

Was gehört in die Pflegedokumentation?

I. Kollak, *Schreib's auf! – Besser dokumentieren in Gesundheitsberufen (Top im Gesundheitsjob)*,
DOI 10.1007/978-3-662-53565-3_2

© Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017

Weniger Dokumente und mehr Durchblick: darum geht's in diesem Kapitel. Diese Frage steht am Anfang, denn ein sicheres und weniger aufwändiges Dokumentieren beginnt damit, sich einen Überblick über die vom Gesetz vorgeschriebenen Dokumente zu verschaffen (■ Tab. 2.1). Die darüber hinaus für Ihre eigene Arbeit wichtigen Dokumente sollten Sie in Anzahl und Inhalt überprüfen, um nicht doppelt zu dokumentieren. Wenn Sie mit den vorgeschriebenen und den zusätzlich für Ihre Arbeit wichtigen Dokumenten vertraut sind, dann sind Sie juristisch abgesichert und vermeiden unnötige Arbeit.

- » Eine Stunde vor Übergabe ist eine Pflegeperson nur damit beschäftigt, die Dokumentation zu vervollständigen und zu korrigieren.

Diese Aussage einer stellvertretenden Stationsleitung zeigt, wie verdreht die Lage ist: Eine Person schreibt und korrigiert die Dokumentation – abseits vom tatsächlichen Geschehen. Die viele und mühevollen Arbeit vieler Fachkräfte verschwindet in einer Dokumentation aus Dichtung und Wahrheit. Finden Sie das gut?

- » Früher gab es ein Blatt, da stand alles drauf und war leicht zu finden.

Tab. 2.1 Das gehört in eine Pflegedokumentation

| Arbeitsschritte nach WHO-Modell zum Pflegeprozess | | Vorgeschriebene Dokumente | Zusätzliche Dokumente (Beispiele) |
|--|-----------------------|--|---|
| 1 | Informations-sammlung | Stammdaten Pflegeanamnese/ Biografie Ärztliche Verordnungen | Risikoskalen Sturzrisikofaktoren Wunddokumentation Schmerzerfassung Entlassungsplanung |
| 2 | Pflege-planung | Pflegeplanung/ Tagesstruktur | |
| 3 | Durch-führung | Durchführungs-nachweis | Trink-/Essprotokoll Bilanzierungsprotokoll Bewegungs-/ Lagerungsplan Dementia Care Mapping PKMS |
| 4 | Evaluation | Pflegebericht/ Beurteilung der Pflgewirkungen | Pflegeüberleitung Rückmeldebogen |

Auch wenn die Zeiten vorbei sind, in denen alle Daten auf »ein Blatt Papier« passten, so bringt diese Aussage einer Altenpflegeperson die Sache gut auf den Punkt: Der Überblick ist abhanden gekommen. Die gute Absicht, mit neuen und besseren Formularen die Arbeit zu erleichtern, hat sich längst in ihr Gegenteil verkehrt: Wir sehen vor lauter Bäume keinen Wald mehr. Warum soll sich das nicht ändern lassen?

Wie Sie selbst sehen: Die Pflegedokumentation ist kein Buch mit sieben Siegeln. Die Pflege hat mit den Jahren Formular für Formular zusätzlich entwickelt und damit dazu beigetragen, aus der Idee der Planung und Strukturierung

der Arbeitsabläufe einen Alltag des unendlichen Dokumentierens zu machen. Das lässt sich wieder ändern.

- — **Die Dokumentation bei der Arbeitsplanung nutzen.**
- **Eine übersichtliche Anzahl an Formulare erleichtert die Strukturierung der Arbeit.**

■ **Die Dokumentation bei der Arbeitsplanung nutzen**

Der erste Hinweis führt uns zu der Frage nach der Planbarkeit von Pflege. Dazu folgen nun zwei kurze Beschreibungen der Pflegetätigkeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern.

■ ■ **Pflege ist spontan**

Das stimmt. Sehen, Sprechen und Handeln sind in der Pflege eng mit einander verknüpft. Die Aufgaben, die zu erledigen sind, ergeben sich oft aus der Situation heraus. Das klassische Beispiel aus der stationären Pflege: Ein Patient klingelt, die Pflegeperson geht ins Zimmer, fragt nach und reagiert. Ähnlich ist es auch in der häuslichen Pflege. Die Arbeit wird durch die Einschätzung der aktuellen Lage und im Gespräch mit den Patienten vor Ort geprägt. Das alles geschieht hauptsächlich in der mündlichen Kommunikation. Von der Begrüßung über ein kleines Gespräch, das eine Pflegetätigkeit begleitet, bis hin zur Information, Beratung und praktischen Anleitung wird in der Pflege gesprochen.

Pflege ist professionelles Handeln am und mit Menschen. Miteinander reden und gemeinsam handeln, sind zentrale Elemente der Pflege. Darum ergeben sich immer wieder Pflegehandlungen aus Situationen heraus, und bekannte Tätigkeiten sind unter den jeweils individuellen Bedingungen immer wieder neu und anders. Das sind die Besonderheiten, die Aufmerksamkeit und genaues Dokumentieren erfordern.

■ ■ **Pflege ist planbar**

Das stimmt auch. In der Pflege wiederholen sich Tätigkeiten und Gesprächsinhalte. Sie ziehen immer wieder korrekt eine Spritze auf und erklären immer wieder, wie der Transfer vom Bett zum Stuhl gelingt, weil das für Ihr Gegenüber neu ist und Ihnen die Arbeit erleichtert. Gute Pflege kennzeichnet, dass sie eine bestimmte Leistung wiederkehrend korrekt erbringt. Diese Abläufe haben Sie nach Standards erlernt. Diese Standards gibt es schriftlich.

Pflege ist professionelles Handeln mit Instrumenten und in Teams. Der Einsatz von Hilfsmitteln ist begründet, die Anwendung ist vorgeschrieben und erfolgt in Absprache. Große Teile guter Pflege bestehen in der praktischen Beherrschung von standardisierten Abläufen. Diese Standards ausformuliert zu haben, erleichtert die Dokumentation.

■ **Eine übersichtliche Anzahl an Formulare erleichtert die Strukturierung der Arbeit**

Der zweite Hinweis führt uns zu der Frage nach der Organisation der Pflegeabläufe.

■ ■ **Pflegedokumentation und Pflegeprozess**

Die Pflegedokumentation folgt in ihrem Aufbau den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses: Assessment, Planung, Intervention und Evaluation (WHO; [10]). In der ■ Tab. 2.1 und im weiteren Text werden die Begriffe Informationssammlung, Pflegeplanung, Durchführung, Evaluation benutzt. Modelle des Pflegeprozesses, die eine weitere Unterteilung der Informationssammlung vorsehen, finden sich trotzdem mit den vorgeschriebenen Dokumenten zurecht. Denn die Diagnosephase »Nursing Diagnosis« im Modell von Gordon [5] und »Erkennen von Problemen und Ressourcen« und »Festlegung von Pflegezielen« nach Fiechter u. Meier [4] schließen sich der Informationssammlung an. Unabhängig von der Anzahl der Arbeitsschritte bleiben

die gleichen Formulare für die Pflegedokumentation verbindlich.

■ ■ **Drei Grundsätze zur Erleichterung des Dokumentierens**

Es wird offensichtlich, dass ein sicherer und weniger aufwändiger Umgang mit der Dokumentation möglich ist, wenn wichtige Grundsätze eingehalten werden:

- 1. **Es gibt eine verbindliche Absprache über alle Dokumente, die im Team eingesetzt werden, damit alle einen Überblick haben.**
- 2. **Die juristisch verbindlichen Inhalte einer Pflegedokumentation sind klar auf die vereinbarten Formulare verteilt, damit niemand doppelt und dreifach dokumentiert.**
- 3. **Die häufigsten Arbeiten eines Teams sind bekannt und fertig ausformuliert, damit Details und Unterschiede deutlich werden und die Aufmerksamkeit erhalten.**

■ ■ **Papierwälder und elektronischen Blanks sind keine Hilfen**

Ein gutes Team verdient ein gutes Dokumentationssystem, das Unterstützung bietet. Dienstpläne und Tourenplaner bilden seit langer Zeit solche Stützen. Datenbanken und Pflege-wiki sind echte Hilfen bei Fachfragen. Dagegen sind Pflegedokumentationen, die aus einem Wust von Blättern bestehen oder elektronische Dateien besitzen, in die nur Daten eingegeben werden können, keine Hilfen. Die Anschaffung oder Erarbeitung eines besseren Dokumentationssystems ist mehrfach lohnend: Es erleichtert die Arbeit, schafft Zeit für die Pflege und spart dabei Geld.

■ Was macht Pflegedokumentationen hilfreich?

Damit Dokumentationssysteme hilfreich sind, müssen sie spezifisch sein für die unterschiedlichen Arbeitsbereiche der Pflege und sie müssen systematisch sein zur Unterstützung der vielen Aufgaben. Denn Pflege ist eine anspruchsvolle Tätigkeit mit wiederkehrend zu erbringenden Leistungen und Notfallmaßnahmen in der Patientenversorgung. Pflege ist Prozesskoordination, Management, Administration und mit Aufgaben der Kommunikation, Kooperation und Personalführung betraut. Pflege ist in der Lehre für die Aus-, Fort- und Weiterbildung neuer und erfahrener Fachpersonen zuständig. Nicht zuletzt ist Pflege in Wissenschaft und Forschung stark, worüber Studien, Standards, Studiengänge, Fachzeitschriften usw. Auskunft geben.

Pflegedokumentationen sind nützlich, wenn sie

- Expertenstandards zur Grundlage haben
- Neues Wissen über die Wirksamkeit von Pflege bieten (z. B. zur Wundversorgung, Vorbeugung von Stürzen, Unterstützung von Harnkontinenz)
- Pflegepfade vorgeben, die den Arbeitsablauf leiten und sichern
- Eine Fachsprache benutzen
- Prozesskoordination unterstützen
- Pflegeaufwand und -leistung abbilden

■ Informationen zur Pflegedokumentation

Es gibt sehr viele Bücher, Internetseiten und Broschüren zu diesem Thema. Teure Prüfanleitungen haben den Nutzen v. a. auf der Seite der Verkäufer. Welche Literatur Sie auch immer bevorzugen, denken Sie bei der Anwendung an die Grundanforderungen: wenig Formulare, keine doppelten Eintragungen, fertige Formulierungen für Standardsituatio-

nen und Hinweise, um Besonderheiten und Risiken zu erkennen.

Kostenlos im Internet zugängliche Texte mit Quellen zur Pflegedokumentation sind z. B.:

- Merkblatt zur Pflegedokumentation [6],
- Handbuch Pflege stationär [7],
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation zu PKMS [1] und
- Häufige Fragen zu PKMS [3] sowie
- Handlungsempfehlungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen [8].

Praxistipp

Wenn Sie Ihre Pflegedokumentation nach den Hinweisen von öffentlichen Institutionen (MDK, MDS, Pflegerat, Ministerium) organisieren, macht das Sinn, weil diese:

1. von Arbeitsgruppen ausgearbeitet sind,
2. dem Ablauf des Pflegeprozesses folgen,
3. Grundlage der MDK-Prüfung darstellen,
4. genügend inhaltlichen und formalen Gestaltungsraum lassen und
5. aktuell und kostenlos zur Verfügung stehen.

Als Grundlage für die Überlegungen in diesem Buch sind diese Quellen auch sinnvoll. Denn es soll um die Darstellung und Diskussion des öffentlich vorhandenen Fachwissens gehen und nicht um die Vorzüge und Nachteile einer bestimmten Dokumentationssoftware. Ihre persönlichen Präferenzen für bestimmte Modelle und Dokumentationssysteme können Sie auf dieser Grundlage gut überprüfen.

Manchmal werden auf Landesebene noch weitere Formulare verlangt, wie z. B. Überleitungsbogen oder Rückmeldung zur Entlassung. Dies geschieht, wenn Patienten durch Versorgungsfehler Schaden genommen haben. Mit diesen

zusätzlichen Formularen sollen Schwachstellen verbessert werden. Doch wenn die bundesweit vorgeschriebenen Dokumente bereits Schwierigkeiten machen, so gilt dies für zusätzlich geforderte Dokumente erst recht, zumal deren juristische Verbindlichkeit noch geringer geschätzt wird und Sanktionen unbekannt sind.

Eine Orientierung der Dokumentation an frei erhältlichen Broschüren ist kostengünstig. Eine Orientierung an abrechenbaren Prozeduren erscheint auf den ersten Blick nicht nur kostengünstig, sondern sogar noch Geld einzubringen. Wenn allerdings nur noch dokumentiert wird, was sich abrechnen lässt, dann entfernt sich die Pflege immer weiter von einer planmäßigen und professionellen Versorgung auf neustem Stand der Pflegeforschung.

Praxistipp

Wer zu diesem Thema mehr lesen möchte, dem sei der Artikel »Gefährlicher Trend« von Patrick Buber (2009) empfohlen.

2.1 Arbeitsschritt Informations-sammlung

Die Handlungsempfehlungen des Dachverbands der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, MDS) verstehen das Stammbblatt als Bestandteil der Informationssammlung. Im Stammbblatt werden wichtige, persönliche Daten des Pflegebedürftigen notiert, die oft schon bei der Aufnahme bzw. von Verwaltungsangestellten erhoben werden. Je nach Institution gibt es Unterschiede. Sie sind aber nicht gravierend und müssen einen nicht länger aufhal-

ten. Hier eine Liste von Daten, die z. B. bei der Erhebung der Stammdaten erfasst werden.

2.1.1 Stammdaten

- Name und Adresse
- Geburtsdatum und Ansprechpartner (Angehörige, Freunde Erziehungsberechtigte u. a.)
- Einweisungsdiagnose(n)
- Leistungsträger der Pflegeleistungen und Pflegestufe
- Aufenthalte im Krankenhaus
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Hilfsmittel
- Kostform
- Hausarzt und andere betreuende Dienste
- Muttersprache, gesprochene Sprache(n), religiöse oder weltliche Haltung
- Informationen zu Patientenverfügungen

Praxistipp*

Erfassen Sie bei der Aufnahme die Versorgungssituation. Schätzen Sie ebenso bei der Aufnahme ein, ob die gegebene Versorgungssituation nach der Entlassung ausreicht.

2.1.2 Pflegeanamnese/Biografie

Im Gegensatz zu dem gerade beschriebenen Stammbblatt, das die wichtigsten Patientendaten für alle Berufsgruppen erfasst (hier arbeiten also Mitarbeitenden der Aufnahme und

der Pflege für die anderen Berufsgruppen), geht es bei der Pflegeanamnese um spezifischen Bedürfnisse und die entsprechenden pflegerischen Aufgaben. Im Kern der Aufmerksamkeit steht, die Risiken und Pflegeprobleme zu erkennen und die notwendige Pflege zu bestimmen und zu initiieren. Dabei sollen die Ressourcen auf der Seite des Bewohners, der Patientin gesehen und genutzt werden.

- **Die Pflegeanamnese zur Informationssammlung**
 - erfolgt über mehrere Schritte und ist in Inhalt und Form für alle verbindlich, um Fehler und Doppelungen zu vermeiden,
 - macht auf die Risiken aufmerksam und dokumentiert diese eindeutig,
 - spricht alle Lebensbereiche an, die durch die Pflegehandlung und die Art des Aufenthalts berührt werden.

■ Wie können Anamnesebögen aussehen?

Die meisten Einrichtungen haben Anamnesebögen oder -dateien, die im Laufe der Jahre immer länger geworden sind. Mit neuen Gesetzen und neuen Vorschriften kamen neue Fragen hinzu.

Im Folgenden nun zwei Beispiele zum Vorgehen bei der Pflegeanamnese. Sie beruhen auf den Empfehlungen der o. g. Internettexte. Die Vorgehensweisen sind juristisch abgesichert und offiziell empfohlen.

■ ■ Der MDS empfiehlt

Die Daten zur Ermittlung des Pflegebedarfs sollen entlang der Kategorien Gewohnheiten, Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie Pflegebedarf und notwendige Hilfsmittel aufgenommen werden (■ Tab. 2.2). In welcher Reihenfolge und in welchem Umfang die Gewohnheiten zu erfragen sind, wird von MDS und MDK nicht festgelegt.

| Tab. 2.2 Drei Beispiele aus der stationären, der Langzeitpflege und der häuslichen Pflege | | | |
|---|---|---|---|
| | Gewohnheiten | Möglichkeiten/Fähigkeiten | Pflegebedarf und Hilfsmittel |
| Stationäre Pflege | Liest sehr gerne die Tageszeitung | Muss im Bett aufgerichtet werden und braucht starkes Licht | Die Zeitung kommt ins Krankenhaus, Abholung mit der Pforte organisieren |
| Langzeitpflege | Geht jeden Mittwoch nachmittags mit dem Neffen zum nächsten Einkaufsmarkt | Patient nimmt Kaffee und Kuchen außer Haus ein | Mittwochs keinen Kuchen austeilen und Rollstuhl für 3 Stunden sichern |
| Häusliche Pflege | Hat wegen früherer Nachtarbeit einen eigenen Tag- und Nachtrhythmus | Schläft lange und nimmt seine letzte Mahlzeit gegen Mitternacht ein | Tabletten auf mittags, abends und nachts stellen, Abendessen spätmittags vorbereiten und in den Kühlschrank stellen |

■ ■ Schwester Juchli empfiehlt

Diese Autorin steht synonym für die vielen Autor/innen und Texte zu Ganzheitlichkeit und zu den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). Obwohl es Unterschiede im Detail gibt, die durchaus Folgen haben, kann die Diskussion hier nicht nachgezeichnet werden. Vielmehr steht die Liste folgender ATL stellvertretend für Pflegeanamnesebögen mit einer solchen Ausrichtung.

Gewohnheiten, Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie Pflegebedarf und notwendige Hilfsmittel werden entlang der Aktivitäten des täglichen Lebens erhoben.

Ein Beispiel:

1. Wach sein und schlafen
2. Sich bewegen
3. Sich waschen und kleiden
4. Essen und trinken
5. Ausscheiden
6. Körpertemperatur regulieren
7. Atmen
8. Sich sicher fühlen und verhalten
9. Raum und Zeit gestalten – Arbeiten und Spielen
10. Kommunizieren
11. Kind, Frau, Mann sein
12. Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen

Praxistipp*

Das Abfragen der Unterstützungsbedarfe entlang der ATL mit »ja« und »nein« notieren, statt mit unklaren Differenzierungen, wie z. B. »etwas«, »ein bisschen« usw. Wenn Unterstützungsbedarf festgestellt wird, diesen genau beschreiben – inkl. der Dokumentation von Beratung und Anleitung. Bei elektronischen Dateien einen automatisierten Hinweis auf diese Ausführungen schalten.

Risiken hinsichtlich Sturz, Dekubitus, Schmerzen usw. erfassen (automatisierter Hinweis). Unterstützende Systeme zur Berechnung von Risiken ebenso nutzen wie Skalen zu deren genauen Dokumentation.

■ ■ Aufmerksamkeit auf Risiken und Mehrbedarf richten

Unabhängig von der Form des Assessments besteht die zentrale Aufgabe darin, die Risiken bei der Versorgung zu erkennen und auf die spezifischen Pflegebedürfnisse aufmerksam zu machen. Es ist wichtig, die Patienten mit besonderen Pflegeproblemen zu erkennen. Sie benötigen mehr Aufmerksamkeit und mehr Unterstützung.

Die ab 2012 in bestimmten Bereichen kenntlich zu machenden »Pflegekomplexmaßnahmen« können dabei hilfreich sein. Hier wird die zusätzlich benötigte Pflege bei der Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung und Bewegung ausgewiesen (► Abschn. 2.4).

Übung 1

Unser Pflegeanamnesebogen – Nehmen Sie sich Ihren Pflegeanamnesebogen einmal vor. Wer benutzt ihn am häufigsten? Leitung, Schüler, alle gleich? Wie sieht er aus: Übersichtlich oder eher zusammengestellt? Sind Patienten mit besonderem Pflegebedarf gut zu erkennen? Werden Risiken deutlich, die bei der Pflege zu beachten sind? Wie umfangreich ist er: Gut handhabbar oder mehrere Seiten lang? Wie ist er gegliedert? Welche Teile sind gut, welche weniger gut gelungen? Haben Sie Ideen für eine Überarbeitung? (Lösung: ► Abschn. 9.1)

■ Biografiearbeit

Bereits bei dem Hinweis auf die Anamnese-kategorien »Gewohnheiten, Möglichkeiten und Fähigkeiten«, die oben aufgeführt sind, geht es um biografische Daten. Als Regel für Art und Umfang der Biografiearbeit ist folgender Hinweis gedacht:

- **Die Lebensbereiche, die im Rahmen der geplanten Pflegeintervention oder Pflegehandlungen berührt werden, sollten in der Pflegeanamnese besprochen werden.**

Im Kapitel über den professionellen Umgang mit der Pflegedokumentation finden Sie weitere Hinweise und Übungen zum patienten- und lösungsorientierten Vorgehen bei der Informationssammlung (► Abschn. 3.3) und speziell zur Biografiearbeit (► Abschn. 3.4). Wer gerne mehr dazu lesen möchte, dem sei das Buch »Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege« von Specht-Tomann empfohlen [9].

2.1.3 Ärztliche Verordnungen

Für ärztliche Verordnungen gibt es Regeln. Hier werden die oben genannten Hinweise zur Pflegedokumentation des MDS und MDK Rheinland-Pfalz wiedergegeben. Darin heißt es:

- Ärztliche Anordnungen im Rahmen der Behandlungspflege erfolgen generell schriftlich. Hier geht der Medizinische Dienst von einer Mitdokumentation des Arztes in der Pflegedokumentation aus oder von einer Anordnung über Fax (Internet) bei Hausärzten.
- Mündliche oder telefonische ärztliche Anordnungen, die seitens des Arztes nicht sofort abgezeichnet werden, sind von der annehmenden Fachkraft mit Handzeichen

und Ansetzdatum zu dokumentieren. Die telefonische Anordnung durch die Ärztin/den Arzt ersetzt jedoch nicht die schriftliche Verordnung.

- Bei telefonischen Verordnungen wiederholt die Pflegefachperson das Gesagte am Telefon und lässt es sich genehmigen (Prinzip: Vorlesen und genehmigen lassen).
- Einrichtungsträger sollen mit allen an der Versorgung beteiligten Ärzten schriftlich vereinbaren, wie eine Delegation erfolgen soll.
- Zu dokumentieren sind der vollständige Medikamentenname, die Dosierung (wie viel und wann) sowie die Applikationsform.
- Bei der Bedarfsmedikation sind die genauen Angaben, Indikation, Einzel- und Tageshöchstdosis zu beachten.
- Hausärzte sollen bei Hausbesuchen die Pflegedokumentation einsehen und überprüfen.

Soweit die offiziellen Vorgaben. In der Praxis gibt es sehr große Unterschiede im Hinblick auf Ärztinnen und Ärzten, die mit dokumentieren oder Hausbesuche machen und dabei Pflegedokumentationen einsehen. In den offiziellen Empfehlungen ist zudem nicht reflektiert, dass verschreibungspflichtige Hilfsmittel von Pflegefachkräften ausgewählt und der Ärztin/dem Arzt empfohlen werden. Diese stellen daraufhin die Verschreibung aus und erheben Verschreibungsgebühren. Das ist eine sehr überholte Praxis, die in anderen Ländern besser geregelt ist. Dort ordern Pflegefachkräfte auch die notwendigen Hilfsmittel und ersparen sich und den Patienten zusätzliche Wege und Kosten. Hinzu kommen noch die Ergebnisse der Modellprojekte, bei denen der Einsatz von Pflegekräften im Rahmen von Hausarztbesuchen getestet wurde. Danach stehen Arbeitsteilung und Leistungsabrechnung neu zur Debatte.

Praxistipp*

Automatisierte Systeme sollten in der Lage sein, die mitgebrachte Hausmedikation auf die in der Einrichtung vorhandenen Medikamente umzurechnen (Dosis- und Wirkstoffumsetzung).

Eine elektronische Dokumentation der Medikation erhöht wesentlich die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Versorgungsqualität. Zur Medikationsdokumentation gehören auch Pharmachecks auf Allergien, Überdosierungen, Nebenwirkungen, Laborwerte und Diagnosen etc.

Wertteure Medikamente und Blutprodukte sollten ebenso dokumentiert werden, um eine finanzielle Sicherstellung zu gewährleisten.

2.1.4 **Zusätzliche Dokumente der Informationssammlung**

In der zu Beginn des Kapitels dargestellten Tabelle »Das gehört in eine Pflegedokumentation« sind mögliche zusätzliche Dokumente aufgelistet (■ Tab. 2.1). Schätzungsweise stündlich wird ein neues Formular erfunden. Das ist keine Vereinfachung mehr, sondern in den meisten Fällen Zusatzarbeit. Darum zeigt dieses Buch mehrheitlich Beispiele für die vorgeschriebenen Dokumente.

- **In diesem Buch erfolgt bewusst eine Konzentration auf die vorgeschriebenen Elemente der Pflegedokumentation, denn es geht um eine Reduzierung der Formulare und eine Verbesserung im Umgang mit diesen Kerndokumenten. Jede Erweiterung der genutzten Dokumente sollte begründet sein und die Arbeit tatsächlich erleichtern.**

Hinweise und Übungen zum Inhalt von Dokumentationen und zum Umgang mit ihnen sind auf die vorgeschriebenen und zusätzlichen Formulare anwendbar. Die Besonderheit mancher Formulare und der dahinter stehenden Verfahren, wie z. B. das Dementia Care Mapping, sind zu umfangreich für eine Kurzdarstellung, sollen aber ausdrücklich hier erwähnt werden.

2.2 Arbeitsschritt Pflegeplanung

Die größte Lücke in den angebotenen elektronischen Dokumentationsdateien bildet die Pflegeplanung. Hier bieten die meisten Programme nur leere Seiten unter der Überschrift »Pflegeplan« an. Die Praxis vermittelt den Eindruck, dass die Auszubildenden und Studierenden in der Pflege versierte Planerinnen und Planer sind. Dieses Phänomen ist auch aus der Lehrerausbildung bekannt. Minutiöse Stundenplanungen gibt es nur in Studium und Ausbildung. Zudem zeigt die Pflegepraxis, dass die »sonstigen Formulare«, wie z. B. Lagerungsplan und -protokoll oder Flüssigkeitsbilanz an die Stelle der Planung getreten sind. Wenn eine dreistündliche Umlagerung planmäßig erfolgt, wird unterstellt, dass ein Ziel, wie z. B. die Vermeidung eines Druckgeschwürs, mit dazu gedacht wird.

■ Pflegeplanung, Beobachtungsbögen und Protokolle

Es existiert eine ganz offensichtliche Widerspruch zwischen der in der Ausbildung vermittelten Pflege, mit der Pflegeplanung als Herzstück der Pflegedokumentation und der in der Praxis gelebten Pflege, bei der Protokolle und Beobachtungsbögen die Pflegeplanung ersetzen. Dazu im folgenden Kapitel mehr.

Praxistipp

- Nutzen Sie die SMART-Formel um Pflegeziele zu beschreiben (**s**pezifisch, **m**essbar, **a**kzeptabel, **r**ealistisch und **t**erminiert, ► Abschn. 3.5).
- Benennen Sie die zur Erreichung der Ziele getroffenen Maßnahmen und wie diese durchgeführt werden sollen.
- Verweisen Sie auf Skalen und Protokolle, in denen Durchführung und Ergebnisse festgehalten werden.
- Überprüfung und Anpassung der Ziele nach den Ergebnissen aus Skalen und Protokollen.
- Interprofessionelle Arbeitsabläufe optimieren und unnötiges Dokumentieren vermeiden. Statt »Blutabnahme« für den kommenden Tag als »ärztliche Verordnung« während der Visite zu dokumentieren, besser »Blutabnahme« direkt in die Laboranforderungsmaske eingeben.*

Es ist eine große Erleichterung, wenn die am häufigsten anvisierten Pflegeziele und durchgeführten Pflegemaßnahmen Ihres Teams bekannt und die dazu passenden Standards hinterlegt sind. Diese lassen sich leicht in die Dokumentation eingeben. Was aber viel wichtiger ist: Sie schaffen durch die Arbeitserleichterung Zeit, die für wirklich pflegeintensive und schwer kranken Patienten benötigt wird.

2.3 Arbeitsschritt Durchführung

Die Durchführung einzelner Pflegeetätigkeiten oder zusammenhängender Pflege- oder Versorgungsleistungen werden mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen in der Pflegedokumentation bestätigt. Bei vollständig EDV-gestützten Systemen

werden Zeit und Handzeichen automatisch eingesetzt, weil der Dokumentierende sich anmelden und einloggen muss.

Der MDK schreibt dazu, dass die Dokumentation bald nach der Durchführung erfolgen soll und Einzelleistungen dann innerhalb von Maßnahmenkomplexen abgezeichnet werden können, wenn sie tatsächlich und vollständig erbracht wurden.

In der Praxis finden sich oft lange Formulare, auf denen alle möglichen Pflegemaßnahmen aufgelistet sind. Nach langen Blättern oder Scrollen finden sich einzelne Eintragungen. Ein Zuschnitt auf die zu pflegende Person ist übersichtlicher und wird von guten elektronischen Dokumentationssystemen bereits gewährt.

Praxistipp*

- Dokumentation von Pflegemaßnahmen: Wenn z. B. die Medikamentengabe elektronisch bestätigt wird, muss in der Maßnahmendokumentation nicht noch »Patient hat Antibiose erhalten« notiert werden.
- Textbausteine für die Maßnahmendokumentation nutzen.

2.4 Arbeitsschritt Evaluation/ Pflegebericht

Bei der Evaluation werden keine täglichen Aufzeichnungen gemacht und keine Nachweise über erbrachte Leistungen ausgewiesen. Hier werden besondere Pflegeprobleme, der Verlauf der Pflege und das Befinden des Patienten dokumentiert. Pflegeprotokolle und Rückmeldungen des Patienten zur Pflege evaluieren die Pflege und bilden die Grundlage des Berichts.

Im Pflegebericht geht es um:

- Aktuelle Probleme am Tag der Entlassung oder Verlegung,
- die Evaluation der Pflege auf der Grundlage von Patientenrückmeldungen, Hinweisen von Angehörigen und Protokollen,
- Beobachtungen und Entwicklungen im Pflegeprozess, Abweichungen von Pflegestandards und deren Begründung,
- Reaktionen auf Pflege und Hilfsmittel, Medikamente sowie Therapien durch Physio- oder Ergotherapie.

Praxistipp*

Die Einrichtung verständigt sich darauf, statt eines Pflegeberichts eine berufsgruppenübergreifende Verlaufsdokumentation zu erstellen. Der Vorteil davon ist: Weniger Informationsverluste und Doppelbefragungen.

2.5 Dokumentation von Pflegekomplexmaßnahmen (PKMS)

Hochaufwändige Pflege, die stationär, aber nicht auf Intensivstationen geleistet wird, soll erfasst und dokumentiert werden. Der Pflegekomplexmaßnahmenscore löst den OPS 9-20 (Operationen- und Prozedurenschlüssel) aus und soll dadurch hochaufwändige Pflegeleistungen im G-DRG-System sichtbar machen. Werden vorgegebene Punkte erreicht, kann der OPS 9-20 kodiert und abgerechnet werden. Diese Nachweise sollen das Budget der Krankenhäuser erhöhen helfen.

Für Erwachsene ab 19 Jahre (PKMS-E), Kinder und Jugendliche ab 7 Jahre (PKMS-J), Kleinkinder ab 2 Jahre (PKMS-K) sowie für Frühgeborene, Säuglinge und Neuge-

borene bis zum Ende des 1. Lebensjahres (PKMS-F) werden Pflegekomplexmaßnahmen (PKM) beschrieben und nach Bewertungspunkten (Scores) gewichtet.

In den PKMS drückt sich der mindestens anfallende pflegerische Aufwand bei einer hochaufwändigen Pflege aus. Die Gründe für eine solche hochaufwändige Pflege sind in der Leistungsdokumentation möglichst genau zu erfassen und ggf. zu aktualisieren, um den Dokumentationsaufwand nicht unnötig zu erhöhen.

- Mindestens ein Pflegeproblem muss mit einer spezifischen Begründung als hochaufwändig nachgewiesen werden **und**
- die aufwändige Pflege muss nach definiertem Standard erfolgen und durch eine tägliche Leistungserfassung nachgewiesen werden.

Praxistipp[#]

Vorteile von PKMS sind:

- bildet Pflegeleistungen auf Pflegebedürftige bezogen ab,
- deckt weitgehend alle wesentlichen Aspekte der Pflege ab und ist relativ flexibel (jährliche Änderungsanträge zur Aktualisierungen und Korrektur fehlerhafter Entwicklungen),
- nimmt Bezug auf die European Nursing care Pathways (ENP),
- ermittelt die Pflegesituation der Patient/innen über vorgegebene Gründe,
- befördert das prozesshafte Denken in der Pflege (Warum und wozu tue ich etwas? Was bewirkt mein Tun?),
- legt dann die dazu passenden Maßnahmen fest und
- pflegebedürftige Menschen im Akutsetting bekommen dadurch eher die Pflege, die sie benötigen.

PKMS-Formulare definieren auf der einen Seite Pflegeprobleme und auf der anderen Seite Pflegeinterventionen. Für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche gibt es Punkte. Die Versorgungsbereiche werden in allgemeine und spezielle Pflegebereiche unterteilt.

Leistungsbereiche der **allgemeinen Pflege**, für die es Punkte gibt, sind:

- A. Körperpflege 3 Punkte,
- B. Ernährung 4 Punkte,
- C. Ausscheidung 2 Punkte,
- D. Bewegung, Lagern, Mobilisation und Sicherheit 3 Punkte,
- E. Kommunikation und Beschäftigung 1 Punkt.

Leistungsbereiche der **speziellen Pflege**, für die es Punkte gibt, sind:

- F. Kreislaufstabilisierung bei Hemi-, Para- oder Tetraplegie (nur bei PKMS-E) 2 Punkte,
- G. Wundmanagement 2 Punkte,
- H. Atmung 2 Punkte.

Die Dokumentation erfolgt in Schritten:

- In den genannten Bereichen wird der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Pflegeabhängigkeit geklärt. Beispiele: Der Patient kann sich nicht selbständig waschen, die Patientin ist nicht in der Lage, allein zu essen und zu trinken, der Patient muss mit Inkontinenzmaterialien versorgt werden, das Kind wird wegen seiner Immobilität häufig gelagert.
- Dann werden die Probleme nach den vorgegebenen Definitionen angegeben. Beispiel: Widerstände oder Schmerzen bei Körperpflege. Diese Gründe ordnen sich von 1 bis 12. G1 gibt Auskunft über qualitative Bewusstseinsveränderungen, die z. B. die Körperpflege schwer machen (Widerstand) oder G4 gibt Auskunft

über extreme Schmerzzustände oder Lebenskrisen (Körperpflege ist durch Schmerzen erschwert).

- Den Gründen ist jeweils eine Auswahl pflegerischer Interventionen zugeordnet. Aus dieser Auswahl muss eine Intervention erfüllt und dokumentiert werden, um die jeweiligen Punkte zu erreichen. Die Interventionen sind nach den Leistungsbereichen benannt und variieren in ihrer Anzahl. Beispielsweise verlangt der beschriebene Grund G4 »Extreme Schmerzzustände, die sich auf die Körperpflegeaktivitäten auswirken« u. a. die Intervention »Ganzkörperwaschung mit zwei Pflegepersonen pflegefachlich erforderlich«.
- Je nachdem welcher Grund vorliegt und welche der festgelegten Interventionen als Pflegemaßnahmen umgesetzt werden, müssen Maßnahmen unterschiedlich oft pro Tag durchgeführt werden, um den Punktwert zu erhalten.
- Im Verlauf der Versorgung ergibt sich aus der Summe der Punkte der entsprechende OPS-Kode (OPS 9-20 Hochaufwändige Pflege).

Praxistipp

- Ein Dokumentationssystem nutzen mit automatisierter Berechnung von PKMS-Scores und Ableitung von OPS-Ziffern.*
- Die OPS-Version 2017 gibt es kostenlos beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information [1].
- Praktische Anwendungsempfehlungen, zur Geschichte und Entwicklung PKMS sowie Antworten auf häufige Fragen finden sich auf der Webseite der Fachgesellschaft Profession Pflege [3].

Der Deutsche Pflegerat (DPR) hat sich bei der Entwicklung der PKMS eingebracht und seine Positionen gegenüber dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vertreten. Mit wenig Erfolg wie es scheint. Dazu Auszüge aus der Pressemitteilung des DPR vom 12.03.2014 [2]:

- » Eine Beteiligung an der weiteren Ausgestaltung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene wird seitens des Deutschen Pflegerates nicht mehr stattfinden. (...) Seit der Einführung des PKMS in 2010 hat sich der DPR mit Blick auf die Rückmeldungen aus der Praxis regelmäßig am Vorschlagsverfahren beteiligt, um die Anwenderfreundlichkeit des Instruments zu erhöhen und die methodischen Mängel zu korrigieren. Hierzu hat es mehrere Beratungstermine mit DIMDI und InEK gegeben. Nicht nachvollziehbar ist es daher, dass die Änderungsvorschläge des DPR keine nennenswerte Integration in die gebotene Weiterentwicklung des Instrumentes gefunden haben. (...) Durch diese Form der Beteiligung kann der DPR seine Verantwortung für die Weiterentwicklung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E) nicht mehr ausüben.

Offene Fragen aus der Praxis[#]

- Warum gibt es eine Initiative zur Digitalisierung des Pflegeprozesses (Projekt elektronische Patientenakte KH), die genau dem Denken des Pflegeprozesses entgegen orientiert: Pflegefachpersonen werden in der Software aufgefordert, zunächst die Maßnahmen zu bestimmen, die Gründe erscheinen dann automatisch?

- Warum gibt es noch nicht mehr Bachelorabsolvent/innen in leitenden Positionen in der direkten Pflege, die Pflegefachpersonen bei der PKMS-Dokumentation anleiten könnten?
- In der Pflegepraxis ist unklar, was eine PKMS-taugliche Pflegedokumentation ist. Warum werden die Gütekriterien der Krankenversicherungen nicht transparent gemacht und die Prüfkriterien der Medizinischen Dienste vereinheitlicht?
- Der PKMS wurde vom DPR initiiert, um dem Stellenabbau in der Pflege Einhalt zu gebieten. Viele Häuser sind aktuell in einer finanziellen Schräglage und haben Einstellungsstopps verhängt. Was geschieht mit den durch die PKMS generierten Erlösen?

Fazit

Pflegedokumentation wird leichter und effektiver, wenn

- v. a. die vorgeschriebenen Formulare genutzt und nur wenige Zusatzformulare eingesetzt werden,
- die Pflegeanamnese besondere Aufmerksamkeit auf Risiken legt und eine darauf spezifisch ausgerichtete Pflege geplant wird,
- Pflegeziele knapp formuliert sind und die Wirkung der Pflege im Hinblick auf diese Ziele eingeschätzt wird,
- Pflegetätigkeiten nach vereinbarten Standards eingeübt und durchgeführt werden, um Leistungen im Komplex nachweisen zu können,
- der Pflegebericht die weitere Versorgung sicherstellt,
- durch Schulungen und Pflegevisiten die Leistungen eines Teams unterstützt werden.

Literatur

1. DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016) Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zum OPS 2017. www.dimdi.de/static/de/klasi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2017/zusatz-09-anh-pflege-scores-pkms.htm (Zugriff: 06.12.2016)
2. DPR – Deutscher Pflegerat e.V. (2014) Pressemitteilung PKMS. www.deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/716.php (Zugriff: 09.12.2016)
3. Fachgesellschaft Profession Pflege (2016) FAQ zu PKMS. www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/FAQ_PKMS_2016.pdf (Zugriff: 09.12.2016)
4. Fiechter V, Meier M (1981) Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Recon, Basel
5. Gordon M (1987) Nursing Diagnosis. Process and Application. 2nd ed. McGraw-Hill, New York, USA
6. Landesverbände der Pflegekassen Rheinland-Pfalz, MDK Rheinland-Pfalz, Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG Rheinland-Pfalz (2010) Merkblatt zur Pflegedokumentation. www.skm-bistum-trier.cms.rdts.de/upload/dokumente/10311.pdf (Zugriff: 05.12.2016)
7. Mahlberg-Breuer A, Mybes U (2007): Pflegedokumentation stationär. Ein Handbuch für die Pflegeleitung. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, www.bmbfsj.de
8. MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2005) Grundsatz Stellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatz-stellungnahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf
9. Specht-Tomann M (2010) Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege. Springer, Heidelberg
10. WHO – World Health Organisation (1986) www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 (Zugriff: 05.12.2016)

Schreib's auf! - Besser dokumentieren in
Gesundheitsberufen

Kollak, I.

2017, XVI, 168 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-53564-6