteburg, Niedersachsen)	
Ambulante Krankenpflege Das Gesundheitshaus Bremermann GmbH (Laatzen, Niedersachsen)	
Ambulante Krankenpflege Bettina Harms (Wesendorf, Niedersachsen)	
ASD GmbH Häusliche Krankenpflege und soziale Dienste (Ankum, Niedersachsen)	
Carepool GmbH – Pflege nach Maß (Hannover, Niedersachsen)	
DC1 Caritas Sozialstation (Braunschweig, Niedersachsen)	

11. Anlagenverzeichnis

- Anlage 1** Beschluss der 90. ASMK 2013 in Magdeburg
- Anlage 2** Projektskizze (September 2013)
- Anlage 3** Strukturmodell ambulant (3a) und stationär (3b)
- Anlage 4** Strukturierte Informationssammlung (SIS) ambulant (4a) und stationär (4b)
- Anlage 5** Risikoeinschätzung
- Anlage 6** Stellungnahme der juristischen Expertengruppe
- Anlage 7** Organisationsstruktur Praxistest
- Anlage 8** Schema Einschätzung SIS (Funktionalität/Plausibilität)
- Anlage 9** Abschlussfragebogen (9a) und Fragebogen Zeitersparnis (9b)
- Anlage 10** Programm der Abschlussveranstaltung zum Praxistest (Februar 2014) (10a) und Folienpräsentation des MDS (10b)
- Anlage 11** Beschluss der 4. Sitzung des Lenkungsgremiums (März 2014)

Anlagenband:

Allgemeine Erläuterungen zur praktischen Anwendung (ambulant/stationär) des Strukturmodells, der Strukturierten Informationssammlung (SIS), zum Verfahren der Risikoeinschätzung (Matrix) und der Maßnahmenplanungen

90. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2013

am 27./28. November 2013 in Magdeburg

TOP 5.10

Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

**Antragsteller: Mecklenburg-Vorpommern,
Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen,
Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein**

Beschluss:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder stellen fest, dass die Dokumentation in der Pflege noch immer ein zentrales Thema in der Entbürokratisierungsdebatte ist. In der Fachöffentlichkeit besteht Konsens, dass effiziente Planung und Dokumentation mehr Raum und Zeit für individuelle Pflege lassen. Pflegedokumentation darf keine lästige Pflicht sein, sondern ist ein notwendiges Instrument zur Gestaltung professionellen pflegerischen Handelns.
2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder fordern die Bundesregierung auf, den eingeschlagenen Weg zur Entbürokratisierung in der Pflege durch die Beibehaltung einer Ombudsstelle fortzusetzen, soweit deren Aufgabe nicht durch ein anders Gremium mit pflegefachlicher Expertise wahrgenommen wird. Die Ombudsstelle soll konkrete und praxisnahe Leitlinien für eine fachgerechte und effiziente Pflegedokumentation erarbeiten und erproben. Dabei sind die verschiedenen Versorgungsbereiche zu berücksichtigen. Es ist ein Gesamtkonzept für eine breit angelegte Implementierung und Verfahrenssicherung vorzulegen. Zusätzlich ist durch eine Analyse zu klären, ob durch eine Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) und der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) die Zusammenarbeit und die arbeitsteilige Vorgehensweise zwischen MDK und den für die Aufsicht zuständigen Behörden in den Ländern verbessert und Dokumentationsanforderungen optimiert werden können. Darüber hinaus sind notwendige gesetzgeberische Schritte zu prüfen, damit für alle Beteiligten mehr Klarheit über die

Grundstruktur einer fachlich und rechtlich fundierten Pflegedokumentation hergestellt wird. Die Länder sind in den weiteren Prozess einzubeziehen.

3. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales erinnern die Verbände an ihre Zusage im Rahmen der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012 – 2015“, weiterhin den Bürokratieaufwand und die daraus entstehenden Belastungssituationen von Pflegekräften im Alltag genauer zu analysieren und Wege für eine Reduzierung in Pflegeeinrichtungen aufzuzeigen.

Projektskizze

Praktische Anwendung des Strukturmodells
,Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation‘
in der ambulanten und stationären Pflege

Ein Praxistest im Rahmen der Empfehlungen der Ombudsfrau (OBF) zur
Entbürokratisierung der Pflege im BMG

Inhaltsverzeichnis

1.	Projektanlass	3
2.	Projektsteuerung	6
3.	Auftraggeber	6
4.	Projektziel und direkte Projektbeteiligte.....	6
5.	Projektvorgehen	7
	<i>5.1. Anforderungen an die Einrichtungen und Pflegedienste:</i>	<i>9</i>
	<i>5.2. Anforderungen an Trägerorganisationen und die tragenden Verbände</i>	<i>10</i>
	<i>5.3. Wirkung und Benefit für die Einrichtungen und Dienste</i>	<i>10</i>
	<i>5.4. Anforderungen an die Projektkoordination und die Projektsteuerung.....</i>	<i>11</i>
6.	Projektlaufzeit	12
7.	Lenkungsgremium.....	12

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Ergebnisse zur Pflegedokumentation aus dem Abschlußbericht des Stat. BA
Anlage 2	Strukturmodelle Pflegedokumentation (ambulant/stationär)
Anlage 3	Auszug aus den Empfehlungen der OBF/Ergebnisse Expertengespräche
Anlage 4	Darstellung Meilensteine Projektverlauf

1. Projektanlass

Art und Umfang der Pflegedokumentation in allen Versorgungsbereichen der Langzeitpflege stellen das mit Abstand herausragende Thema im Rahmen der Entbürokratisierungsdebatte der Pflege dar. In Folge dieses Befundes hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Auftrag der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege(OBF) um den Schwerpunkt ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation‘ erweitert, mit dem Ziel der Erarbeitung konkreter Vorschläge zur Problemlösung.

Im gegenwärtigen SGB XI gibt es kein Verfahren, das eine sogenannte ‚Grundstruktur‘ einer fachwissenschaftlich begründeten Pflegedokumentation zuverlässig und bundesweit einheitlich für alle Versorgungsbereiche festlegt. Damit gibt es auch für Qualitätsprüfungen und das Haftungsrecht kaum verbindliche Anknüpfungspunkte, die eine sinnvolle Fokussierung der Pflegedokumentation auf das Wesentliche erlauben.

Gestiegene rechtliche Auseinandersetzungen haben in der Langzeitpflege zusätzliche Anreize gesetzt, so umfassend zu dokumentieren, dass für alle denkbaren Situationen ‚vorgesorgt‘ ist. Bei den Verbänden und Trägerorganisationen, insbesondere aber auch bei den Pflegenden, herrscht der Eindruck vor, dass die Prüfinstitutionen und die Gerichte derzeit die ‚Deutungshoheit‘ über Art und Umfang der Pflegedokumentation übernommen haben. Einrichtungen reagieren auf externe Anforderungen derzeit mit mehr Dokumentation und einem immer größeren Umfang von Einzelleistungsnachweisen.

Der jährliche finanzielle Aufwand für die Pflegedokumentation wird auf Grundlage aktueller Zahlen des Statistischen Bundesamtes auf 2,7 Mrd. € beziffert (Abschlußbericht des statistischen Bundesamtes zum Erfüllungsaufwand in der Pflege, 2013). Davon entfallen in der Darstellung allein 2/3 der Kosten auf Leistungsnachweise. Die zeitliche Dimension für eine ‚Standardpflegedokumentation‘ im Rahmen dieser Erhebung wird umgerechnet mit ca. einer Stunde pro Schicht und Pflegefachkraft laut dieser Untersuchung angezeigt (siehe Anlage 1).

Eine fachliche Einordnung dieser Untersuchungsergebnisse oder eine (fach-)politische Bewertung im Hinblick auf Entbürokratisierungspotentiale und gesetzlichen Handlungsbedarf ist allerdings ohne eine verbindliche fachwissenschaftliche Festlegung einer ‚Grundstruktur‘ einer Pflegedokumentation, die zusätzlich rechtlichen Aspekten standhalten muss, kaum möglich. Einzelne Ergebnisse zu dem Erstbesuch in der ambulanten Pflege decken sich aller-

dings mit Ergebnissen aus einer Studie des bpa, welche der Verband 2011 in Auftrag gegeben hatte.

Durch den Qualifikationsmix von Fachkräften und Helferqualifikationen in den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten entfällt auf die dreijährig examinierten Pflegefachkräfte eine besondere Verantwortung in der Pflegeprozesssteuerung und eine höhere zeitliche Belastung im Hinblick auf die Pflegedokumentation. Es verleiht dem derzeit vorherrschenden Eindruck, im hohen Maß für Prüfungen, Begutachtungen und rechtliche Auseinandersetzungen zu dokumentieren und hierdurch Zeitverluste für die direkte Pflege in Kauf zu nehmen sowie den Ergebnissen aus der Messung des Erfüllungsaufwand, eine besondere Brisanz.

Vorliegende Empfehlungen zu Konzept und Umfang einer Pflegedokumentation(siehe Anlage 2) für den ambulanten und den stationären Versorgungssektor verfolgten deshalb die Zielstellung, bisherige fachliche und juristische Aspekte zur gegenwärtigen Praxis zu hinterfragen, Kritikpunkte aus der Fachpraxis und von den Verbrauchern aufzugreifen, die Bedeutung von fachlicher Kompetenz und beruflicher Erfahrung der Pflegenden stärker herauszustellen, den zeitlichen Aufwand für die Pflegedokumentation möglichst zu minimieren und zugleich eine gemeinsame Grundlage für die interne und externe Qualitätssicherung zu schaffen.

Aus juristischer Sicht wurde gefordert, dass zunächst ein pflegefachliches Konzept und eine klare fachwissenschaftliche Positionierung zu einer sog. ‚Grundstruktur‘ einer Pflegedokumentation‘ vorliegen müssen, bevor eine rechtliche Einordnung aus unterschiedlicher Perspektive erfolgen kann und Empfehlungen für eine Verfahrensregelung zur Herstellung von Verbindlichkeit für alle Beteiligten ausgesprochen werden können.

In der Folge fanden eine Reihe von Beratungen mit Expertinnen und Experten aus der Fachpraxis (ambulant und stationär) und der Pflegewissenschaft unter Einbezug der speziellen Expertise von Prüfinstitutionen gemäß SGB XI sowie aus unterschiedlichen Verwaltungsebenen der für heimrechtliche Aufsichten zuständigen Stellen statt.

Die vorliegenden Empfehlungen (siehe Anlage 3) sind sicherlich aus fachpraktischer und wissenschaftlicher sowie juristischer Sicht noch im Detail weiter auszugestalten. Sie sind aber im Gespräch mit vielen Expertinnen und Experten in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung prinzipiell bestätigt und im Vorgehen befürwortet worden. Sie stellen aus Sicht aller Beteiligten einen entscheidenden Beitrag zur Versachlichung (Ordnung) und Weiterentwicklung

zentraler Elemente der Pflegedokumentation und der Umsetzung des Pflegeprozesses dar und dienen so der Entlastung der Gesamtsituation im pflegerischen Alltag.

Bei entsprechender Befürwortung durch zentrale Akteure in der Pflege und die Verbände, muss das empfohlene Verfahren dennoch zunächst einen ersten Praktikabilitätstest durchlaufen, um durch die praktische Umsetzung Hinweise für notwendige Änderungen an dem Konzept oder zu juristischen Fragen zu erhalten, bevor es zu einer von allen gewünschten bundesweiten Verfahrensregelung und Absicherung der Grundstruktur einer Pflegedokumentation, im Sinne eines, Lernenden Systems, kommen kann.

Am 30.07.2013 fand auf Einladung der OBF eine vorläufig letzte Beratung zu der fachlich entwickelten Grundstruktur einer Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Versorgung im BMG statt. Hierbei wurden in einem erstmals erweiterten Teilnehmerkreis (Pflegeselbstverwaltung) das Konzept sowie die juristische Einordnung der Vorschläge und Fragen der praktischen Umsetzung diskutiert. Das vorliegende Ergebnis (Empfehlungen der OBF zum Strukturmodell Pflegedokumentation) auf der Grundlage von fachlichen und juristischen Expertenberatungen wurde von den Anwesenden im Wesentlichen befürwortet.

Es gab ein breites Einvernehmen und eine klare Befürwortung für einen zeitnahen Praxistest als einen nächsten wichtigen Schritt. Eine ca. dreimonatige Erprobung soll nicht durch eine umfassende wissenschaftliche Begleitung überfrachtet werden, sondern durch ein gezieltes schlankes Konzept der Evaluation, Erkenntnisse zu fachlichen, organisatorischen sowie juristischen Fragen bei der praktischen Umsetzung bringen und den Schulungsaufwand für die Pflegefachkräfte verdeutlichen.

Nach kurzer Diskussion wurde deutlich, dass eine Förderung über ein Modellvorhaben gem. § 8 Abs. 3 SGBXI eine zu hohe Hürde für diesen Praxistest darstellt und eher für einen späteren Zeitpunkt, im Sinne der skizzierten übergeordneten Zielstellungen und einer breit angelegten Implementierung geeignet erscheint.

Die anwesenden Trägerorganisationen und Verbände signalisierten eine breite Beteiligung an dem Praxistest. Zusätzlich wurde die Einsetzung eines Lenkungsgremiums für dieses Vorhaben eingefordert, an dem u.a. auch die Kostenträger und der Medizinische Dienst sowie die Verbraucherverbände ihr Interesse bekundet haben. Darüber hinaus kamen Hinweise, auch für dieses Gremium eine möglichst schlanke Variante zu wählen.

Die folgende Projektskizze umreißt Vorgehen und Zielstellung des Vorhabens, die Organisation und den Kostenrahmen sowie den Kreis der beteiligten Einrichtungen und Verbände.

2. Projektsteuerung

Die **Projektsteuerung (PS)** des Praktikabilitätstests ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation‘ in der ambulanten und stationären Pflege erfolgt zusätzlich im Aufgabenbereich der Ombudsfrau des BMG sowie einem zu etablierenden Lenkungsgremium und den für den Praxistest benannten **Projektverantwortlichen (PV)** der Verbände in den Regionen. Die inhaltliche und organisatorische **Projektkoordination (PK)** sowie die Sicherstellung und Qualitätssicherung der Schulungen sowie die Prozessevaluation der Ergebnisse erfolgt durch eine wissenschaftliche Assistenz.

3. Auftraggeber

Auftraggeber des Projektes ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

4. Projektziel und direkte Projektbeteiligte

Das Konzept der vorliegenden Strukturmodelle zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation, wird bei allen Neuaufnahmen pflegebedürftiger Personen in 30 ambulanten Pflegediensten und 30 stationären Pflegeeinrichtungen privater, freigemeinnütziger und kommunaler Trägerschaft erprobt. Die Einrichtungen und Dienste sollten danach ausgesucht werden, dass sie in einem Erhebungszeitraum von drei Monaten, mit mindestens 10 Neuaufnahmen pflegebedürftiger Personen rechnen. Insgesamt könnte damit bei 600 Probanden die konkrete Umsetzung des Strukturmodells erprobt werden.

Auf Vorschlag der tragenden Verbände (BAGFW/ bpa) und der OBF sind hierfür fünf Regionen in der Bundesrepublik vorgesehen. Für die stationäre Pflege Bayern und Schleswig Holstein, für die ambulante Pflege Niedersachsen und Berlin-Brandenburg, sowie Nordrhein-Westfalen mit einem Mix zu beteiligenden Institutionen. Es werden Schwerpunktregionen gebildet werden. Vorschläge zu beteiligender Institutionen und Organisationen durch die OBF werden berücksichtigt und organisatorisch der Verteilung den tragenden Verbänden zugeordnet.

Prioritäres Ziel ist die Praktikabilität der Strukturmodelle, in Form einer definierten ‚Grundstruktur‘ (strukturierte initiale Informationssammlung, evidenzorientierte Risikoeinschätzung, eine daraus folgende Maßnahmenplanung, Beschränkung der Verschriftung des Pflegepro-

zesses auf vier Schritte, Eingrenzung des Umfangs von Einzelleistungsnachweisen und des Pflegeberichts), in einem ersten Praxistest zu ermitteln. Dies erfolgt durch hierin zuvor geschulte und erfahrene Pflegefachkräfte (PFK) der jeweiligen Institutionen, die keine besonderen Funktionen insbesondere im stationären Sektor (z.B. Wohnbereichsleitung, Qualitätsmanagement etc.) bekleiden.

Weitere Ziele des Vorhabens beziehen sich auf Erkenntnisse zu den Effekten bei den Anwendern und pflegebedürftigen Personen sowie den organisatorischen Aufwand. Darüber hinaus werden wesentliche Hemmnisse und möglicherweise notwendige Korrekturen an den Strukturmodellen und der Umfang des Schulungsbedarfes für die Pflegefachkräfte evaluiert.

Im Kern geht es um die Erprobung der Empfehlungen der OBF zu Rahmensetzungen für einen zielgerichteten und optimierten schriftlichen Dokumentationsaufwand (Entbürokratisierung). Sie sind darauf ausgerichtet die Pflegedokumentation insgesamt auf das fachlich und rechtlich notwendige Maß zu begrenzen, um so die zeitlichen Ressourcen für die direkte Pflege und Betreuung so wenig wie möglich einzuschränken. Notwendige Informationen zur internen Kommunikation, der Transparenz gegenüber dem Verbraucher und zur Qualitätssicherung sowie im Kontext von Rechtsverfahren müssen sich dennoch abbilden.

5. Projektvorgehen

Die tragenden Verbände (bpa /BAGFW) benennen fünf Projektverantwortliche (PV) in den von ihnen benannten Regionen und den dortigen Schwerpunktgebieten. Sie übermitteln an die Projektsteuerung (PS) so zeitnah wie möglich, spätestens aber bis Mitte der 37. KW 2013, die benannten Pflegefachkräfte der einzelnen stationären Einrichtung und Pflegedienste sowie eine für den Praxistest verantwortliche Person aus der Leitungsebene der Organisationen.

Vorschläge der OBF von zu beteiligenden Verbänden oder einzelnen Einrichtungen/Diensten werden in den Gesamtvorschlag von den tragenden Verbänden integriert.

Die Organisationen und die PFK in einer Region werden im Rahmen einer eintägigen Einführungsveranstaltung und Schulung zum Hintergrund, zum Konzept und über die Ziele des Praktikabilitätstests durch die zentrale Projektkoordination, nach einem standardisierten Schulungskonzept eingeführt. Hierbei erfolgen Informationen zu der Funktion und Anwendung vorliegender Materialien und zu einzelnen Elementen einer Pflegedokumentation. Um sich für den Praxistest unter kritischer Durchsicht des bisher verwendeten Dokumentations-

systems ein eigenes System zu erstellen. Praktische Fragen der Anwendung bei Neuaufnahmen werden bearbeitet. Die Projektorganisation und mögliche Hilfestellungen bei ‚ad hoc‘ auftretenden Fragen, durch eine telefonische und elektronische ‚Hotline‘ während der Umsetzungsphase werden erläutert.

In der Folge finden zwei Reflexionstreffen in den Regionen statt, die von der Projektkoordination in Zusammenarbeit mit den regionalen Projektverantwortlichen vor- und nachbereitet werden. Die Ergebnisse werden dem Lenkungsgremium vertraulich zur Kenntnis gegeben. Neben gemeinsamen Beratungseinheiten bei diesen regionalen Treffen, wird durch getrennte Arbeitsgruppen (ambulant/stationär) den spezifischen Aspekten der jeweiligen Versorgungssektoren in der gemischten Region Rechnung getragen. Die wissenschaftliche Projektkoordination nimmt an diesen Treffen zur Prozessevaluation regulär teil, die Projektsteuerung an je einem Treffen in jeder Region.

Eine zentrale telefonische und elektronische Hotline wird bei der Projektkoordination angesiedelt, die täglich in einem definierten Zeitfenster zur Beantwortung von Fragen, für die in den Test eingebundenen Pflegefachkräfte, zur Verfügung steht. Darüber hinaus werden die Fragen systematisch erfasst und sind Teil der Prozessevaluation. Wie mit den juristischen Fragen verfahren werden kann, ist noch in Klärung. In jedem Fall werden sie dokumentiert.

Die Evaluation des Vorhabens erstreckt sich auf insgesamt vier Elemente:

- die systematische und standardisierte Prozessevaluation aus der Initialschulung und den Reflexionstreffen
- die Dokumentation, Auswertung und systematische Aufbereitung der Fragestellungen an die Hotline
- qualitative und quantitative Aspekte aus der Auswertung der anonymisierten Bögen zur Informationssammlung und Risikoeinschätzung von mindestens 500 Anwendungen und
- die Auswertung eines Abschlussfragebogens zu Aufwand, Praktikabilität und Schulungsbedarf aus Sicht der Organisationen

Im Rahmen dieses begrenzten Praxistests findet mindestens zu Beginn und im letzten Drittel der Laufzeit jeweils eine Sitzung des einzusetzenden Lenkungsgremiums zentraler Akteure der Pflege unter Beteiligung des BMG statt. (Siehe Anlage 4) Im Rahmen einer gemeinsa-

men Fachtagung findet in Form einer Abschlusspräsentation der Ergebnisse die Diskussion zu den Empfehlungen zum weiteren Vorgehen statt. Die Einladung erstreckt sich auf einen erweiterten Teilnehmerkreis wesentlicher Akteure der (fach)-politischen und allgemeinen Fachöffentlichkeit in der Pflege, einschließlich der Verbraucher und aller am Praxistest Beteiligten sowie dem BMG.

5.1. Anforderungen an die Einrichtungen und Pflegedienste

- in dem Zeitraum sollten aufgrund vorliegender Erfahrungen, mindestens 10 Neuaufnahmen von pflegebedürftigen Personen zu erwarten sein
- die PFK ist eine erfahrene Pflegeperson, die keine Funktion in der Leitung oder dem Qualitätsmanagement inne hat
- die Anwendung des Strukturmodells bei Neuaufnahmen im Durchführungszeitraum ist verpflichtend, es sollte keine parallele (Doppel)Dokumentation erfolgen
- Abweichungen müssen den Projektverantwortlichen in den Regionen und der Koordinationsstelle des Projekts gegenüber benannt werden
- die Teilnahme der PFK an der eintägigen Schulung und zwei regionalen Reflexionstreffen ist verbindlich, bei der Präsentation der Ergebnisse wünschenswert
- die benannte PFK ist über eine eigene betriebsinterne E-Mailadresse für die Dauer des Praxistest zu erreichen
- die Beteiligung an der schriftlichen Prozessevaluation wird vom Träger zugesichert
- der Träger stellt sicher, dass die benannte PFK in diesem Zeitraum von der Mitarbeit in anderen internen und externen Projekten möglichst freigestellt ist
- der Träger informiert den Heimbeirat oder die pflegebedürftigen Personen zum Projekt
- in der Einrichtung liegen entsprechende Stellenbeschreibungen und Vorgaben für die Anwendung von spezifischen Instrumenten zur Risikoeinschätzung und zur Prozessevaluation.

5.2. Anforderungen an Trägerorganisationen und die tragenden Verbände

- die Träger/Verbände übernehmen die Kopierkosten für die neu einzusetzenden Materialien zur Pflegedokumentation bei ihren Neuaufnahmen
- die Einrichtung/der Projektverantwortliche in der Region informiert (unabhängig von der zentralen Information über die Projektsteuerung an die Prüfinstanzen) die kommunale Heimaufsicht und den regionalen Medizinischen Dienst über die Teilnahme an dem Praxistest
- Reisekosten für die PFK zu der eintägigen Schulung und den zwei regionalen Reflexionstreffen werden durch die Einrichtungen übernommen
- die Projektverantwortlichen in den Regionen stellen über die Verbände/ Trägerorganisationen geeignete Schulungsräume in den Regionen für die geplanten Veranstaltungen zur Verfügung und sorgen für die Verpflegung
- die Projektverantwortlichen nehmen verbindlich an der eintägigen Schulung und den zwei Reflexionstreffen in ihren Regionen teil
- bei auftretenden Ereignissen grundlegender Art sind die Ansprechpartner im Rahmen der Projektkoordination zeitnah zu informieren
- anfallende Reisekosten für die Projektverantwortlichen werden von den Verbänden getragen
- für die Präsentation der Ergebnisse (ganztägige Fachtagung, ca. 150 Personen) wird von den Verbänden ein geeigneter Veranstaltungsraum zur Verfügung gestellt

5.3. Wirkung und Benefit für die Einrichtungen und Dienste

Die beteiligten Institutionen werden in die Lage versetzt, dass Strukturmodell mit der Informationssammlung fachlich zu nutzen und zu reflektieren. Die pflegebedürftigen Personen werden in ihrer Selbstbestimmung durch die Herangehensweise gestärkt. Bei den professionell Pflegenden wird die Wahrnehmung für individuelle Aspekte die Selbstbestimmung geschärft sowie ihre eigenen Fachkompetenzen gefördert. Verbesserungspotentiale durch das gemeinsame Lernen in der fachlichen Anwendung des Strukturmodells werden in den beteiligten Einrichtungen/ Diensten erkannt.

Dies wird Entbürokratisierungsprozesse zum gegenwärtigen weit verbreiteten Detailgrad der Verschriftung einzelner Schritte im Pflegeprozess und zum gesamten Dokumentationsumfang in den beteiligten Einrichtungen und Diensten einleiten. Darüber hinaus wird in stationären Einrichtungen eine Reduktion des Aufwands für die Fülle bisheriger Einzelleistungsnachweise eine spürbare Entlastung bringen.

Von der bewussten Entscheidung, die Erprobung durch ausschließlich erfahrene Pflegefachkräfte durchführen zu lassen, die in keine spezielle Position im Rahmen der Organisation eingebunden oder hierdurch besonders trainiert sind, kann zusätzlich eine bundesweite Signalwirkung zum Vertrauen in die fachliche Kompetenz der Pflegenden im beruflichen Alltag erwartet werden.

Es unterstützt die vielen Initiativen der Träger zur Wertschätzung der Pflegekräfte im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung und zeigt, dass die politisch Verantwortlichen der Botschaft der Fachöffentlichkeit zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation die entsprechende Bedeutung beimessen und gemeinsam mit den zentralen Akteuren die Voraussetzungen schaffen, um eine nachhaltige Veränderung der Situation einzuleiten.

5.4. Anforderungen an die Projektkoordination und die Projektsteuerung

- Erstellung eines Schulungskonzepts einschließlich entsprechender Materialien und Durchführung der eintägigen Initialschulung in den Regionen
- Zusammenstellung einer exemplarischen Pflegedokumentation entlang des Strukturmodells
- Vor- und Nachbereitung der Reflexionstreffen in den Regionen und
- Aufbereitung der Ergebnisse für das Lenkungsgremium und Versand
- Sicherstellung der Erreichbarkeit über eine tägliche Hotline (telefonisch/ elektronisch) und die aktuelle Bearbeitung von Fragestellungen der PFK
- Vor- und Nachbereitung der Sitzungen des Lenkungsgremiums, Aufbereitung von Zwischenergebnissen und Versand
- Aufbereitung und Auswertung der Ergebnisse aus der Prozessevaluation und des Abschlussfragebogens, ggf. mit Unterstützung einer externen Institution

- Konzeptionelle Vorbereitung und Organisation der Fachtagung sowie Darstellung der Ergebnisse und Empfehlungen
- Sicherstellung einer vertrauensvollen Informationspolitik und Zusammenarbeit mit den Verbänden, den Prüfinstanzen, den Projektverantwortlichen in den Regionen und den benannten Personen aus der Leitungsebene der Einrichtungen und Pflegedienste
- Die Projektsteuerung wird in der Laufzeit eine umfassende Beratung zur Thematik mit Angehörigenorganisationen sowie den Verbraucherschutzorganisationen anbieten
- Erstellung eines Abschlußberichts und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen bis Ende Februar 2013

6. Projektlaufzeit

16. September 2013 bis 28. Februar 2014

Vorbereitende Arbeiten zum Praxistest einschließlich einer juristischen Expertensitzung sind bereits im Rahmen des jetzigen Auftrags der OBF in Bearbeitung und werden im Laufe des Augustes weiter durchgeführt.

Praktikabilitätstest vom 14. Oktober 2013 - 10. Januar 2014

Abschlussveranstaltung in der zweiten Februarhälfte 2014

Fertigung Abschlußbericht bis 28. Februar 2014

Darstellung Meilensteine Projektverlauf (siehe Anlage 4)

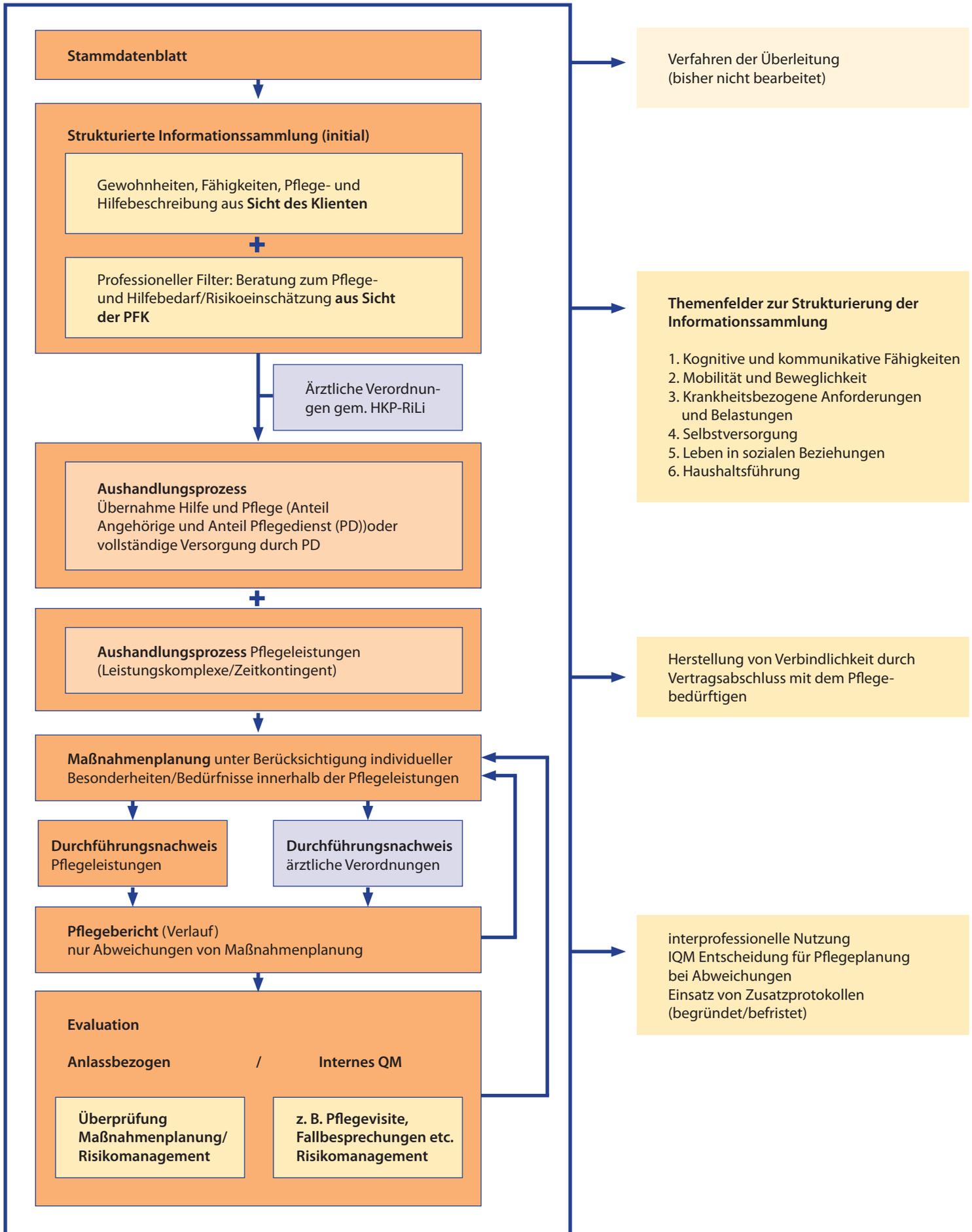
7. Lenkungsgremium

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege , Verband der privaten Krankenversicherung, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. , Deutscher Evangelischer Verband für Altenhilfe und Pflege e.V., Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe e.V.), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bundesministerium für Gesundheit, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Deutscher Pflegerat e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation, Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V.,

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., AOK-Bundesverband, vdek Verband der Ersatzkassen e.V., GKV-Spitzenverband, Vertretung der Länder, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen e.V., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Pflegewissenschaft, Bildungsträger

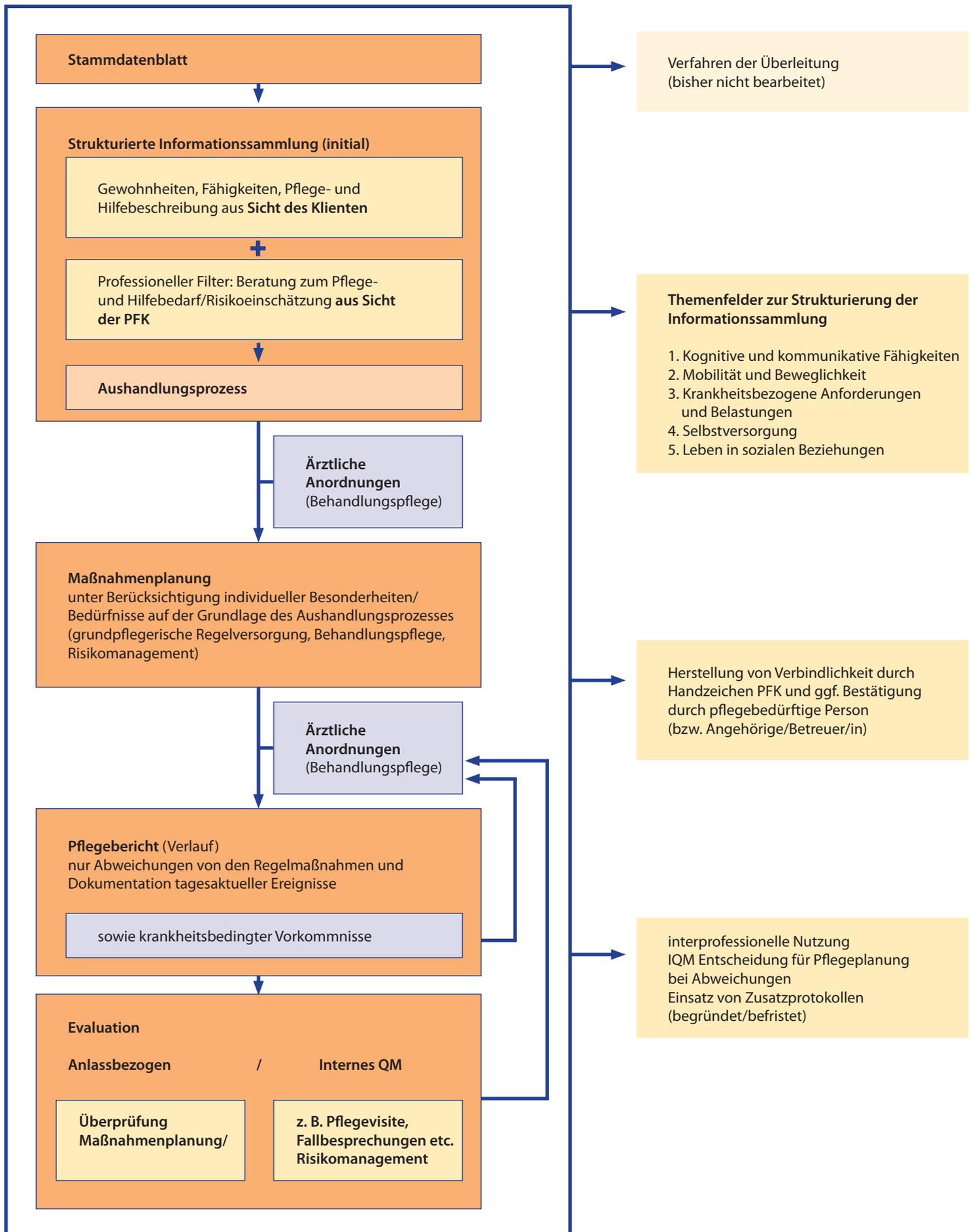
Strukturmodell Pflegedokumentation – Ambulante Pflege

Empfehlung der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege auf der Grundlage von Expertenberatungen



Strukturmodell Pflegedokumentation – Stationäre Pflege

Empfehlung der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege auf der Grundlage von Expertenberatungen



Strukturierte Informationssammlung – ambulant mit hinterlegten Leitfragen

Strukturierte Informationssammlung - ambulant -

A

Name der pflegebed. Person: _____ Gespräch am: _____ Handzeichen PFK: _____ ggf. Bestätigung pflegebed. P./Angeh./Betr.: _____

Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person

Was ist das Hauptproblem der Pflegesituation? Was würden Sie sofort verändern, wenn Sie es könnten? Welche Informationen würden helfen?

B

Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen? Bestehen herausfordernde Verhaltensweisen?

C1

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

3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen: Inwieweit liegen krankheits-/und therapiebedingte sowie für die Pflege- und Betreuung relevante Einschränkungen (psychisch/physisch) bei der pflegebedürftigen Person vor?

4. Selbstversorgung: Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person bei der Durchführung elementarer Alltagsaktivitäten wie Körperpflege, Kleiden, Ernährung und bei der Ausscheidung eingeschränkt?

5. Leben in sozialen Beziehungen: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

6. Haushaltsführung:

© DGE auf der Grundlage von Expertenempfehlungen

C2

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

	Dekubitus			Sturz			Inkontinenz			Schmerz			Ernährung			Sonst.:		
	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	vorhanden	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	vorhanden	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein	weitere Einschätzung notwendig	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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsbezogene Anforderungen & Belastungen (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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: pflegebed.P. = pflegebedürftige Person, PFK = Pflegefachkraft, Angeh. = Angehörige/r, Betr. = Betreuer/in

Strukturierte Informationssammlung – stationär mit hinterlegten Leitfragen

Strukturierte Informationssammlung - stationär -

A

--	--	--	--	--	--	--	--

Name der pflegebed. Person:

Gespräch am:

Handzeichen PFK:

ggf. Bestätigung pflegebed. P./Angeh./Betr.:

Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person

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

B

Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen? Bestehen herausfordernde Verhaltensweisen?

C1

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

3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen: Inwieweit liegen krankheits-/und therapiebedingte sowie für die Pflege- und Betreuung relevante Einschränkungen (psychisch/physisch) bei der pflegebedürftigen Person vor?

4. Selbstversorgung: Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person bei der Durchführung elementarer Alltagsaktivitäten wie Körperpflege, Kleiden, Ernährung und bei der Ausscheidung eingeschränkt?

5. Leben in sozialen Beziehungen: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

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

C2

Dekubitus			Sturz			Inkontinenz			Schmerz			Ernährung			Sonst.:		
weitere Einschätzung notwendig			weitere Einschätzung notwendig			vorhanden			weitere Einschätzung notwendig			weitere Einschätzung notwendig			weitere Einschätzung notwendig		
ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (1)
- Mobilität und Beweglichkeit (2)
- Krankheitsbezogene Anforderungen & Belastungen (3)
- Selbstversorgung (4)
- Leben in sozialen Beziehungen (5)

Risikoeinschätzung (Martina Roes)

Der Entwicklung eines praxisnahen Modells zur Risikoeinschätzung gingen verschiedene Vorüberlegungen voraus:

Erstens: Die Frage danach, welche wissenschaftsbasierten Erkenntnisse vorliegen, die zur Risikoeinschätzung herangezogen werden könnten. Hierzu wurden insbesondere die vom DNQP entwickelten nationalen Expertenstandards herangezogen, da sie einerseits Erkenntnisse aus (inter)nationalen Studien hinsichtlich ihrer Verwendung zur Qualitätsdarlegung systematisch aufbereitet haben und darüberhinaus Eingang in die Kriterien des Prüfkatalogs (QPR) fanden. Andererseits wurde im Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterienblock 1 der Expertenstandards die Anforderung formuliert, ein Initial- bzw. Differentialassessment durchzuführen, um die für das jeweilige Thema (Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung) relevante und ‚gefährdete‘ Zielgruppe zu identifizieren. Dabei fiel auf, dass zwar Empfehlungen zu (inter)national etablierten Differential-Assessmentinstrumenten vorgestellt und erläutert wurden; was jedoch fehlte, waren ergänzende Erklärungen wie die Initialeinschätzung (als dem Differentialassessment vorgeschaltete Schritt) erfolgen könnte. Dies führte in der Praxis u.a. dazu, dass der Schritt der Initial-Ersteinschätzung übersprungen und gleich die differenzierte Einschätzung vorgenommen wurde. Mit der Konsequenz, dass immer neue Assessmentbögen in den Pflegealltag eingebunden wurden, was sowohl den Umfang der Dokumentation als auch den Zeitaufwand zur Erstellung der Differentialassessments deutlich erhöhte.

Zweitens: Die Analyse der vor allem in den nationalen Expertenstandards des DNQPs formulierten wissenschaftlichen Bewertungen hinsichtlich vorliegender Evidenz von Assessmentinstrumenten und Interventionen zeigte auch auf, dass häufig die Studienlage unzureichend ist (u.a. wird zwar das gleiche Phänomen wie z.B. Sturz untersucht, jedoch in unterschiedlichen Studiengruppen, mit unterschiedlichen Instrumente, verschiedenen Interventionen) oder auch widersprüchliche Ergebnisse hervorbringt (Abb. 1). Vor diesem Hintergrund kommt der Expertise der Praxis eine besondere Rolle in der Konsentierung der Bewertung zu.

Umfangreiche (inter)nationale Studienlage - Sturz

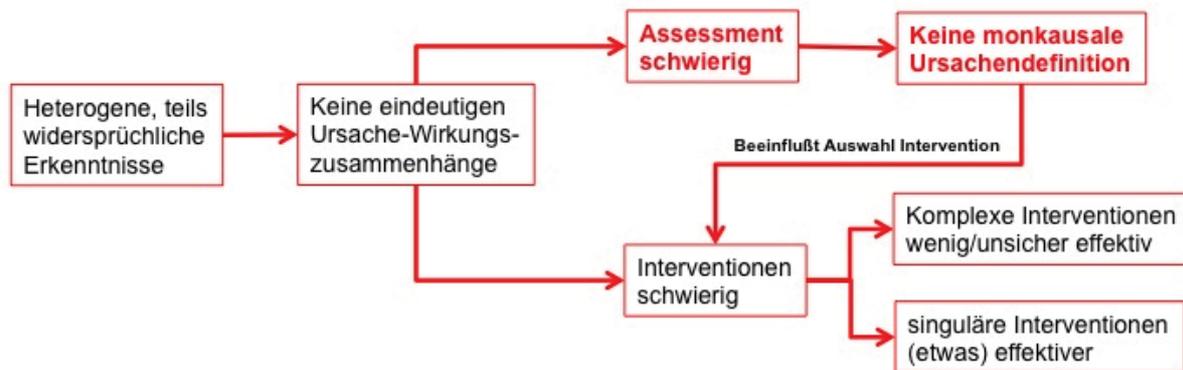


Abbildung 1: Evidenz hinsichtlich Sturzgeschehen (Roes, 2014-02-19)

Drittens: Die Analyse dieser wissenschaftsbasierten Erkenntnisse zeigt auch auf, dass die Umsetzung (insbesondere der Assessmentinstrumente) fast ausschließlich additiv und nicht integrativ folgte; d.h. auf der wissenschaftlichen Erläuterungsebene finden zwar thematische Querbezüge statt (z.B. Sturz- und Dekubitusrisiko korrespondieren mit Mobilität und Beweglichkeit), gleichzeitig findet sich dies in den isoliert verwendeten Instrumenten (zur Dekubitus- bzw. Sturzrisikoeinschätzung) in der Praxis nicht wieder. Vor diesem Hintergrund wurde ergänzend ein neues Modell zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit (Neues Begutachtungsassessment-NBA: Hrsg. GKV 2011 und Stellungnahme des Expertenbeirats: Hrsg. BMG 2013) analysiert. Das NBA kann verstanden werden als Metasynthese (inter)nationaler Studien hinsichtlich ihrer Relevanz für die ambulante und stationäre Pflege, der Qualität der verschiedenen in Studien erprobten und im (inter)nationalen Kontext alltagstauglicher Assessmentinstrumente sowie deren Konkretisierung des Fokus auf die ‚zu-Pflegenden‘. Deutlich wurde, dass sich hieraus sinnvolle, inhaltliche Querbezüge zu den als zentralen, pflegerelevante Risikophänomene (Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz, Ernährung etc.) herstellen lassen. Die im NBA formulierten Kernkategorien zur allgemeinen Feststellung der Pflegebedürftigkeit wurden als ‚pflegerelevante Kontextkategorien‘ zur Konkretisierung der Risikoeinschätzung gewertet. Dies bezieht sich ausschließlich auf die für das NBA identifizierten Themen¹, nicht auf das Modell der Bewertung von Pflegebedürftigkeit. Auch wurden die Themen etwas anders als die im NBA formulierten Module gefaßt (Abb. 2).

¹ Module im NBA (GKV 2011) Modul 1: Mobilität, Modul 2: kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Modul 4: Selbstversorgung, Modul 5: Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten, Modul 8: Haushaltsführung (nur amb. Pflege).



Abbildung 2: Verschränkung wissenschaftsbasierter pflegerrelevanter Kontextkategorien und Risiken (Roes, 2014-02-19)

Daraus ableitend konnte die Matrix entwickelt (Roes, 2013 nicht veröffentlichte Projektunterlagen) und mit den Experten vor Start des Praxistests abgestimmt werden. Die Verschränkung von zwei wissenschaftsbasierten Systemen (pflegerrelevante Risiken abgeleitet aus den Expertenstandards und pflegerrelevante Kontextkategorien abgeleitet aus dem NBA) stellt das ‚Initialassessment‘ (Abb. 3) dar, welches am Ende der Strukturierten Informationssammlung (SiS) steht.

Abbildung 3: Matrix zur abschließenden Risikoeinschätzung (Bestandteil von SiS)

Ergänzende Erläuterung zur Matrix (am Beispiel Sturz, siehe Tab. 1):

Bewertet werden pflegerrelevante Phänomene (u.a. Dekubitus, Sturz, Schmerz etc.) **in Verbindung** mit pflegerrelevanten Kontextkategorien (u.a. Kognition/Kommunikation; Mobilität/Bewegung etc.). Dazu stehen ihnen folgende Antwortoptionen zur Verfügung

- **Erster Schritt:** -> Risikoeinschätzung Sturz liegt (nicht) vor und **korrespondiert mit** Kognition/Kommunikation (Ja/nein) **und/oder** Mobilität/Bewegung (Ja/nein) **und/oder** krankheitsbezogenen Anforderungen (Ja/nein) **und/oder** Selbstversorgung (Ja/nein) **und/oder** Leben in sozialen Beziehungen (Ja/nein).

- **Zweiter Schritt** -> Risikobeobachtung notwendig, wenn ja, dann ankreuzen bezogen auf die ‚pflegerelevante Kontextkategorie‘ (siehe Schritt 1)
- **Dritter Schritt** -> weitere, differenzierte Einschätzung notwendig (ja/nein). Beachte: NEIN, differenzierte Einschätzung ist anzukreuzen, wenn im ersten Schritt NEIN (Risiko liegt nicht vor) angegeben wurde, unabhängig davon ob eine Beobachtung als notwendig erachtet wurde oder nicht.
- **Vierter Schritt (NUR) ambulante Pflege** -> hier besteht noch die Möglichkeit, anzugeben, ob Beratung notwendig ist.

Dieser Prozess der **Risikoeinschätzung** wird als **Initial-Assessment** verstanden.

Pflegerelevantes Risiko 'Sturz' einschätzen							
Pflegerelevante Kontextkategorien	Ja	Nein	Beobachten	Ja Differential	Nein Differential		beraten (amb.)
Kognition/Kommunikation	X		X		X		
Mobilität/Bewegung		X	X		X		
Krankheitsbezogene Anforderung		X			X		
Selbst-Versorgung	X		X		X		
Leben in sozialen Beziehungen	X				X		

Tabelle 1: Beispiel für eine ausgefüllte SiS (exemplarisch für das Phänomen Sturz in der stationären Pflege,, Roes 2014-02-19)

Viertens: Mit der thematischen Konkretisierung des Initial-Assessments wurde eine Antwort auf das zuvor skizzierte Dilemma (Notwendigkeit des Initial- und Differential-Assessments) entwickelt, die sich hinsichtlich ihrer Themenauswahl auf zwei wissenschaftsbasierte Systeme (pflegerelevante Kontextkategorien und pflegerelevante Risikophänomene) stützt und insofern eine solide Evidenzbasierung darstellt, und für die ambulante und stationäre Pflege in Deutschland aufbereitet ist.

Durch die Integration dieses Schritts in die SiS wird zudem zweierlei erreicht: *Einerseits* kann der Einsatz von Instrumenten für eine Differential-Assessment spezifischer und bedarfsgerechter erfolgen. *Andererseits* kommt der Kompetenz der Pflegefachkraft eine herausragende Rolle zu: Die Pflegefachkraft kennt die verschiedenen Assessmentinstrumente, bewertet jedoch vor Anwendung eines Assessmentinstruments und auf der Grundlage der mit SiS erfaßten Informationen, des

allgemeinen Eindrucks der ‚zu-Pflegenden‘ Person sowie deren soziales Umfeld (vor allem in der ambulanten Pflege) ob eine differenzierte und weiterführende Einschätzung mit Hilfe eines Standardinstrumentes (z.B. Waterloo oder Braden-Skala) notwendig ist. Dieser Prozessschritt entspricht dem eines ‚reflektierten Praktikers‘ (Boud et al. 1985), der auf Grundlage publizierter (un)eindeutiger Evidenz (z.B. nationale Expertenstandards) diese ‚reflektiert‘ und mit der zu bewertenden Situation abgleicht und daraufhin eine Entscheidung trifft. Das Ergebnis dieses Reflexionsprozesses kann als evidenz-informierte Praxis definiert werden (Brown 2001, Roes et al. 2013, Roes 2014).

Fünftens: In einer 2013 von Kitson et al. vorgestellten Synthese von Publikationen aus Pflege, Medizin und Gesundheitspolitik zu der Frage welches die *Kernelemente* einer ‚Person-Zentrierten Praxis‘ sind, identifizierten die Autorinnen drei Kernthemen: (1) Partizipation der ‚zu-Pflegenden‘; (2) Beziehung zwischen ‚zu-Pflegenden‘ und den professionell Tätigen sowie (3) der Kontext, in dem Pflege angeboten wird. In einer Untersuchung von Broderick und Coffey (2012) wird konstatiert, dass sich eine ‚Person-Zentrierten Praxis‘ in der Regel in der Pflegedokumentation nicht wieder findet, u.a. ist selten Engagement und Austausch mit den ‚zu-Pflegenden‘ erkennbar. Die Autorinnen kritisieren auch, dass psycho-soziale Aspekte und/oder Beratung bzw. Entscheidungsprozesse zusammen mit den Betroffenen oft nicht nachvollziehbar sind. Dies korrespondiert ggf. mit der Tatsache, dass Pflegenden eher eine ‚technokratische‘ Sprache mit Schwerpunkt auf funktionale Aspekte der Pflege verwenden und sich unwohl in der Formulierung psycho-sozialer Situationen fühlen (Irving et al. 2006).

Zwischenfazit

Mit der Grundstruktur der SiS und auch in der Risikomatrix werden alle drei von Kitson et al. (2013) Kernelemente aufgegriffen: (zu 1) indem deren Aussagen ‚narrativ‘ zu Beginn (in Feld B) der strukturierten Informationssammlung gehört und auch verschriftlicht werden. (zu 2) indem die beiden Perspektiven in der Skizzierung (in Feld C1) systematisch und auf pflegerelevante Kontexte fokussiert dargestellt werden und (3) insbesondere das Setting (professionelle Versorgung bzw. pflegende Angehörige) berücksichtigt wird. Damit wird auch auf das von Broderick et al. (2012) formulierte Dokumentationsproblem eingegangen. Mit Hilfe der am Ende der SiS stehenden Matrix können die bis dahin gewonnenen Informationen (sowohl aus Sicht der ‚zu-Pflegenden‘, deren ‚Angehörige‘ als auch der Pflegefachkraft) abschließend bewertet werden und bestehende Risiken in Bezug auf verschiedenen Phänomene (u.a. Sturz etc.) **in der Verschränkung mit** pflegerelevanten Kontextkategorien (u.a. Mobilität/Beweglichkeit etc.) identifiziert werden. Dies ermöglicht in einem weiteren Schritt eine systematische, strukturierte und ergebnisorientierte Maßnahmenplanung.

Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation

Präambel

Das Thema „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ ist hochaktuell. Nach wie vor müssen die Pflegekräfte in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen einen großen Teil ihrer Arbeitszeit für Dokumentationsaufgaben aufwenden. Es besteht in der Fachwelt weitgehend Einigkeit, dass die Zeit für die eigentliche Pflege und die Zuwendung zu den pflegebedürftigen Menschen dadurch zu stark verkürzt wird. Erst jüngst hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder aus diesem Anlass die Bundesregierung aufgefordert, ihre Bemühungen um die Entbürokratisierung der Pflege fortzusetzen. Konkrete und praxisnahe Leitlinien für eine fachgerechte und effiziente Pflegedokumentation sollen danach erarbeitet und erprobt werden.

Bereits seit Herbst 2013 läuft ein Praxistest „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“, der von der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit angestoßen wurde. An ihm nehmen ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen teil. Dieser Praxistest knüpft an Projekte in Bayern 2002/2003 und in Schleswig-Holstein 2002 -2004 an, die mit vergleichbarem Grundansatz durchgeführt und haftungsrechtlich als unbedenklich bewertet wurden. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Tests ist der Verzicht auf die ständige Abzeichnung von Maßnahmen der Grundpflege, die zur täglichen Routine gehören und in der Pflegeplanung nach Art und Häufigkeit beschrieben sind. Umgekehrt werden im Rahmen der Projekte und dieses Tests von den Pflegekräften nur noch Ereignisse schriftlich niedergelegt, die eine Abweichung von der Pflegeplanung des jeweiligen Menschen mit Pflegebedarf bedeuten. Diese Ergebnisse, an die auch der folgende Text anknüpft, haben sich in der Fachwelt jedoch noch nicht hinreichend verbreitet.

Die Erfahrungen in allen Projekten zur Vereinfachung der Pflegedokumentation haben die Notwendigkeit einer fundierten rechtlichen Bewertung, namentlich aus haftungsrechtlicher Sicht gezeigt. Pflegekräfte befürchten weiterhin, gegen einen (vermeintlichen) Grundsatz „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht durchgeführt worden“ zu verstoßen. Eine Gruppe von Juristinnen und Juristen mit breiter Erfahrung und Spezialisierung im Pflege- und Medizinrecht hat die Fragestellung daher nochmals ausführlich mit Pflegewissenschaftlern sowie weiteren einschlägigen Expertinnen und Experten diskutiert. Sie ist zu folgender Bewertung gelangt:

I. Ausgangslage aus haftungsrechtlicher Sicht

Derzeit besteht die unbefriedigende Situation, dass Pflegekräfte davon ausgehen, dass aus sozial- wie haftungsrechtlichen Gründen alles, was täglich in der Pflege geleistet wird, auch in der Pflegedokumentation festgehalten werden müsse. Es wird bei der Dokumentation nicht zwischen Grund- und Behandlungspflege differenziert, sondern stets pauschal „alles“ dokumentiert. Hintergrund dieser Verfahrenspraxis ist sicherlich die immer wieder verbreitete/vertretene Sichtweise bzw. Annahme, dass das, „was nicht dokumentiert ist, als nicht gemacht gilt“.

Richtig ist, dass diese Annahme aus haftungsrechtlicher Sicht grundsätzlich bzw. regelhaft im medizinischen Bereich hinsichtlich der Dokumentation gilt. Ein Verstoß dagegen führt jedoch nicht dazu, dass dieses Versäumnis automatisch zu einer Haftung führt (d.h. ein Haftungsfall eintritt). Zu einer Haftung kann nur ein tatsächlicher schuldhaft verursachter (Körper- bzw. Gesundheits-) Schaden führen, wie z.B. ein durch die Pflegeeinrichtung/den Pflegedienst bzw. einer Pflegefachkraft schuldhaft verursachter Dekubitus bei einer pflegebedürftigen Person.

Liegt ein solches Verschulden nicht vor, dient die Pflegedokumentation insbesondere dazu, dies in einem etwaigen Haftungsprozess nachvollziehbar unter Beweis stellen zu können. Sofern nicht oder nicht ausreichend dokumentiert wurde, kann dies jedoch dazu führen, dass genau dieser Beweis nicht zu erbringen ist und somit (negative) haftungsrechtliche Konsequenzen für die Pflegeeinrichtung/den ambulanten Pflegedienst und/oder Mitarbeiter/Mitarbeiterin nach sich ziehen kann.

Es gilt dabei zunächst das rechtliche Prinzip, dass der Geschädigte beweisen muss, dass der „vermeintliche“ Schädiger auch tatsächlich den Schaden verursacht hat. Bei unzureichender Dokumentation kann es im Einzelfall jedoch zu einer sog. Beweislastumkehr kommen, d.h. das nunmehr der „vermeintliche“ Schädiger beweisen muss, dass er den Gesundheitsschaden nicht verursacht hat.

Insofern wird es im Rahmen **der Behandlungspflege** für sinnvoll und notwendig erachtet, an der eingangs erwähnten umfassenden Verfahrensweise (fortlaufende Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen durch diejenige Person, die sie erbracht hat und ggf. entsprechende ergänzende Hinweise im Pflegebericht) festzuhalten.

Im Bereich **der Grundpflege** (regelmäßig wiederkehrende Versorgungsabläufe) wird diese Verfahrensweise grundsätzlich bzw. regelhaft in Bezug auf die sogenannten Einzelleistungsnachweise im stationären Bereich (und täglichen schichtbezogenen Eintragungen im Pflegebericht) jedoch für nicht sinnvoll und notwendig erachtet. Und zwar aus folgenden Erwägungen:

II. Grundsätzliche Erwägungen zur Pflegedokumentation

Nicht nur Ärzten, sondern auch Pflegekräften obliegt die Pflicht zur Dokumentation. Sie ergibt sich aus verschiedensten Grundlagen, wie z. B. aus einem Gesetz (u.a. aus § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches - BGB, §§ 112 ff. des Elften Sozialgesetzbuches - SGB XI, § 13 des Heimgesetzes-HeimG bzw. nunmehr entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften etc.) oder auch als sog. Nebenpflicht aus einem Vertrag.

Ziel dieser Ausführungen ist die ausschließliche haftungsrechtliche Betrachtungsweise. Grundsätzlich soll die Pflegedokumentation der Sicherheit des pflegebedürftigen Menschen dienen und selbstverständlich als sinnvolles Arbeitsmittel u.a. für die Betreuungs- und Pflegekräfte genutzt werden können (Stichworte: Kommunikation, Information und Qualitätssicherung). Aufgrund des arbeitsteiligen Versorgungsablaufs soll durch Einsicht in die Pflegedokumentation stets sichergestellt werden, dass eine angemessene Versorgung bzw. Betreuung des pflegebedürftigen Menschen unproblematisch erbracht werden kann. Es sind dabei nur solche Maßnahmen zu dokumentieren, die notwendig sind, um das Pflegepersonal und auch die Ärzte über den Verlauf des Betreuungs- bzw. Pflegebedarfs im Hinblick auf notwendige oder zu überdenkende pflegfachliche/betreuende und medizinische Entscheidungen ausreichend zu informieren.

Dokumentationslücken bzw. -fehler führen, wie oben bereits erwähnt, jedoch nicht automatisch dazu, dass ein sog. Haftungsfall eintritt, sondern können bei Eintritt eines Gesundheitsschadens zu Beweislastproblemen führen.¹

Liegt dennoch ein Dokumentationsmangel vor, so kann dieser widerlegt werden, z. B. durch Zeugenbeweis in unmittelbarer Form oder durch den sog. ‚Immer-so-Beweis‘, indem ein Zeuge dazu vernommen wird, wie üblicherweise in derartigen Situationen vorgegangen wird (dazu unten).

III. Lösungsmöglichkeiten

Aufgrund des Vorgesagten ist es deshalb ausreichend, wenn die erbrachten Leistungen der Grundpflege (wiederkehrende Routinemaßnahmen im Versorgungsablauf), die auf der Grundlage einer individuell strukturierten Informationssammlung und daraus abzuleitenden Pflegeplanungen beruhen, sodann nicht mehr explizit täglich oder schichtbezogen neu dokumentiert werden brauchen. Ausnahme: Abweichungen von dieser Pflegeplanung müssen selbstverständlich dokumentiert werden. Etwas anderes gilt bei der Behandlungspflege (vgl. oben).

Die Dokumentationspflicht erstreckt sich also nur auf die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die wesentlichen Verlaufsdaten.² Nicht dokumentiert werden müssen insbesondere Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte.³

Die Grundpflege setzt sich in der Regel aus Routinemaßnahmen zusammen. Wie bereits oben ausgeführt, sind Routinemaßnahmen aus rechtlicher Sicht, durch eine Vielzahl an Urteilen bestätigt, nicht zu dokumentieren. Um hier jedoch noch in gewisser Form dem Grundsatz „was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht“ und den damit verbundenen Sorgen zu begegnen, wird aus haftungsrechtlicher Sicht auf folgendes Prozedere hingewiesen:

Die Grundpflege mit ihren Routinemaßnahmen ist einmal in Form einer (übergeordneten) Leistungsbeschreibung schriftlich niedergelegt und die Durchführung der Maßnahmen ist beschrieben. Hierüber sind die Pflege- und Betreuungskräfte informiert und deren Kenntnisnahme davon durch Gegenzeichnung ist im Rahmen der Organisationsverantwortung hinterlegt. Im Qualitätsmanagement sind die organisatorischen Strukturen und Abläufe (im jeweiligen Versorgungssegment) sichergestellt. Zu dokumentieren ist weiter, wie oben erwähnt, eine individuell strukturierte Informationssammlung und daraus abzuleitende Pflegeplanung ggf. Abweichungen davon sowie spätere Evaluationsergebnisse und etwaige sich daraus ergebende Planungsänderungen.

Bei Vorliegen dieser Instrumentarien kann sodann in einem möglichen Haftungsprozess einem etwaigen vorgeworfenen Dokumentationsmangel - in Bezug auf nicht schriftlich geführte Einzelleistungsnachweise - zunächst damit begegnet werden, dass eine detaillierte übergeordnete Leistungsbeschreibung, die die einzelnen grundpflegerischen Elemente darlegt, vorgelegt wird.

Im Zusammenhang mit einem Zeugenbeweis kann dann belegt werden, dass täglich entsprechende grundpflegerische Elemente stets so ausgeführt wurden (sog. „Immer-so“-Beweis). Der sog. „Immer-so-Beweis“ dient dem Nachweis, dass die grundpflegerischen Elemente in ihrem Ob und Wie beschrieben werden können. Damit kann dann einem etwaigen Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden.

Zahlreiche Urteile belegen, dass unter diesen Voraussetzungen die beweisrechtliche Situation nicht verschlechtert ist.⁴

¹ Selbstverständlichkeiten sind nicht dokumentationspflichtig (vgl. BGH VersR 1994, 386 (387); BGH NJW 1986, 2365; BGH, Urt. v. 2.6.1987, IV-ZR 174/86; OLG Braunschweig, Urt. v. 10.11.2011, Az. 1 U 29/09; OLG Oldenburg, Urt. v. 30.01.2008, RDG 2008, 242 ff.; Brandenburgisches OLG, Urt. v. 8.11.2007, Az. 12 U 53/07; OLG Hamm, Urt. v. 17.12.2007, I-3 U 102/07; OLG Oldenburg, Urt. v. 20.12.2006, Az. 5 U 108/05; OLG Düsseldorf, Urt. v. 15.05.2004 – I-15 U 60/03; Schmid, NJW 1987, 681 (683)).

² Vgl. hierzu Rechtsprechung aus dem Arzthaftungsrecht: OLG Brandenburg OLG-Report 2005, 489, 491; OLG Düsseldorf, MedR 1996, 79.

³ Vgl. OLG Hamm AHRS III 6450/319; OLG München VersR 2007, 652 (653); OLG Frankfurt VersR 2007, 1276, 1377; OLG Hamburg, OLG-Report 2002, 255 OLG Köln, NJW 1999, 1790; BGH NJW 1993, 2375.

⁴ Vgl. Grundsatzentscheidung des BGH, Urt. vom 18.03.1986 – IV-ZR 215/84; BGH, Urt. v. 2.6.1987 – IV-ZR 174/86; OLG Hamm, Urt. v. 21.04.2009 – 26 U 151/08; OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.06.2004 – I-15 U 160/03; LG Bonn, Urt. v. 23.12.2011 – 9 O 364/08.

IV. Umfang der Pflegedokumentation aus sozialrechtlicher Sicht

Soweit Inhalt und Rahmen der Pflegedokumentation durch sozialrechtliche Normen geprägt werden, stehen die Qualitätssicherung der Pflege und die Steuerung des Pflegeprozesses im Vordergrund. Daneben macht das Vergütungsrecht der Pflegeversicherung in der ambulanten Versorgung Abrechnungsnachweise erforderlich. Die durch die Qualitätssicherung bestimmten Anforderungen an die Dokumentation werden maßgebend durch § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB XI festgelegt. Danach soll die Pflegedokumentation praxistauglich sein, den Pflegeprozess unterstützen und die Pflegequalität fördern; sie darf zudem über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. Hieraus folgt, dass auch aus sozialrechtlicher Sicht bei Routinemaßnahmen der Grundpflege, deren Durchführung einmal in Form einer übergeordneten Leistungsbeschreibung schriftlich niedergelegt ist, Einzelleistungen nicht zu dokumentieren sind. Vorauszusetzen ist allerdings nicht nur haftungsrechtlich, sondern auch nach den untergesetzlichen Rechtsnormen des SGB XI, dass die organisatorischen Strukturen und Abläufe durch ein entsprechendes Qualitätsmanagement sichergestellt sind und eine individuell strukturierte Informationssammlung und Pflege- bzw. Maßnahmeplanung besteht. Die Beschränkung der Pflegedokumentation auf ein vertretbares und wirtschaftliches Maß wird durch die wichtige Regelung des § 114 a Abs. 3 Satz 3 - 5 SGB XI flankiert, die für die Prüfung der Leistungsqualität aller Einrichtungen gilt. Für die Beurteilung der Pflegequalität haben außer der Pflegedokumentation weitere Erkenntnisquellen wie etwa die Befragung der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen einzufließen.

In der ambulanten Versorgung macht das Vergütungsrecht die Aufzeichnung einzelner Leistungen bzw. Leistungskomplexe erforderlich, weil sie hier als Abrechnungsgrundlage dient. Abweichendes könnte sich bei der Wahl einer vom Zeitaufwand abhängigen Vergütung nach § 120 Abs. 3 SGB XI ergeben. Die Wahlmöglichkeiten zwischen der Vergütung nach Zeit und den vom Zeitaufwand unabhängigen Leistungen machen zusätzlich auch eine Dokumentation dieser Wahl nötig. In der stationären Versorgung ist ein Einzelleistungsnachweis als Abrechnungsgrundlage nicht erforderlich; auch die Vermeidung einer Minderung der Vergütung nach § 10 Abs. 1 WBGV erfordert den Einzelleistungsnachweis nicht.

Fazit

Im Ergebnis kann festgestellt werden, dass im stationären Bereich - unter den o.a. Voraussetzungen - grundsätzlich auf Einzelleistungsnachweise hinsichtlich der grundpflegerischen Leistungen verzichtet werden kann.

Für den ambulanten Bereich kann dieses Vorgehen bezogen auf die Einzelleistungsnachweise nicht gelten, da diese gleichzeitig als „Abrechnungsbelege“ dienen.

Gleichwohl gilt dort, wie natürlich auch im stationären Bereich, dass eine knappe und aussagekräftige Pflegedokumentation ausreichend ist und Aufzeichnungen im Pflegebericht sich auf die Abweichung von der grundpflegerischen Routineversorgung beschränken und/oder selbstverständlich auf eventuelle akute Ereignisse.

Bachem, Jörn, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, Kanzlei Iffland Wischnewski, Darmstadt,

Börner, Dr. Karlheinz, Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Wiesbaden, Abt. Betreuungs- und Pflegeaufsicht

Frings, Peter, Justitiar Caritasverband für Diözese Münster e.V., Münster

Jorzig, Dr. Alexandra, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Jorzig Rechtsanwälte, Düsseldorf,

Kamm, Johannes, Rechtsanwalt, Geschäftsführer Pflegen & Wohnen Hamburg GmbH, Senator im Senat der Wirtschaft

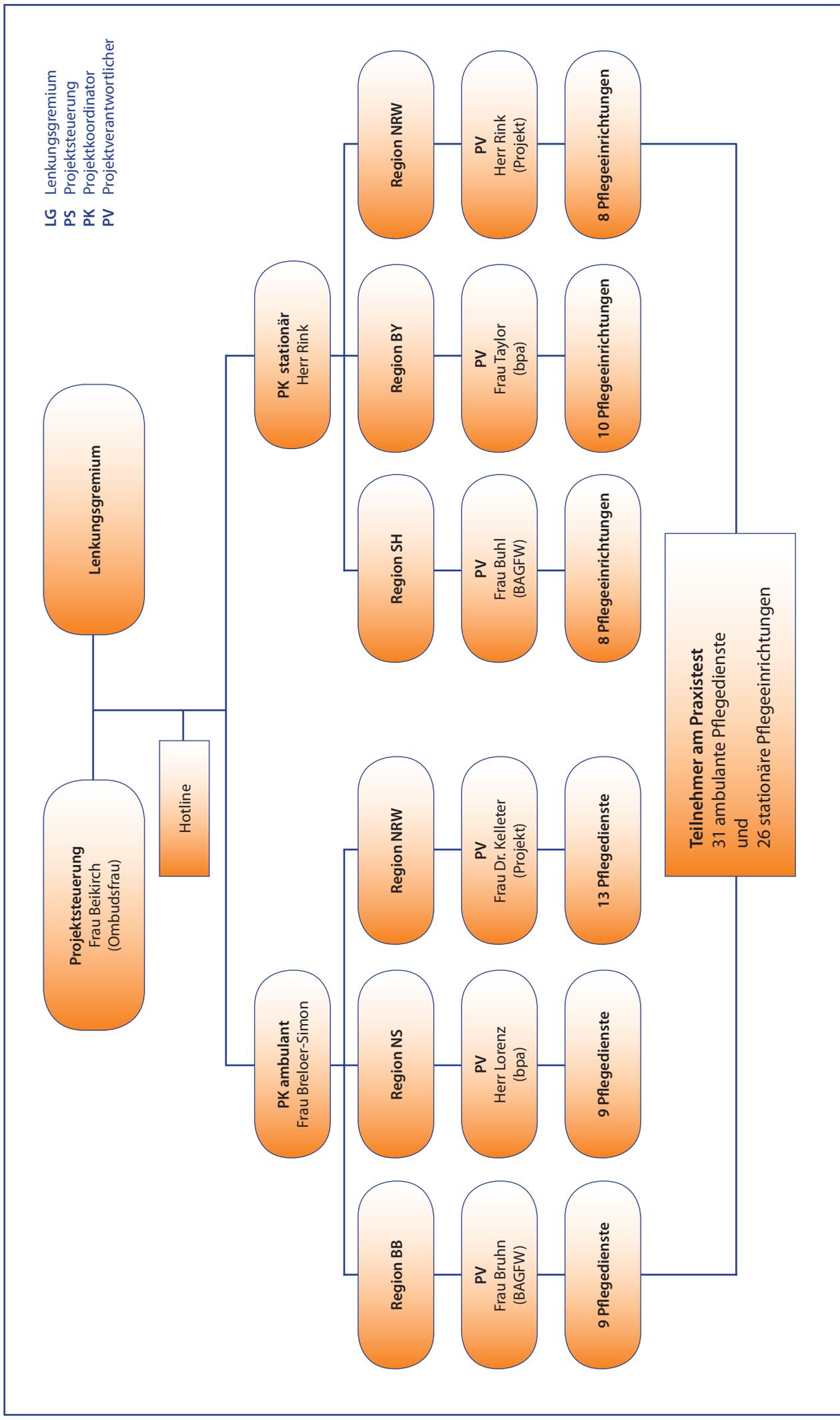
Philipp, Dr. Albrecht, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Sozialrecht, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, Rechtsanwälte, Bender & Philipp, München

Plantholz, Dr. Markus, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Dornheim Rechtsanwälte und Steuerberater, Hamburg

Udsching, Prof. Dr. Peter, Vorsitzender Richter a. D. am Bundessozialgericht, Kassel

Weiß, Prof. Dr. Thomas, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Arbeitsrecht, weiss-rechtsanwaelte, Kiel, Schleswig, Lübeck

Organisationsstruktur Praxistest Pflegedokumentation



Einschätzung der Strukturierten Informationssammlungen

Funktionalität				Plausibilität			
Code	Datum	Feld A benutzt (wer*)	Feld B verstanden	Feld C1 verstanden	Feld C2 verstanden	Verknüpfung Feld B zu C1	
		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
							nachvollziehbar ** ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
							Feld C 1
							C1/1
							C 1/2
							C 1/3
							C 1/4
							C 1/5
							C 1/6
							Verknüpfungen C.1. - C.2 erfasst? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
							Maßnahmenplanung
							Sind die Maßnahmen über 24 Stunden abgebildet? (stationär) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
							Ist das Vorgehen zur Evaluation erkennbar? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
							Kompatibilität der Funktion von B + C1 + C2 + Maßnahmenplan ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/>

* PB-Angh.-Betr.

** Individualität-Hilfbedarf-Kompensation

Evaluationsbogen im Rahmen des Praxistests (PT) zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation, 3. Reflexionstreffen (Januar 2014).

Einrichtungscod: _____

Datum: _____

1. Bitte geben Sie an, wer an der Anwendung der verschlankten Pflegedokumentation im Rahmen des PT's in Ihrer Einrichtung / Ihrem Pflegedienst beteiligt war

2. Mussten Sie für die Anwendung der Rahmenvorgaben zur Pflegedokumentation (Strukturmodell) besondere organisatorische Vorkehrungen treffen?

- Nein
 Ja, und zwar folgende:

3. Sind die vier Elemente des Strukturmodells (Strukturierte Informationssammlung/Maßnahmenplanung/Pflegebericht/Evaluation) aus Ihrer Sicht zum Aufbau der Pflegedokumentation nachvollziehbar?

- ja nein teilweise

4. Gelingt es mittels der Strukturierten Informationssammlung (fünf bzw. sechs Themenfelder, Element 1) aus pflegfachlicher Sicht, alle relevanten Faktoren bezogen auf den Bewohner/in/Klient/in zu erfassen?

- ja nein teilweise

- 4.1. Gab es Probleme mit dem **Feld B** (Klientensicht)
Feld C1 (stationär 5 Felder/ambulant 6 Felder)

Besondere Hinweise:

5. Gab es Probleme bei der Einschätzung / Zuordnung von Risiken und Phänomenen im Feld C2?

oft manchmal nie

5. 1. nur ambulant Gab es Probleme bei der Zuordnung der Kategorie ‚Beratung‘ im Feld C2?

Besondere Hinweise zu Frage 5 bzw. 5.1.:

6. Wie hoch war die Schwierigkeit bei der Entwicklung einer eigenen Struktur zur Maßnahmenplanung (Element 2)

sehr groß mittel gering

Besondere Hinweise:

6. 1. Halten Sie die Struktur Ihrer Maßnahmenplanung für abgeschlossen?

ja nein

wenn nein:

Würden Sie gerne daran weiter arbeiten

ja nein

ggf. besondere Hinweise:

7. Hat der veränderte Umgang mit dem Pflegebericht (Element 3) die Kommunikation in den Teams positiv beeinflusst oder verändert?

- ja nein kann nicht eingeschätzt werden

8. Wie wurde die Teilnahme am Praxistest intern vorbereitet? Bitte alles zutreffende ankreuzen:

- Information der Mitarbeitervertretung/ Personalrat/ Betriebsrat
 Individuelle Information an den Bewohner/ Nutzer/ Angehörige/Betreuer
 Information des Heimbeirates (nur stationär)
 Information an Prüfbehörden
 andere Art der Information, und zwar: _____

9. Bitte geben Sie an, ob die Teilnahme am Praxistest von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern wahrgenommen wurde:

- Mit großem Interesse, es wurde häufig über die Anwendung gesprochen
 Mit Interesse, aber es wurde nicht viel darüber gesprochen
 Wurde nur am Rande wahrgenommen
 Wurde gar nicht wahrgenommen

10. Bitte geben Sie an, wie die Teilnahme am Praxistest von den Verbrauchern (Bewohner/Kunde) wahrgenommen wurde:

- Mit großem Interesse, es wurde nachgefragt.
 Mit Interesse, aber es wurde nicht viel darüber gesprochen
 Wurde nur am Rande wahrgenommen
 Wurde gar nicht wahrgenommen

Besondere Hinweise:

11. Gab es positive oder negative Wirkungen die durch die Teilnahme am Praxistest in Ihrer Einrichtung / Pflegedienst ausgelöst wurden. Bitte schildern Sie in Stichworten:

12. Wenn Sie nun daran denken, dass bundesweit und einheitlich diese neue Pflegedokumentation eingesetzt werden würde: Welchen Schulungsbedarf und welche weitere Unterstützung würden Sie am dringendsten benötigen, um eine erfolgreiche Etablierung in Ihrer Einrichtung/Ihrem Pflegedienst dauerhaft gewährleisten zu können?

12.1 Ist das erprobte Dokumentationssystem einfacher zu handhaben, enthält alle notwendigen Informationen zur Erledigung der Arbeit und ist für Außenstehende nachvollziehbar?

ja nein teilweise

12.2 Würden Sie empfehlen, dass erprobte Dokumentationssystem fortzuführen?

ja nein

Hier können Sie, wenn Sie möchten alle weiterführenden Gedanken, Anmerkungen oder Kritikpunkte zum Verlauf des Projektes niederschreiben

Fragen zur Zeitdimension im Rahmen der Erhebung des Statistischen Bundesamtes zum Aufwand der Pflegedokumentation

Abschließend möchten wir Sie bitten, eine Einschätzung zum zeitlichen Aufwand bei der Einrichtung einer Pflegedokumentation abzugeben. Laut Erhebung des Statistischen Bundesamtes (2012) kommen bei einer Neuaufnahme die nachfolgend aufgeführten vier Aktivitäten vor. Teilen Sie uns bitte mit, ob und ggf. in welchem prozentualen Umfang sich der benötigte Zeitaufwand verändert hat.

1. Gespräche mit Externen (z. B. mit Angehörigen, Ärzten, Pflegebedürftigen vor Aufnahme in der Einrichtung)

- ...der Zeitaufwand ist unverändert
 ...der Zeitaufwand hat sich reduziert und zwar um ca. _____ Prozent
 ...der Zeitaufwand hat sich erhöht und zwar um ca. _____ Prozent
 ...kann nicht eingeschätzt werden

2. Betriebsinterne Gespräche/Absprachen

- ...der Zeitaufwand ist unverändert
 ...der Zeitaufwand hat sich reduziert und zwar um ca. _____ Prozent
 ...der Zeitaufwand hat sich erhöht und zwar um ca. _____ Prozent
 ...kann nicht eingeschätzt werden

3. Weitere Datenzusammenstellung/Sachbearbeitung zur Erstellung der Pflegedokumentation

- ...der Zeitaufwand ist unverändert
 ...der Zeitaufwand hat sich reduziert und zwar um ca. _____ Prozent
 ...der Zeitaufwand hat sich erhöht und zwar um ca. _____ Prozent
 ...kann nicht eingeschätzt werden

4. Formulare ausfüllen

- ...der Zeitaufwand ist unverändert
 ...der Zeitaufwand hat sich reduziert und zwar um ca. _____ Prozent
 ...der Zeitaufwand hat sich erhöht und zwar um ca. _____ Prozent
 ...kann nicht eingeschätzt werden

Nur von stationären Pflegeeinrichtungen zu beantworten:

5. Kann durch den Wegfall von Einzelleistungsnachweise in der Grundpflege (Dokumentation von Regelmaßnahmen) Zeit eingespart werden?

- ...ja, der tägliche Zeitaufwand für diesen Aspekt der Pflegedokumentation verringert sich
 ...nein, der tägliche Zeitaufwand für diesen Aspekt der Pflegedokumentation bleibt unverändert

Wenn der tägliche Zeitaufwand unverändert bleibt, erläutern Sie bitte kurz die Gründe:

„Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ – Abschlussveranstaltung zum Praxistest in fünf Bundesländern

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem bpa, der BAGFW und der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege am 19.02.2014 in Berlin

9:30 Uhr Registrierung

Tagungsablauf

10:00 Uhr Begrüßung und Eröffnung der Veranstaltung

Moderation: W. Hesse (BAGFW) als Vertreter der Verbände (BAGFW/bpa) die den Praxistest getragen haben

Grußwort: Staatssekretär Lutz Stroppe, Bundesministerium für Gesundheit

10:20 Uhr Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – Ein Praxistest

- Konzept, Verfahren und Phasen der Umsetzung (E. Beikirch)
- Pflegewissenschaftliche Einordnung zum Verfahren der Risikoeinschätzung (M. Roes)
- Haftungs- und sozialrechtliche Einordnung (J. Kamm)

11:30 Uhr Einordnung und Perspektiven aus Sicht des MDS

(P. Pick)

11:40 Uhr Ergebnisse der Evaluation

- Praktikabilität und Schulungsbedarf – (M. Roes)

12:00 Uhr Ergebnisse aus Sicht des Qualitätsmanagements

- zu Organisation und Zeitersparnis – (M. Wipp)

12:15 Uhr Mittagspause

Moderation: H. Mauel (bpa) als Vertreter der Verbände (BAGFW/bpa) die den Praxistest getragen haben

13:00 Uhr Pflegedokumentation „entbürokratisiert“

Erfahrungsberichte und Vorstellung praktischer Ergebnisse durch Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste

Gruppe A (ambulant)

Moderation: B. Tews/ O. Blatt

Referenten: T. Gruhle, J. Fallenberg, J. Dase

Gruppe B (stationär)

Moderation: C. Bölicke / N.-M. Szepan

Referenten: A. Kutschke, M. Ohle, J. Meier

14:45 Uhr Kaffeepause

**15:00 Uhr Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
- nachhaltige Strategien und Handlungsbedarf -**

Moderation: H. Mauel (bpa)

Statements von Mitgliedern des Lenkungsgremiums zum Praxistest:

BMG Herr Dr. Schölkopf/ **GKV-SV** Frau Dr. Kücking / **vzbv** Herr Lang / **MDK Gemeinschaft** Herr Dr. Gerber / **DPR** Herr Wagner/ **Länder** Frau Dr. Entzian (SH) / **Vertreterinnen der Trägerverbände** und Projektverantwortliche in den Testregionen Frau Taylor (**bpa**) und Frau Buhl (**BAGFW**)

16:15 Uhr Zusammenfassung und Schlussworte

E. Beikirch Projektsteuerung Praxistest Pflegedokumentation

16:30 Uhr Ende der Veranstaltung



Einordnung und Perspektiven aus Sicht des MDS

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS

Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege am 19. Januar 2014 in Berlin

Pflegedokumentation und Entbürokratisierung

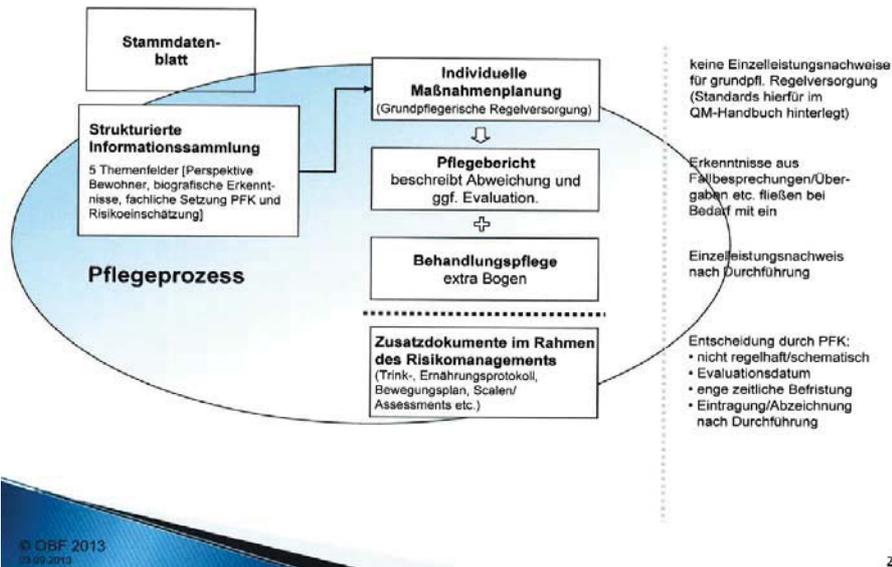


„Die Zeit ist reif für eine Lösung“

aber:

- gut begründete und mit allen Beteiligten konsentierete Initiativen (Bayern, Schleswig-Holstein) sind letztlich versandet
- Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation des MDS ist wohlwollend kommentiert worden, hat aber keine Änderungen ausgelöst

Weiterentwicklung Pflegedokumentation – Grundstruktur (Pflegeprozess 4-phasig)



Empfehlungen der OBF (Auszug) zur Grundstruktur einer Pflegedokumentation im SGB XI

- die Grundstruktur einer Pflegedokumentation wird standardisiert und besteht aus vier Elementen, entsprechend dem Pflegeprozess
- fünf wissenschaftsbasierte Themenfelder und Leitfragen sollen sicherstellen, nichts Wesentliches aus professioneller Sicht zu übersehen
- es wird ein Verfahren zum rationalen Umgang mit der Risikoeinschätzung pflegesensitiver Themen (Evidenzorientierung) erprobt
- die Maßnahmenplanung wird individuell auf das Handlungsleitende beschränkt (grundpflegerische Regelversorgung und Behandlungspflege)
- die Dokumentation der Behandlungspflege und Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements bleiben obligat
- Einzelleistungsnachweise im stationären Sektor für tägliche Routinen entfallen (Grundpflege und Betreuung)
- im Pflegebericht wird nur noch die Abweichung von der grundpflegerische Regelversorgung dokumentiert
- das Vorgehen ist durch festgelegte Verfahrensanweisungen des internen QM flankiert

Einschätzung MDS



- Die vorgeschlagene Grundstruktur einer Pflegedokumentation ist zielführend und wird mitgetragen
- Ansatz scheint geeignet, gleichzeitig den Dokumentationsaufwand zu verringern und die Pflege und Betreuung zu verbessern
- MDK kann seine Qualitätsprüfung auf der vorgeschlagenen Basis durchführen
- Einigung auf Grundstruktur einer Pflegedokumentation schafft Sicherheit für Pflegeeinrichtungen und Prüfinstanzen

Weiterentwicklung Qualitätsprüfungen



- Im internen Qualitätsmanagement wird das Konzept der Ergebnisindikatoren zukünftig eine wichtige Rolle spielen.
- Die Erhebung von Ergebnisindikatoren durch die Einrichtungen kann externe Qualitätsprüfungen mit Feststellung des Pflegezustands der Pflegebedürftigen nicht ersetzen. Deshalb ist eine Verknüpfung von Ergebnisindikatoren und Qualitätsprüfungen zu organisieren.
- Die Medizinischen Dienste werden in diesem Sinne die Qualitätsprüfungen weiter entwickeln und dabei die Prüfinhalte straffen und mit den Ergebnisindikatoren verzahnen.

Umsetzung Pflegedokumentation als Konzertierte Aktion



- Die Pflegeeinrichtungen haben eine eigene Pflegedokumentation auf der Basis der erprobten Grundstruktur zu entwickeln und gemeinsam mit den MitarbeiterInnen einzuführen.
- Die Leitungsebene und das Qualitätsmanagement der Einrichtungen haben diesen Prozess zu unterstützen.
- Die Verbände der Leistungserbringer haben den Einführungsprozess zu flankieren und ihre Handlungsoptionen an der gemeinsamen Zielsetzung auszurichten.
- Die Pflegekassen und ihre Verbände haben den Einführungsprozess zu flankieren und ihre Handlungsoptionen an der gemeinsamen Zielsetzung auszurichten.

Umsetzung Pflegedokumentation als Konzertierte Aktion



- Die Aufsichtsinstanzen (MDK, Heimaufsicht, u.a.) haben ihre Prüfkonzpte mit dem erprobten Verfahren abzugleichen und abzustimmen.
- Die Politik sollte den Einführungsprozess unterstützen; der Rahmen sollte jedoch auf der Selbstverwaltungsebene vereinbart werden.



Ziel:

- die Einführung einer schlanken und bürokratiearmen Pflegedokumentation auf einem anerkannten fachlichen Niveau
- die Verbesserung der Versorgung und Transparenz im Sinne der Pflegebedürftigen

Beschluss TOP 3 Lenkungsgremium (Beschluss einstimmig am 13. 03. 2014)

Das Lenkungsgremium nimmt den Abschlußbericht des Projekts ‚Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege‘ zustimmend zur Kenntnis und begrüßt ausdrücklich die Schlussfolgerungen sowie die Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

Hierzu gehören insbesondere:

- a) eine breit angelegte Implementierungsstrategie für die Dauer von zwei Jahren, welche die bisherigen Erkenntnisse zur praktischen Umsetzung des Strukturmodells und des Instrumentariums auf eine breite Basis stellt und darauf angelegt ist, sukzessive eine flächendeckende Umsetzung zu ermöglichen
- b) die kurzfristige Ausarbeitung allgemeiner Verfahrenshinweise und Erläuterungen zur praktischen Umsetzung des Strukturmodells, der Strukturierten Informationssammlung und der Maßnahmenplanung sowie der Darstellung von praktischen Beispielen
- c) Anpassung und praktische Erprobung des Strukturmodells und des Verfahrens auch für die Rahmenbedingungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege
- d) Schaffung einer zentralen Steuerungsfunktion auf Bundesebene, um die vielfältigen Aspekte dieses Vorhabens im Überblick zu behalten, aktuelle Entwicklungen und Erkenntnisse in den Regionen zeitnah aufzugreifen und durch eine begleitende Evaluation systematisch auszuwerten
- e) die Etablierung entsprechender Steuerungsfunktionen zur Umsetzung auf Landesebene
- f) das zentrale Lenkungsgremium auf Bundesebene wird beibehalten mit dem Ziel, den eingeleiteten Paradigmenwechsel zu einer grundsätzlichen Verständigung (Prinzipien) aller Beteiligten zur Grundstruktur einer Pflegedokumentation sachkundig und einvernehmlich zu begleiten
- g) die vertrauensvolle Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Ländern, den Heimaufsichten, dem MDS, den MDK 'n sowie dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und den Trägerverbänden sowie den Kranken- und Pflegekassen und ihren Verbänden.
- h) Zur Sicherstellung der Anschlussfähigkeit und zur Förderung der flächendeckenden Implementierung beabsichtigen die Vertragspartner nach § 113 SGB XI unverzüglich die Kompatibilität mit den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu vereinbaren.

Das BMG wird gebeten, diesen Prozess weiterhin zu unterstützen und hierfür entsprechende finanzielle und sächliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen sowie parallel zu prüfen, inwieweit durch Rechtsetzung (Verfahrenssicherung) die Ergebnisse dauerhaft abgesichert werden können.

Konzept und Organisation der skizzierten Implementierungsstrategie wird auf der Grundlage der einvernehmlichen Beschlussfassung des Lenkungsgremiums und bei Bereitstellung entsprechender Ressourcen ausgearbeitet.