

Interview mit Elisabeth Beikirch

# »Die Pflegedokumentation wird wieder gelesen«

**AM 19. FEBRUAR hat das Bundesgesundheitsministerium Vorschläge zur Vereinfachung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Pflege vorgestellt: Erarbeitet worden sind sie im Projekt »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation«. Elisabeth Beikirch, bis Februar 2014 Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im BMG und dort zuständig für die Steuerung des Projekts, stellt die Ergebnisse vor.**

**MDK Forum** Frau Beikirch, wo liegen die Hintergründe für die Einrichtung des sogenannten Entbürokratisierungs-Projekts?

**Elisabeth Beikirch** In meiner Zeit als Ombudsfrau erhielt ich von vielen Pflegekräften die Rückmeldung, dass sie unzufrieden sind mit dem Umfang der bürokratischen Arbeiten in ihrem Beruf und sich mehr Zeit für die direkte Pflege wünschen. In den vergangenen Jahren sind die Anforderungen an die Pflegedokumentation insbesondere im Kontext der externen Qualitätssicherung und im Hinblick auf Aspekte der Rechtssicherheit kontinuierlich gestiegen. Darauf haben viele Pflegeeinrichtungen nicht mit einer fachlich fundierten Anpassung ihrer Dokumentation reagiert, sondern eher mit »zusätzlichen Dokumentationsblättern«, um sich dadurch noch stärker »abzusichern«. So nahm der Detailgrad der Verschriftung des Pflegeprozesses immer mehr zu und wirkte sich zeitlich und kostenmäßig auf den Pflegealltag aus. Pflegedokumentationen wurden immer umfangreicher und häufig überwiegend mit Blick auf die Prüfinstanzen erstellt.

**MDK Forum** Wo liegt denn dann das richtige Maß?

**Beikirch** Pflegedokumentation ist eine wichtige Grundlage, um die Qualität der Pflege sicherzustellen. Doch mit der eben skizzierten Entwicklung rückte die eigentliche Funktion der Pflegedokumentation zunehmend in den Hintergrund. Pflegedokumentation dient im Kern dazu, die Kommunikation aller an der Pflege Beteiligten unter Einbe-

ziehung des Pflegebedürftigen und ggf. seiner Angehörigen sicherzustellen und Transparenz gegenüber dem Verbraucher und den Kostenträgern zu gewährleisten.

Im Projekt ging es deshalb nicht nur um die Reduzierung der »Menge«, sondern zentral auch um die Steigerung der Effizienz der Pflegedokumentation. Damit wichtige Informationen zu Pflege und Betreuung im Pflegealltag zu jeder Zeit sichergestellt sind, müssen sie den Pflegenden »auf einen Blick« zur Verfügung stehen. Eine »überdimensioniert kleinteilige« Pflegedokumentation behindert dieses Ziel. Denn wegen des Umfangs der Dokumentation besteht die Gefahr, dass Pflegenden wichtige Informationen nicht finden bzw. übersehen. Auch die Einbeziehung des Pflegebedürftigen im Sinne von Selbstbestimmung kann durch eine solche Dokumentation nicht gewährleistet werden.

**MDK Forum** Welches sind die Empfehlungen der Projektgruppe? Und sind die Vorschläge schon in der Praxis getestet worden?

**Beikirch** Im Ergebnis haben wir im Projekt ein Modell entwickelt, mit dem die Struktur der Pflegedokumentation standardisiert werden kann. Es basiert auf den vier Phasen aus dem Pflegeprozessmodell der WHO: Pflegebedarf einschätzen, Pflegeplan erstellen, Pflegeplan ausführen, Evaluation der Pflege. Ganz zentral für die Qualität der Pflege ist zunächst die Sammlung der pflegerlevanten Informationen zur Situation des Pflegebedürftigen.

Dies erfolgt über eine Strukturierte Informationssammlung (SIS) anhand von Leitfragen zu den fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern »Kognitive und kommunikative Fähigkeiten«, »Mobilität und Beweglichkeit«, »Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen«, »Selbstversorgung« und »Leben in sozialen Beziehungen«. Diese Themenfelder sollen sicherstellen, dass nichts Wesentliches aus professioneller Sicht übersehen wird. Zudem haben wir ein Verfahren zum rationalen Umgang mit der Risikoeinschätzung pflegesensitiver Themen in Form einer Matrix entwickelt.

Die Planung der Maßnahmen für die individuelle Grundpflegerische Regelversorgung sowie ihre Dokumentation werden auf das Handlungsleitende beschränkt. Darüber hinaus haben wir uns dazu entschieden, uns von dem in der Praxis etablierten ATL-Modell nach Roper und Tierney bzw. dem AEDL-Modell von Krohwinkel zu lösen. Damit ging die Idee einher, sich grundsätzlich von dem schematischen Ankreuzverfahren bei der Pflegeplanung zu lösen. Pflege- und betreuungsrelevante biografische Daten sollen integrativ und regelhaft erfasst werden, jedoch nicht auf einem extra Bogen. Erforderlich war auch die kritische Auseinandersetzung mit schematischen Vorgaben des Qualitätsmanagements zur Risikoeinschätzung und damit verbundenen haftungsrechtlichen Aspekten. Zusätzlich sollte die neue Vorgehensweise zu anderen aktuellen Themen in der Pflege und künftigen Entwicklungen anschlussfähig sein.

Von September 2013 bis Januar 2014 haben dann 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste die im Projekt entwickelten Modellbögen im Alltag getestet.

**MDK Forum** Was wird in Zukunft nicht mehr dokumentiert?

**Beikirch** Im stationären Bereich sollen tägliche Routinen der Grundpflege und Betreuung nicht mehr in Form von Einzelleistungsnachweisen festgehalten werden. Im Pflegebericht wird nur noch die Abweichung von der grundpflegerischen Regelversorgung dokumentiert. Das interne Qualitätsmanagement muss durch entsprechende Leistungs- und Stellenbeschreibungen, die in der Regel in allen Einrichtungen der Pflege vorliegen, dieses Vorgehen absichern. Maßnahmen der Behandlungspflege und des Risikomanagements sind weiterhin obligat zu dokumentieren. Ein zentraler Einspareffekt wird allein durch das veränderte Vorgehen bei der Informationssammlung ausgelöst.

**MDK Forum** Wie sehen die ersten

Ergebnisse des Praxistests aus? Hat die Erprobung der neuen Dokumentation etwas im Pflegealltag verändert?

**Beikirch** Im Verlauf des Praxistests haben sich die Pflegefachkräfte wieder mehr auf ihre Fachlichkeit und ihre berufliche Erfahrung verlassen und gelernt, rationaler und nicht so »fremdgesteuert« mit der Risikoeinschätzung umzugehen. Allerdings war dies zunächst mit großer Unsicherheit und Ängsten verbunden und blieb bis zum Schluss Gegenstand der Erörterung.

Die verschlankte Informationssammlung, Maßnahmenplanung und Pflegeberichterstattung führen offensichtlich dazu, dass die Pflegedokumentation wieder praktischen Bezug zum Arbeitsalltag bekommt. Sie wird wieder gelesen und als ein praxistaugliches Instrument zur Prozesssteuerung angenommen. Sie bietet 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 Pflege-

bedürftigen wurden durch das Vorgehen bei einigen Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen spürbar gefördert.

Insgesamt bildet die erprobte Grundstruktur eine gute Grundlage zur Ausrichtung einer standardisierten Pflegedokumentation, die trotzdem genügend Spielraum lässt. Der Praxistest bestätigt, dass die Pflegedokumentation im Vergleich zur heute weit verbreiteten Praxis erheblich reduziert werden kann, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen oder die Kommunikation zwischen allen Beteiligten zur Situation der Pflegebedürftigen zu beeinträchtigen.

**MDK Forum** Wie geht es jetzt weiter?

**Beikirch** Die positiven Ergebnisse und Erfahrungen der beteiligten Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste lassen den Schluss zu, dass die erprobte Vorgehensweise nicht zusätzlich durch ein breit angelegtes und wissenschaftlich begleitetes Modellvorhaben abgesichert werden muss. Vor dem Hintergrund der Wissenschaftsbasierung der strukturierten Informationssammlung und der Erfahrungen während des Praxistests gehen wir davon aus, dass es in erster Linie einer bundes- und landesweiten Implementierungsstrategie bedarf, die für einen Zeitraum von ca. zwei Jahren auf diesen beiden Ebenen zentral gesteuert und regional in Zusammenarbeit mit den Ländern begleitet werden sollte.

Elisabeth Beikirch



*Die Fragen stellte  
Elke Grünhagen*