

ReduDok

(Reduzierung der Dokumentation)

Ein Münchner Projekt

Gliederung

1. Anlass des Projektes	S.3
2. Projektziele	S.3
3. Grundlegendes	S.3
3.1. Was ist ReduDok?	S.3
3.2. Ausgangsthesen von ReduDok	S.4
3.3. Wichtiger Hinweis	S.4
4. Projektaufbau und –verlauf	S.4
4.1. Methodischer Aufbau	S.4
4.2. Teilnehmende Einrichtungen/Institutionen	S.5
4.3. Konkreter Projektverlauf	S.6
5. Die ReduDok-Vereinbarung	S.7
5.1. Grundstruktur	S.7
5.2. Vereinbarungen zur Grundstruktur	S.7
5.3. Zusätzliche Aspekte der ReduDok-Vereinbarung	S.8
5.3.1. Leistungsnachweise	S.8
5.3.2. Assessmentskalen, „Listen“ und sonstige Formulare	S.8
5.3.3. Zeitinveralle	S.8
5.3.4. Pflegeplanung	S.8
5.3.5. Risikomanagement	S.9
5.3.6. Soziale Betreuung	S.9
5.3.7. Umgang mit vorhandenen Strukturen	S.9
6. Beurteilung und Erfahrungen	S.10
6.1. Ordnungsrechtliche Einschätzung durch die Münchner Heimaufsicht	S.10
6.1.1. ReduDok und der allgemein anerkannte Stand der Pflege	S.11
6.1.2. ReduDok und Pflegeplanung	S.11
6.1.3. ReduDok und ordnungsgemäße Buch- und Aktenführung	S.12
6.2. Eindrücke und Beurteilungen weiterer Vereinbarungen	S.12
6.2.1. Pflegecharta	S.12
6.2.2. Der BioNesePlan	S.14
6.2.3. Umgang mit Leistungsnachweisen	S.22
7. Evaluation	S.23
7.1. Positive Effekte	S.23
7.1.1. Steigerung von Professionalität	S.24
7.1.2. Zeitersparnis	S.24
7.1.3. Auswirkungen auf Arbeit und Teams	S.24
7.1.4. Verbesserte Information	S.25
7.1.5. Qualitätsverbesserung	S.25
7.2. Kritische Rückmeldungen	S.26
7.3. Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege	S.27
8. Fazit	S.28
9. Übersicht der Anlagen	S.30

Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in vorliegendem Projektbericht auf geschlechtsspezifische Differenzierungen verzichtet.

Die zuständige Aufsichtsbehörde (Heimaufsicht) nennt sich in Bayern, nach einer Vorgabe des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, seit 2009 Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA). Der Bekanntheitsgrad der FQA ist in München im Wesentlichen durch den Begriff „Heimaufsicht“ geprägt. Daher findet in vorliegendem Projektbericht primär der Ausdruck Heimaufsicht Verwendung.

1. Anlass des Projektes

Seit Jahren ist ein kontinuierlicher Anstieg des bürokratischen Aufwands in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe zu beobachten. Heutzutage sind 30- bis 40-seitige Pflegeplanungen pro Bewohner keine Seltenheit. Hinzukommen unzählige Risikoformulare, Biografieblätter, Nachweislisten, Tagesstrukturpläne, Assessmentskalen etc.

Pflegedokumentationssysteme dienen grundsätzlich der Informationsweitergabe sowie der Steuerung des pflegerischen Handelns in einer Einrichtung. Sie sind Teil des internen Kommunikationsgeschehens. Darüber hinaus erfüllen sie eine Reihe weiterer Anforderungen (Nachweisfunktion, Qualitätsmessfunktion). Hieraus haben sich in den letzten Jahren eine Reihe von Anspruchsgruppen gebildet, die einen mehr oder weniger starken Einfluss auf die Inhalte der Pflegedokumentation ausüben: Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der Heimaufsicht, Leitungspersonal, Auditoren, Angehörige, Pflege- und Krankenkassen, Ärzte, Qualitätsmanager etc. Das Dilemma dabei ist, dass die jeweiligen Anforderungen häufig mit unterschiedlichen Aussagen über die Art und Weise, wie dokumentiert werden sollte, einhergehen. Darüber hinaus haben Haftungsängste sowie die fehlende Wertschätzung des qualifizierten Urteils einer Pflegefachkraft einen bürokratischen Teufelskreis erzeugt. ReduDok möchte einen Beitrag zur Veränderung dieser Entwicklung leisten.

2. Projektziele

Das Projekt ReduDok verfolgte eine Reihe von Zielen:

- Die Optimierung und Qualitätssteigerung im Umgang mit vorhandenen Pflegedokumentationssystemen.
- Die Verdeutlichung des Zusammenhangs von Kommunikation und Pflegedokumentation.
- Die Vermeidung sinnloser Bürokratien.
- Die Erhöhung des Stellenwerts der qualifizierten Einschätzung der Pflegenden.
- Die Abstimmung der Anforderungen an die Pflegedokumentation zwischen der Münchner Heimaufsicht sowie dem MDK Bayern.
- Die kritische Reflexion des Prüfverfahrens der Prüfinstanzen.
- Die Thematisierung von Mythen (z.B. „Was nicht geschrieben steht, ist nicht gemacht“, „Wir stehen mit einem Bein im Gefängnis“ etc.).

3. Grundlegendes

3.1 Was ist ReduDok?

ReduDok ist als ein partizipatives Verfahren zu verstehen, mit dem eine kritische Analyse der Pflegedokumentation möglich ist. Das Verfahren wurde in fünf Münchner Einrichtungen der stationären Altenhilfe erprobt. Dabei

- berücksichtigte ReduDok die Kommunikationsstrukturen der beteiligten Einrichtungen,
- berücksichtigte ReduDok maßgeblich die Erwartungen der Pflegenden an Pflegedokumentationssysteme (Partizipation),
- analysierte ReduDok die Konzepte des Risikomanagements der am Projekt beteiligten Einrichtungen und
- hinterfragte ReduDok die Qualität von Leistungsnachweissystemen der beteiligten Einrichtungen.

3.2 Ausgangsthesen von ReduDok

Folgende Annahmen lagen dem Projekt ReduDok zu Grunde:

- **Pflegedokumentation gehört zur Pflegearbeit:** Das Führen der Pflegedokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Arbeit.
- **Pflegedokumentation ist Kommunikation:** Die Pflegedokumentation ist Bestandteil interner Kommunikation einer Einrichtung.
- **Die Komplexität von Pflege ist begrenzt abbildbar:** Nicht jede Information über das pflegerische Handeln oder das Leben der Bewohner kann und muss schriftlich festgehalten werden.
- **Die Gesamtschau zählt:** Die Beurteilung von Pflegequalität generiert sich aus der Gesamtbetrachtung verschiedener Informationsebenen (Aussagen, Gesprächen und Fallbesprechungen, tatsächliche Situation des Bewohners in seinem Lebensumfeld, Dokumentation, Auswertung von Daten).
- **Die Begründung steht im Vordergrund:** Die internen Expertengruppen (Pflegerinnen) müssen begründen können, was an „guter Pflegedokumentation“ benötigt wird. Die primäre Fokussierung externer Anforderungen bezüglich der Inhalte der Pflegedokumentation ist zu vermeiden.

3.3 Wichtiger Hinweis

In vorliegendem Projektbericht werden keine Musterbeispiele oder Formulierungshilfen benannt oder vorgestellt. Es wird lediglich eine durch alle Projektteilnehmer gemeinsam entwickelte Grundstruktur einer Pflegedokumentationssystematik vorgestellt sowie das Verfahren der Implementierung und Umsetzung beschrieben, das mit einer Reihe von Vereinbarungen verbunden war. Ansatzweise sind Auszüge beispielhafter Umsetzungen beigelegt. Das Ergebnis von ReduDok ist KEINE Mustersystematik.

Im Projektverlauf mehrten sich die Anfragen interessierter Personen nach Musterbeispielen. Musterdokumentationssysteme/-beispiele widersprechen dem Ansatz von ReduDok. Sie erzeugen reduzierte Abbilder von komplexen Versorgungssituationen. Dabei fehlt die Rekonstruktion des gesamten Geschehens, in denen die pflegerische Leistung erbracht wird. Ein abschließendes Bild der Versorgung wird nicht durch die Art und Weise der Pflegedokumentation erzeugt, sondern durch die Analyse der Organisation der pflegerischen Dienstleistung sowie der zugehörigen Kommunikationsstruktur einer Einrichtung.

4. Projektaufbau und –verlauf

4.1 Methodischer Aufbau

Die Fachwelt ist sich darüber einig, dass die Anwendung der Pflegedokumentation primär einem intraprofessionellen Zweck folgt, d.h. als Instrument der Informationsweitergabe und der (internen) Qualitätssicherung zu verstehen ist¹. Diese grundlegende Bedeutung stellte den Ausgangspunkt des Projektes ReduDok dar.

In einem ersten Schritt galt es die Vorstellungen der Pflegenden bezüglich Informationsweitergabe und Qualitätssicherung zu eruieren. Der Schwerpunkt der Analyse lag zunächst auf dem Bereich der Pflegedokumentation. Hierfür wurden eine Reihe von Workshops, unter Moderation der Münchner Heimaufsicht, durchgeführt. Die Ergebnisse der Workshops mündeten in der Erstellung

1 vgl. Köther (Hrsg.) (2007), Bartholomeyczik (2004); Höhmann, Weinrich, Gätschenberger (1997) etc.

einer Grundstruktur für eine Pflegedokumentationssystematik.

Nach erfolgter Implementierung der Grundstruktur in den fünf Projekteinrichtungen erfolgte ein Abgleich mit den gesetzlichen Anforderungen, die vor allem im Kontext der Prüfungen von Heimaufsicht und MDK gestellt werden. Parallel hierzu fand eine Analyse der Kommunikationsstrukturen der Projekteinrichtungen statt. Hieraus wurden Empfehlungen abgeleitet, die zu einer verbesserten Vernetzung der Pflegedokumentation mit den allgemeinen Kommunikationsstrukturen der Einrichtungen führten. In der Folge konnten eine Reihe unnötiger Bürokratismen reduziert werden.

4.2 Teilnehmende Einrichtungen/Institutionen

Anfang 2011 kam es zu einem ersten Vorprojekt mit dem Münchner Altenheim Marienstift. Die hierbei gemachten Erfahrungen konnten gewinnbringend für das Projekt ReduDok eingesetzt werden, an dem das Altenheim Marienstift maßgeblich mit beteiligt war.

Die am Projekt ReduDok beteiligten Einrichtungen mussten per Losverfahren ermittelt werden, nachdem insgesamt 25 stationäre Einrichtungen in München ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärt hatten. Die teilnehmenden Einrichtungen waren:

- Damenstift, Parzivalstraße 63, 80804 München
- Haus Alt-Lehel (Bayerisches Rotes Kreuz), Christophstraße 12, 80538 München
- Haus der Arbeiterwohlfahrt, Gravelottstraße 6-8, 81667 München
- Marienstift, Klugstraße 144, 806737 München
- Residenza Seniorenzentrum GmbH, Murnauerstraße 267, 81379 München

Die Projektleitung übernahm die Münchner Heimaufsicht.

Die wissenschaftliche Begleitforschung wurde durch die Katholische Stiftungsfachhochschule (KSFH) München durchgeführt. Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung war einerseits eine wissenschaftliche Beratung des Projektes sowie eine Beurteilung der Wirksamkeit der entwickelten Intervention („ReduDok-Vereinbarung“; s.u.).

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern war Kooperationspartner und intensiv an den entwickelten Ergebnissen beteiligt. Der MDK Bayern übernahm im Vorfeld des Projektstarts die Einbindung/Information der bayerischen Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen.

Des Weiteren waren das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS), insbesondere das Referat Pflege und Pflegeversicherung, kontinuierlich mit in den Projektprozess eingebunden, die Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege mit Sitz im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin sowie die Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern.

Vor Beginn des Projektes war davon auszugehen, dass die Auswirkungen des Projektes intensiven Einfluss auf die Gestaltung der individuellen Pflegedokumentation ausüben werden. Daher wurden die hiervon betroffenen Bewohnern um ihr Einverständnis gebeten (siehe Anlage 9).

4.3 Konkreter Projektverlauf

Am 20.10.2011 fand der erste Workshop im Kreisverwaltungsreferat der Landeshauptstadt München, in der Form einer Zukunftswerkstatt, statt. Moderiert wurde das Treffen durch die Münchner Heimaufsicht.

Die eingeladenen Mitarbeiter der Einrichtungen, im Weiteren auch als interne Experten benannt, waren angehalten zu beschreiben, was im Zuge der Informationsweitergabe und Qualitätssicherung an Pflegedokumentation tatsächlich benötigt wird. Dabei waren die internen Experten angehalten ihre Vorstellungen an eine „gute Pflegedokumentation“ fachlich begründet vorzubringen. Folgende „interne Expertengruppen“ fanden sich in Arbeitsgruppen zusammen und bildeten den Ausgang der Bedarfsanalyse:

- Pflegefachkräfte
- Wohnbereichs- /Stationsleitungen
- Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen

Im Zentrum stand der Gedanke eines „weißen Blattes“. In Arbeitsgruppen wurden alle gängigen und bekannten Instrumente bezüglich ihrer Notwendigkeit diskutiert und hinterfragt. Am Ende der Zukunftswerkstatt fand eine Zusammenführung der Ergebnisse der drei Expertengruppen statt. Aus der Zusammenführung der Ergebnisse wurde in drei weiteren Workshops, unter Einbindung aller Projektteilnehmer, eine Grundstruktur entwickelt, die im Zeitraum vom 15.05.2012 bis 15.05.2013 in jeweils einem Wohnbereich der teilnehmenden Einrichtungen zur Anwendung kam (Größenordnung ca. 20-35 Bewohnerinnen und Bewohner). Im Juli 2012 war die strukturelle Umstellung auf die vereinbarte Grundstruktur in den teilnehmenden Wohnbereichen abgeschlossen.

Die offenen Fragen bezüglich der konkreten Anwendung (Umgang mit Risiken, konkrete Darstellung bestimmter Pflegephänomene, Struktur der Pflegeplanung etc.) wurden in regelmäßig stattfindenden Workshops besprochen (alle zwei Monate). Hier wurden konkrete Vereinbarungen bezüglich der weiteren Umsetzung getroffen, da vor Projektbeginn nicht jede Detailfrage geklärt werden konnte. Im Folgenden wird die Gesamtheit der getroffenen Vereinbarungen zwischen den Projektteilnehmern sowie die entwickelte Grundstruktur als „ReduDok-Vereinbarung“ bezeichnet (s.u.).

Vor der Umstellung fanden separate Einführungsveranstaltungen in jeder Einrichtung statt. Die Moderation übernahmen die Münchner Heimaufsicht sowie der MDK Bayern. Ein Ziel der Einführung war die Information aller Mitarbeiter der am Projekt beteiligten Wohnbereiche über die Inhalte und Vereinbarungen des Projektes. Gerade die Schaffung eines „geschützten Rahmens“ durch Beteiligung von Heimaufsicht und MDK galt als essentieller Bestandteil des Projektes ReduDok.

Im Projektverlauf fanden 11 gemeinsame Workshops mit allen Projektbeteiligten statt. Darüber hinaus gab es 22 Beratungstermine in den Projekteinrichtungen. Hierfür standen immer jeweils ein Mitarbeiter der Heimaufsicht München sowie des MDK Bayern zur Verfügung

5. Die ReduDok-Vereinbarung

5.1 Grundstruktur

Als wichtigster Bestandteil der ReduDok-Vereinbarung ist die Grundstruktur zu sehen. Sie wurde maßgeblich im ersten Workshop (Zukunftswerkstatt) entwickelt, bildete den Ausgang für die Pflegedokumentationssystematik und umfasst folgende Bausteine:

- Stammblatt
- Anamnestisch-biografische Informationen inklusive wesentliche Maßnahmen
- Medizinisch-pflegerische Bereiche
- Pflegebericht
- Evaluation

5.2 Vereinbarungen zur Grundstruktur

Die Anwendung der Grundstruktur sowie der zugehörigen Pflegedokumentationssystematik sollte mit einem vier-stufigen-Pflegeprozessmodell in Einklang stehen.

Die Vereinbarungen zum Stammblatt unterlagen keiner konkreten Form. Gängige Inhalte wurden als angemessen bewertet.

Der Komplex „Anamnestisch-biografische Informationen inklusive wesentliche Maßnahmen“ wurde zusammengefasst und für den Projektverlauf als BioNese bzw. BioNesePlan bezeichnet. Als Grundlage für die BioNese bzw. den BioNesePlan fungierte in vier Einrichtungen die Charta der Rechte hilfebedürftiger- und pflegebedürftiger Menschen, auch bekannt als Pflegecharta². Im Altenheim Marienstift kam als Grundlage ein selbst entwickeltes acht-stufiges Modell zur Anwendung.

Artikel der Pflegecharta	
Artikel 1	Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe
Artikel 2	Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
Artikel 3	Privatheit
Artikel 4	Pflege, Betreuung und Behandlung
Artikel 5	Information, Beratung und Aufklärung
Artikel 6	Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft
Artikel 7	Religion, Kultur und Weltanschauung
Artikel 8	Palliative Begleitung

Der Komplex Medizinisch-pflegerische Bereiche umfasste die Themen Medikamente, Kommunikation mit dem Arzt sowie den Bereich Behandlungspflege.

Die Vereinbarungen zur Form des Pflegeberichts entsprachen der allgemein vorhandenen Praxis. Vereinbart wurde jedoch eine Aufwertung des Pflegeberichts. Aspekte mit hohem Informationsgehalt sollten mittels eines „gut“ geführten Pflegeberichts dargestellt werden, so die

2 vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005); siehe auch www.pflegecharta.de

ReduDok-Vereinbarung (z.B. Wunddokumentation, Einschätzungen aus dem Bereich soziale Betreuung, Informationen über Gespräche mit Angehörigen, Betreuern und sonstigen Personen etc.).

Als weitere Vereinbarungen einigten sich die Projektteilnehmer auf die Durchführung von Evaluationen, z.B. in der Form von Pflegevisiten oder Fallbesprechungen. Die diesbezügliche Essenz fand Eingang in die Pflegedokumentation, z.B. integriert in den „Pflegebericht“, als gekennzeichnete Überarbeitung des „BioNesePlans“ oder als separates Protokoll (in der Form einer Pflegevisite). Dabei sollte die Anzahl der zur Anwendung kommenden Formulare für die Evaluation nicht mehr als 1-2 Seiten umfassen und nicht im Sinne einer umfangreichen Checkliste aufgebaut sein.

5.3 Zusätzliche Aspekte der ReduDok-Vereinbarung

5.3.1 Leistungsnachweise

Für den Themenkomplex Leistungsnachweise gab es keine konkrete Vorgabe. Zu Projektbeginn wurde sogar auf konkrete Leistungsnachweise im Sinne von Handzeichenlisten o.Ä. verzichtet. Eine diesbezügliche Erläuterung und welche sinnvollen Aspekte zum Thema Nachweis in den Projektverlauf integriert wurden, findet sich im Kapitel 6.2.3 (Umgang mit Leistungsnachweisen).

5.3.2 Assessmentskalen, „Listen“ und sonstige Formulare

Das Instrument Tages- und Nachtstruktur war nicht Bestandteil der ReduDok-Vereinbarung. Separate Wunddokumentationsformulare, Risikoerfassungsbögen, Assessmentskalen oder Biografiebögen waren ebenfalls nicht Teil der ReduDok-Vereinbarung. Sie kamen im Projektverlauf nicht zur Anwendung.

Sonstige auf Dauer angelegte Listen und Formulare wie z.B. zur Erfassung der Flüssigkeitsaufnahme, der Bewegungs- oder Ernährungssituation wurden, entsprechend der Vereinbarung, nicht als notwendig erachtet. In wenigen Einzelfällen erwiesen sie sich als sinnvolles Instrument (z.B. Flüssigkeitsprotokoll für 3-5 Tage). Grundsätzlich, so die Vereinbarung, sollte darauf verzichtet werden.

5.3.3 Zeitintervalle

Es gab keine konkrete Vereinbarung bestimmter Zeitintervalle, d.h. ab wann z.B. ein BioNesePlan erstellt sein muss, wie häufig bestimmte Einträge zu erfolgen oder welchem Turnus Evaluationen zu folgen haben.

5.3.4 Pflegeplanung

Die „klassische“ Pflegeplanung der Schrittfolge „Problem-Ressource-Ziel-Maßnahme“ war nicht Bestandteil der ReduDok-Vereinbarung. Des Weiteren fand keine Trennung in die einzelnen Dokumentationsinstrumente Anamnese, Planung, Biografie, Tagesstruktur und Maßnahmenplan statt. Es wurde eine zusammenhängende Darstellung, in der Form eines einzelnen Instruments („BioNesePlan“), vereinbart. Im Fokus stand eine handlungsleitende Anamnese („Nese“), in der wichtige biografische Aspekte aufgenommen werden können („Bio“) sowie die wichtigsten pflegerischen Maßnahmen integriert sind („Plan“). Eine konkrete Strukturvorgabe des BioNesePlans war nicht Teil der ReduDok-Vereinbarung (z.B. im Sinne einer Matrix).

5.3.5 Risikomanagement

Es wurde vereinbart, wesentliche Inhalte des Risikomanagements der jeweiligen Einrichtungen in den BioNesePlan zu integrieren. Für den Projektverlauf galt,

- dass der Umgang mit Risiken primär die Themen Ernährung, Schmerz, Wunden/Dekubitus, Inkontinenz, Sturz, Kontrakturen umfassen kann
- dass die Risiken auf Basis qualifizierter Einschätzungen mittels des BioNesePlans abgebildet werden
- dass primär Einträge über vorhandene Risiken erfolgen. Wo kein Risiko vorliegt, muss kein Eintrag erfolgen. Bei komplexen Zusammenhängen ist ein Eintrag in der Form „es liegt kein Risiko vor“ denkbar.

Als Grundlage für den möglichen Umgang mit den definierten Risikothemen wurde folgendes Schema vereinbart:

- Sturzrisiko: abzubilden mittels BioNesePlan
- Schmerz: abzubilden mittels Kommunikation mit dem Arzt, BioNesePlan, Pflegebericht
- Ernährung: abzubilden mittels BioNesePlan
- Exsikkose: abzubilden mittels Kommunikation mit dem Arzt, BioNesePlan, Pflegebericht
- Dekubitus/Wunden: ärztliche Anordnung, BioNesePlan, Verlauf
- Kontrakturen: abzubilden mittels BioNesePlan

Mittels regelmäßig stattfindender Evaluation erfolgte eine kontinuierliche Beurteilung der Risikosituation. Grundlage hierfür war das fachliche Urteil von Fachkräften sowie durchgeführte Fallbesprechungen. Weitere individuelle Risiken waren nicht ausgeschlossen.

5.3.6 Soziale Betreuung

Folgende Vereinbarungen wurden zum Thema soziale Betreuung getroffen:

Es soll kein separates (Dokumentations)System für den Bereich soziale Betreuung geben. Die Mitarbeiter des Bereichs soziale Betreuung werden durch Fallbesprechungen und entsprechende Kommunikationsprozesse eingebunden. Notwendige Einträge des Bereichs „Soziale Betreuung“ erfolgen mittels des BioNesePlans bzw. durch zusammenfassende Einschätzungen im Pflegebericht. Separate Nachweislisten über einzelne Betreuungsangebote werden als unnötig deklariert.

5.3.7 Umgang mit vorhandenen Strukturen

Bezüglich der konkreten Darstellung und Gestaltung der ReduDok-Vereinbarung gab es in den Projekteinrichtungen deutliche Unterschiede. In zwei Einrichtungen kam eine rein EDV-gestützte Umsetzung zur Anwendung. Zwei Einrichtungen agierten mit einer Mischung aus EDV-gestützter und händischer Dokumentation und in der fünften Einrichtung kam eine rein händische Dokumentation zum Einsatz. Dies stellte für den Projektverlauf, bei hinreichender Flexibilität des im Vorfeld vorhandenen Systems, grundsätzlich kein Hindernis zur Umsetzung der ReduDok-Vereinbarung dar.

6. Beurteilungen und Erfahrungen

6.1 Ordnungsrechtliche Einschätzung

Im Folgenden findet eine ordnungsrechtliche Bewertung der Münchner Heimaufsicht zu einigen wichtigen Bestandteilen der ReduDok-Vereinbarung statt. Grundlage hierfür sind die Anforderungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) bezüglich der Pflegedokumentation.

Grundsätzlich kann auf die Stellungnahme der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern zum Projekt ReduDok verwiesen werden (siehe Anlage 1)³. In der Stellungnahme bestätigt die Regierung von Oberbayern, dass die ReduDok-Vereinbarung sowie deren Umsetzung den gesetzlichen Anforderungen des PfleWoqG entspricht.

6.1.1 ReduDok und der allgemein anerkannte Stand der pflegerischen Erkenntnisse

Gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PfleWoqG hat der Träger und die Leitung einer Einrichtung sicher zu stellen, dass die Leistungen jeweils nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse erbracht werden.

Einschätzung: Die Anforderung zielt primär auf die Erbringung der Leistungen ab, nicht auf die Darstellung oder den Nachweis des Leistungsgeschehens.

In Bezug auf die qualifizierte Einschätzung von Themen mit Risikopotential (z.B. Sturzgefahr) liegt jedoch eine Verbindung der beiden Aspekte vor. Diesbezüglich finden sich in der „Pflegeszene“ zwei Auffassungen, was den Vollzug der Anforderung des Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PfleWoqG bezüglich qualifizierter Einschätzungen erschwert. Zunächst gibt es die Auffassung, dass der Nachweis einer qualifizierten Einschätzung schriftlich zu erfolgen hat, auch wenn kein Risiko für den Bewohner vorliegt. Eine gegensätzliche Position vertritt die Auffassung, dass der Nachweis der Einschätzung bei fehlendem Risiko nicht zu erfolgen hat. Die Umsetzung der unbestimmten Norm des Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PfleWoqG wird an dieser Stelle „vage“, da sich der allgemein anerkannte Stand nicht abschließend konkretisieren lässt.

Zur abschließenden Beurteilung im Kontext von ReduDok sind folgende Aspekte maßgeblich: Als anerkannter Stand im Sinne des Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PfleWoqG gelten u.A. die Standards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)⁴. Die in diesen Standards formulierten Instruktionen haben laut Kommentar zum PfleWoqG einen Empfehlungscharakter und sind daher als fachliche Expertise zu betrachten, nicht als konkrete Vorgabe, deren Umsetzung „eins-zu-eins“ statt zu finden hat. Somit leitet sich aus dem Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PfleWoqG kein konkretes Formularwesen ab. Die oberste bayerische Aufsichtsbehörde, das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, schreibt in einer Mitteilung vom 10.05.2013 an die bayerischen Heimaufsichtsbehörden auf kommunaler Ebene sogar, dass auf die Prüfung und Einforderung von Handzeichenlisten, Leistungsnachweisen und Assessmentskalen grundsätzlich zu verzichten ist; ggf. erforderliche Protokolle im Sinne der Expertenstandards sind hiervon nicht erfasst. Für den Umgang mit der vorher formulierten Problematik zeigt sich, dass der Nachweis der qualifizierten Einschätzung bei Abwesenheit von Risiken nicht erfolgen muss. Eine separate Beurteilung bezüglich der Nichtanwendung von Assessmentskalen im Projektverlauf erübrigt sich an dieser Stelle.

³ Die Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern ist die zuständige Fach- und Rechtsaufsicht der Heimaufsicht der Landeshauptstadt München.

⁴ vgl. Burmeister/Gaßner/König/Müller (2009): Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – Kommentar.

Die Neuauflagen und Überarbeitungen der Standards des DNQP verweisen ebenfalls darauf, dass das qualifizierte Urteil der Pflegefachkraft zunehmend im Vordergrund steht. Einschätzungen und Assessments werden auf Basis von Fachwissen durchgeführt (vgl. z.B. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege / 1. Aktualisierung 2010).

Die ReduDok-Vereinbarung fokussierte genau diesen Grundgedanken: Die qualifizierte Einschätzung des Pflegefachpersonals bildet die Grundlage für die zu tätigenden Einträge in die Pflegedokumentation.

Darüber hinaus kam es zu einer Aufwertung von Kommunikation im Allgemeinen, indem vermehrt Fallbesprechungen sowie strukturierte Evaluationen zum Einsatz kamen. Als Konsequenz hieraus konnte auf bestimmte Instrumente und Formulare verzichtet werden. Die geplante und nachvollziehbare Gestaltung der Kommunikation innerhalb der Projekteinrichtungen wurde zum Ersatz einer Reihe von (schriftlichen) Instrumenten.

Fazit: Die ReduDok-Vereinbarung steht nicht im Widerspruch zur Anforderung des Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PflWoqG. Im Gegenteil, die Anwendung qualifizierter Einschätzungen spiegelt aktuelle Debatten zum Thema Assessmentskalen wider, in denen eine Abkehr von Assessmentskalen erkennbar ist. Die ReduDok-Vereinbarung ist als allgemein anerkannte Position zu bewerten.

6.1.2 ReduDok und Pflegeplanung

Gemäß Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 PflWoqG hat der Träger und die Leitung einer Einrichtung sicher zu stellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzungen aufgezeichnet werden.

Einschätzung: Bereits im Heimgesetz, das in Bayern durch das PflWoqG zum 01.08.2008 abgelöst wurde, war diese Forderung benannt. Gemäß Kommentar zum Heimgesetz verfolgte diese Forderung zwei Zielrichtungen: Die Erleichterung der ordnungsgemäßen Kontrolle der Pflege sowie die Sicherung der gesundheitlichen Betreuung⁵. Eine explizite inhaltliche Konkretisierung, was als Pflegeplanung zu verstehen ist, wurde durch das Heimgesetz nicht vorgenommen.

Auch das PflWoqG trifft keine konkrete Festlegung über die Inhalte und den Aufbau einer Pflegeplanung. Es gibt letztlich keine ordnungsrechtliche Legaldefinition. Im Kommentar zum PflWoqG wird darauf verwiesen, dass das zentrale Merkmal der Forderung des Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 PflWoqG individuelle Planungsschritte sind, die einem sich stets wiederholenden Zyklus folgen sollen. Hierzu gehören die Sammlung von Informationen, die Festlegung des Pflege- und Betreuungsbedarfs sowie der möglichen Ressourcen und vor allem die Evaluation der erbrachten Leistungen. Für Letzteres sind Pflegevisiten und Fallbesprechungen denkbar⁶.

Als entscheidend ist die logisch nachvollziehbare Vorgehensweise anzusehen. In Verbindung mit der Anforderung des Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PflWoqG, das heißt der Forderung nach Einhaltung des allgemein anerkannten Stands, dient der kybernetische Regelkreislauf als Orientierung für eine logische Vorgehensweise, der auch laut pflegerischer Standardwerke die Grundlage des Pflegeprozesses ist⁷.

Gestärkt wird die ordnungsrechtliche Offenheit der Anforderung an die Pflegeplanung durch die Änderung des PflWoqG (zum 01.07.2013), die sogar eine direkte Erleichterung im Umgang mit der unbestimmten Norm des Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 PflWoqG anbietet. So heißt es im Gesetzentwurf zur Änderung des PflWoqG: *Der Träger und die Leitung haben sicherzustellen, dass der an der Person des Pflegebedürftigen orientierte Pflegeprozess umgesetzt und dessen Verlauf*

5 vgl. Kunz/Butz/Wiedemann (2003): Heimgesetz – Kommentar.

6 vgl. Burmeister/Gaßner/König/Müller (2009): Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – Kommentar.

7 vgl. Köther (Hrsg.) (2011): Altenpflege

aufgezeichnet wird⁸. Der Pflegeprozess beschreibt Pflege dabei als dynamischen Problemlösungs- und Beziehungsprozess⁹ - nicht als Dokumentationsmodell.

Fazit: Die ReduDok-Vereinbarung erfüllt die gesetzliche Anforderung des Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 PflWoqG. Individuelle Planungsschritte, die einer logischen Systematik folgen, sind nachvollziehbar in den Projekteinrichtungen vorhanden. Evaluationen und deren Nachweis finden statt (z.B. durch Fallbesprechungen oder/und Pflegevisiten). Die ordnungsgemäße Überprüfung durch die Aufsichtsbehörden ist im Projektverlauf stets möglich gewesen.

6.1.3 ReduDok und ordnungsgemäße Buch- und Aktenführung

Gemäß Art. 7 PflWoqG hat der Träger und die Einrichtung nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass der ordnungsgemäße Betrieb festgestellt werden kann.

Einschätzung: Die Norm fokussiert die allgemeine Buchführung der Einrichtung. Einige inhaltliche Vorgaben sind durch die Konkretisierung des Art. 7 PflWoqG in der Form des § 48 der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (AVPflWoqG) vorhanden, der bestimmte Aufzeichnungspflichten einfordert. So sind Aufzeichnungen über den Erhalt, die Aufbewahrung sowie die Verabreichung von Arzneimitteln (§ 48 Abs. 1 Nr. 4 AVPflWoqG), über die Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 48 Abs. 1 Nr. 7 AVPflWoqG) oder über freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sowie deren Vermeidung zu führen (§ 48 Abs. 1 Nr. 8 AVPflWoqG). Konkrete inhaltliche Anforderungen, d.h. wie oft sind bestimmte Einträge im Umgang mit bestimmten Risiken und Themen zu führen, lassen sich nicht ableiten. Klassische Mythen wie „Jede Schicht ein Eintrag“ oder „Was nicht geschrieben steht, ist nicht gemacht“ sind nicht Inhalt der Norm.

Fazit: Die ReduDok-Vereinbarung erfüllt die Anforderungen des Art. 7 PflWoqG sowie des § 48 AVPflWoqG. Die in den Projekteinrichtungen zur Anwendung kommenden Systeme entsprechen den Anforderungen der allgemeinen Buch- und Aktenführung. Darüber hinaus wurde dem Grundbaustein Evaluation eine hohe Bedeutung zugeordnet. In der Folge fanden in den Projekteinrichtungen eine Vielzahl an Fallgesprächen und Pflegevisiten (z.B. als „Mikro- und Makrovisite“) zur Überprüfung der Einschätzungen und des pflegerischen Handelns statt. Der Nachweis freiheitsbeschränkender bzw. -entziehender Maßnahmen sowie der entsprechenden Alternativen wurde erbracht. Der Bereich Medikamente war Inhalt des Grundbausteins Medizinisches.

6.2 Beurteilung weiterer Vereinbarungen

6.2.1 Pflegecharta

Beurteilungsfrage: Ist die Pflegecharta als Grundlage der Pflegeplanung geeignet?

Einschätzung: Auf Basis der acht Artikel der Pflegecharta fanden qualitative Einschätzungen bezüglich des Pflege- und Hilfebedarfs der Bewohner statt. Die Einschätzungen wurden, im Idealfall, durch Fallgespräche gewonnen. Die diesbezügliche Essenz der im Team formulierten gemeinsamen Einschätzungen wurde als Zusammenfassung festgehalten. Hierin enthalten konnte die Einschätzung zu bestimmten Risiken sein (z.B. Sturz, Dekubitus), die zugehörigen oder

8 vgl. Gesetz zur Änderung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (ab 01.07.2013 gültig)

9 vgl. Begründung zur Änderung des PflWoqG (2012)

sonstigen wichtigen Maßnahmen, Vereinbarungen mit dem Bewohner, persönliche und biografische Informationen etc.

In Anlehnung an den kybernetischen Regelkreislauf bzw. an das vier-stufige Pflegeprozessmodell galt es die erstellte Anamnese kontinuierlich weiter zu führen. Im Zentrum stand der Austausch sowie die gemeinsame Beurteilung der Pflegenden, nicht die „Auslagerung“ der Beurteilung in vorgefertigte Instrumente.

Im Vorfeld wurde eine Empfehlung zur Zuordnung pflegerischer Themen zu den Artikeln der Pflegecharta erarbeitet. Die Zuordnung war als Unterstützung/Erleichterung für die Implementierungsphase zu verstehen – nicht als zwingende Vorgabe. In den Anlagen des Projektberichts ist die Empfehlung angefügt (siehe Anlage 2).

Im Juli 2012 bestätigten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Projekteinrichtungen, dass die Pflegecharta zur Einschätzung des Hilfebedarfs und zur Planung des Versorgungsgeschehens geeignet ist. Grundlage der Rückmeldung war ein Workshop, der eine erste ausführliche Evaluation der ReduDok-Vereinbarung sowie der Umsetzungsmöglichkeiten beinhaltete.

Diese Ansicht bestätigte sich im weiteren Projektverlauf. Die Pflegecharta wurde als positive Alternative zur Einschätzung des Hilfebedarfs wahrgenommen, da die Bedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht auf Kosten somatischer Risikobereiche vernachlässigt werden – so wie es tendenziell durch die „AEDL-Systematik“ geschieht. Im Abschlussbericht der KSFH wird betont, dass die Anwendung der Pflegecharta dazu beitragen kann, dass der Bewohner nicht mehr nur als Ansammlung von Problemen und Risiken beschrieben wird. Sie trägt dazu bei, ein ganzheitliches und individuelles Bild des Menschen zu entwickeln. Bereits der Artikel 1 der Pflegecharta („Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe“) formuliert eine deutliche Einschätzung des Hilfebedarfs aus der Perspektive der Bewohner. So ist im Idealfall zu prüfen, inwieweit der Bewohner die Einschätzung der Einrichtung teilt.

Ein Blick in die Entstehungsgeschichte der Pflegecharta offenbart das Potential der Charta: An der ursprünglichen Entwicklung der Pflegecharta waren rund 200 Expertinnen und Experten aus allen Verantwortungsbereichen der Altenpflege beteiligt, u.A. mit dem Auftrag zum Bürokratieabbau¹⁰. Sie stellt einen Grundkonsens über die Erbringung der pflegerischen Dienstleistung dar und erscheint daher geeignet zur Einschätzung der pflegerischen Bedarfslage.

Die Fokussierung der Selbstbestimmung erleichterte den Pflegenden den Umgang mit ethischen und rechtlich schwer darstellbaren Fragestellungen. Gerade im Zusammenhang mit Themen des Risikomanagements erscheint der Artikel 1 als unterstützende Komponente, da Bewohner ihr Grundrecht auf Selbstbestimmung (in der Form einer Ablehnung) erfahrungsgemäß gegenüber einer Reihe professioneller pflegerischer Maßnahmen zum Ausdruck bringen (z.B. Ablehnung von Trochanterhosen oder bestimmter Schuhe im Zusammenhang mit der Sturzprophylaxe, Ablehnung von Mobilisationstechniken, Ablehnung von Essenseingaben oder Medikamenten etc.). Ein Beispiel kann dies verdeutlichen: Während im „klassischen“ Planungssinne „Medikamenten- oder Essensverweigerung“ häufig als „Problem“ thematisiert wird, kann das Thema „Verweigerung“ im Kontext der Selbstbestimmung des Artikel 1 der Pflegecharta als Phänomen behandelt werden, dem ein klarer Wille der Bewohner zu Grunde liegt. Die Priorität der Thematik „Eigener Wille“ rückt in den Vordergrund, nicht die alleinige Kontrolle des Gewichtsverlaufs. Somit reduziert sich parallel zur Aufwertung des Willens der „Absicherungsdruck“ auf die Pflegenden.

Die Erfahrung der Münchner Heimaufsicht zeigt, dass Pflegeplanungen überwiegend durch eine einzelne Pflegefachkraft erstellt sowie weitergeführt werden. Gerade der Austausch innerhalb der Teams über die dem Artikel 1 zugeordneten pflegerischen Themen ermöglichte den Mitarbeitern

10 vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): www.pflege-charta.de

der Projekteinrichtungen einen „anderen Blick“ auf den zu Pflegenden. Dabei wurde die Bedeutung von Kommunikation sowie der Zusammenhang zur Pflegedokumentation deutlich.

Als letztlich ungeklärt blieb der Umgang mit der fehlenden wissenschaftlichen Fundierung der Pflegecharta. Zu Projektbeginn fand keine breite Analyse oder Sichtung der entsprechenden wissenschaftlichen Veröffentlichungen statt. Gemäß der Erfahrung der Projektteilnehmer fehlt es im Bereich der stationären Altenhilfe grundsätzlich an wissenschaftlich fundierten Modellen. Die Pflegecharta erschien als sinnvolle Alternative, da sie durch die oben beschriebene Entstehungsgeschichte bestimmte Vorteile aufweist: Sie offenbart ein übergreifendes Verständnis zum Thema Pflege und sie wurde im Zuge einer Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entwickelt. Ihr kann somit eine anerkannte Geltung attestiert werden.

In den Anlagen ist eine Anfrage der Projektleitung an die Bayerische Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen beigefügt (Anlage 3), inwieweit die Anwendung der Pflegecharta den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität des § 113 SGB XI entspricht. Die Anfrage wurde nicht beantwortet, auch nach mehrmaligen Nachfragen nicht. Nach Rücksprache der Projektleitung mit dem MDK Bayern wurde der fehlenden wissenschaftlichen Fundierung der Pflegecharta keine besondere Bedeutung zugeordnet.

Fazit: Insgesamt zeigten sich im Projektverlauf, bei adäquater Anwendung der Pflegecharta, eine Vielzahl positiver Veränderungen im Umgang mit der Einschätzung des Hilfebedarfs. Die fehlende wissenschaftliche Fundierung der Pflegecharta wurde als unproblematisch erlebt. Der Umstellungsprozess auf die Pflegecharta ist mit einem nicht zu unterschätzenden Aufwand verbunden. Soll die Pflegecharta als Anamnesegrundlage zur Anwendung kommen, muss die Bedeutung von Kommunikation in Teams deutlich werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich die Pflegecharta zur Checkliste reduziert.

6.2.2 Der BioNesePlan

Beurteilungsfrage: Ist die Zusammenführung verschiedener Instrumente (Anamnese, Planung, Biografisches, Tagesstruktur) möglich?

Einschätzung: Dem Anamnese- und Planungsinstrument („BioNesePlan“) lag zu Projektbeginn nur die Bedingung zu Grunde, dass die Pflegecharta den Ausgang bildet und alles Sonstige offen formuliert werden soll. Somit gab es „Acht Artikel auf weißem Grund“. Formulierungshilfen oder „Kreuzfelder“ waren nicht verboten, sie waren jedoch kein expliziter Bestandteil der ReduDok-Vereinbarung. Es galt zunächst das Prinzip des stichwortartigen Freitextes. Im Projektverlauf entwickelte sich in der Folge der Offenheit in jeder Einrichtung eine eigene Form der Darstellung des BioNesePlans.

Die Rückmeldungen der Mitarbeiter in den Workshops zu Beginn des Projektes zeigten, dass die „offene Systematik“ als schwierig erlebt wurde. Durch kritische Analysen der internen Kommunikationsstrukturen sowie durch gezielte Begleitung und Beratung durch Heimaufsicht und MDK, parallel zur Umstellung auf ein neues Dokumentationssystem, kam es im weiteren Projektverlauf zur Überwindung der Herausforderung. In der Folge fand eine Betonung und Aufwertung von Fallbesprechungen statt, deren Essenz Eingang in die Pflegedokumentation fand.

Mit zunehmendem Projektverlauf kam es zu Erleichterungen im Umgang mit der offenen Methodik. Es zeigte sich sogar, dass das offene Vorgehen des BioNesePlans die Generierung wichtiger Maßnahmen erleichtert, da eine gemeinsame Beurteilung der Situation des Pflegebedürftigen bzw. der zu beurteilenden Phänomene durch die Pflegenden stattfand.

Im Projektverlauf entstanden, parallel zur Reduzierung der Dokumentation, eine Reihe von Merkmalen und Zielsetzungen des BioNesePlans (siehe Abschlussbericht der KSFH / Anlage 4). Im Folgenden sind die beschriebenen Ziele und Merkmale des BioNesePlans aufgeführt, welche die KSFH durch die Begleitung erfasste:

- Strukturierte Abfrage von möglichen Risiken, Problemen und Ressourcen
- Umfassende Abfrage der relevanten Bereiche, um allen Aspekten gerecht zu werden (Ganzheitlichkeit)
- Nachweis von Entwicklungen
- Instrument zur Informationsmitteilung
- Bündelung von Informationen aus verschiedenen Quellen
- Planung als Möglichkeit der Kommunikation mit dem Bewohner
- Wertschätzung für den Bewohner
- Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen
- Handlungsrelevanz durch Prioritätensetzung der Handlungen sowie eine Anleitung für durchzuführende Pflegemaßnahmen

Die Darstellung der im BioNesePlan enthaltenen Maßnahmen wurde zu Beginn des Projektes noch als „unstrukturiert“ erlebt. Die Mitarbeiter äußerten zu Beginn des Projektes, dass ein Mehr an Struktur wünschenswert ist. Nach Ablauf einiger Monate relativierte sich der vorgebrachte Wunsch. In der Abschlussrückmeldung bekundeten die Mitarbeiter sogar einen verbesserten Informationszugriff durch die Umsetzung der ReduDok-Vereinbarung (siehe Kapitel 7. Evaluation).

Fazit: Insgesamt entsprechen die durch die KSFH beschriebenen Merkmale und Ziele des BioNesePlans den Zielen und Merkmalen der „klassischen Pflegeplanung“. Der offenen Methodik liegt jedoch ein hohes Maß an fachlichem Anspruch zu Grunde, was eine besondere Herausforderung bei der Einführung zur Folge hat. Als positive Konsequenz können jedoch verbesserte professionelle Handlungsweisen die Folge sein (siehe Kapitel 7. Evaluation).

Beispiele:

Zur besseren Darstellung der konkreten Projekthalte finden sich im Folgenden Auszüge einzelner BioNesePläne, in der Reihenfolge der acht Artikel der Pflegecharta, aus unterschiedlichen Projekteinrichtungen. Zu beachten ist dabei, dass den hier aufgeführten Beispielen eine Vielzahl an Informationen, Gesprächen und Beobachtungen zu Grunde liegen, die erst im Kontext einer Gesamtschau (Besuch und Gespräch mit dem Bewohner, Angehörigen, Pflegenden etc.) ein vollständiges Bild erzeugen. **Vorliegende Beispiele dürfen nicht als „Musterlösung“ verstanden werden.** Je nach (begründeter) interner Festlegung durch die Einrichtung und dem individuellen Hilfebedarf des Bewohners können die BioNesePläne unterschiedliche thematische Gewichtungen sowie Darstellungen aufweisen. Da es grundsätzlich keinen „Musterbewohner“, keine „Mustereinrichtung“ und keine „Musterkommunikation“ gibt, ist die Erstellung eines „MusterBioNesePlan“ nicht das Ziel von ReduDok. Die angeführten Beispiele sollen jedoch zum besseren Verständnis der ReduDok-Vereinbarung beitragen.

Im Projektverlauf zeigte sich, dass vor allem in den Bereichen des Artikel 2 und 4 ein vermehrter Darstellungsbedarf vorliegt. Für diese Artikel sind daher jeweils zwei Beispiele aufgeführt. Für den Bereich des Artikel 1 sind, aufgrund seiner inhaltlichen Bedeutung („Selbstbestimmung“), ebenfalls zwei Beispiele aufgeführt.

Beispiel

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Bewohner XXX ist zu Zeit, Ort, Situation und Person desorientiert, kann teilweise Wünsche und Bedürfnis äußern oder durch Gesten und Mimik mitteilen. Die Kommunikation ist eingeschränkt, antwortet nur auf direkte Anrede mit „Ja“, „Nein“, oder „Danke“. Bewohner XXX ist gebürtige ZZZ, spricht aber deutsch.

Bewohner XXX hat eine reduzierte Sinneswahrnehmung, das Seh- und Hörvermögen ist eingeschränkt. Bewohner XXX benötigt eine Brille zum Fernsehschauen und trägt beidseits Hörgeräte. Alle anderen Sinneswahrnehmungen wie riechen, schmecken, tasten und fühlen sind intakt.

Der Ehemann entscheidet für Bewohner XXX mit teilweise sehr eigenwilligen Entscheidungen, die keinen Bezug für Bewohner XXX selbst haben, z.B. welche Getränke, welche Kleidung, ob sie ins Bett soll oder nicht. Der Ehemann war oder ist stets dominant gewesen, Bewohner XXX selbst hatte keinerlei Entscheidungsfreiheit.

Bewohner XXX hat eine Bezugskraft die eine „Vermittlerposition“ einnimmt, damit auch die Bedürfnisse und Wünsche seitens Bewohner XXX nachgekommen werden kann.

Bewohner XXX schläft morgens gerne etwas länger, hält gerne einen Mittagschlaf, welches bei der Tagesgestaltung berücksichtigt wird. Bewohner XXX muss man zu allen pflegerischen Maßnahmen anleiten. Man kann jedoch Wünsche erfragen bzw. so weit bekannt auf Wünsche und Bedürfnisse eingehen.

Beispiel

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Frau KKK steht früh gern gegen 7.00 Uhr auf und geht abends gerne erst später ins Bett. Da Frau KKK aber nicht gerne allein ist geht sie meist mit ins Zimmer wenn die anderen Bewohnerinnen den Aufenthaltsbereich verlassen.

Frau KKK friert sehr leicht und trägt gerne mehrere Kleidungsstücke übereinander. Möchte immer einen Schal oder ein Tuch um den Hals tragen. Trägt nachts meist langen Schlafanzug und Bettjäckchen.

Frau KKK ist zeitlich meist orientiert, kann Uhrzeit und Datum an Uhr und Kalender ablesen.

Frau KKK ist zur Zeit und Situation orientiert. Frau KKK ist nur bedingt, aufgrund ihrer Gesichtsfeldeinschränkung, räumlich orientiert. Findet oft ihr Zimmer nicht und irrt dann auf der Station herum. Schaut dabei in jedes Zimmer worüber die Bewohner oft verärgert sind.

Frau KKK kann Wünsche und Bedürfnisse klar formulieren.

Frau KKK benötigt viel Nähe und Aufmerksamkeit; möchte dabei beschäftigt werden. Wenn die Pflegekraft bei der Pflege anderer Bewohner ist, werden diese aufgesucht und Wünsche geäußert. Geht bei der Suche ebenfalls immer in anderer Bewohnerzimmer. Wenn man Frau KKK darauf hinweist diese zu verlassen und diese auch nicht immer aufzusuchen, wird sie oft sehr schnell laut und handgreiflich. Schimpft dann, schuppst, kratzt und schlägt auch zu.

Frau KKK gibt oft Sachen ihrer Zimmernachbarin als ihre aus und wird ebenfalls ungehalten wenn man ihr erklärt das dies nicht ihre sind.

Frau KKK gibt oft vor Tätigkeiten (z.B. Brotschmieren, Toilettengang) nicht mehr zu können obwohl sie diese nicht selbstständig erledigen könnte und fordert dann das diese übernommen werden. Frau KKK lehnt zeitweise waschen und besonders das Duschen ab; sie sagt dann, dass würde ihre Bekannte machen.

Beispiel

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Bewohner YYY hat oft Angst alleine gelassen und vergessen zu werden. Äußert dies indem sie oft sagt: "Vergessen sie mich nicht." oder "Sie denken an mich?"

Bei Bewohner YYY kommen keine freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Anwendung und es liegen auch keine Probleme in diesem Bereich vor, die diese notwendig machen würden.

Risikomanagement:

Bewohner YYY ist in ihrer Bewegung nicht eingeschränkt. Kann selbstständig gehen und stehen. Arme und Beine sind frei beweglich. Sie kann sich selbstständig ins Bett legen und wieder aufstehen.

Einschränkungen bestehen beim Sehen, Gesichtsfeldeinschränkung durch vorausgegangenen Katarakt in jungen Jahren, Bewohner YYY hat angepasste Sehhilfe und zusätzlich eine Lupe.

Sturzgefahr: Bei Bewohner YYY besteht aufgrund einer Gesichtsfeldeinschränkung die Gefahr des Sturzes. Bewohner YYY kompensiert dies jedoch selbstständig, indem sie langsam und vorsichtig geht und sich meist am Handlauf festhält oder Hilfe einfordert. Zudem wird auf Stolperfallen und herumliegende Gegenstände und Wasserlachen geachtet und diese beseitigt. Bei Bewohner YYY bestehen keine Gefahren in den Bereichen Dekubitus und Kontraktur, da sich Bewohner YYY selbstständig und uneingeschränkt bewegen kann.

Bewohner YYY hat zur Zeit keine Schmerzen, könnte diese aber äußern.

Bewohner YYY isst gern und ausreichend. Bewohner YYY kann Essens - und Getränkewünsche klar äußern. Sie trinkt gerne Leitungswasser und gesüßten Milchkaffee. Hat eine eigenen Zuckerstreuer und süßt Getränke nach belieben selbst. Mahlzeiten und Getränke werden Bewohner YYY an den Tisch serviert. Bewohner YYY benötigt gelegentlich Hilfe beim aufschneiden der Semmel oder beim Schneiden des Fleisches. Bewohner YYY verlangt oft ihre Mahlzeiten zu richten, obwohl sie dies selbst noch gut kann

Beispiel

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Frau XXX ist auf Grund der bestehenden Diagnosen und einer körperlichen Schwäche in ihrer Mobilität eingeschränkt. Sie kann nicht mehr allein laufen und stehen, kann den Transfer in den Rollstuhl, Bett, Toilettenstuhl nicht mehr selbst durchführen. Sie kann alle Extremitäten bewegen Bewohnerin wird täglich individuell für 3-4 Stunden vormittags und 2-3 Stunden Nachmittags im Multifunktionsrollstuhl mobilisiert.

Frau XXX kann kleine Positionswechsel im Bett und auch im Rollstuhl selbst durchführen (Mikrolagerung), kann sich aber nicht ausreichend im Bett lagern (Seite wechseln).

Bewohnerin dreht sich überwiegend auf die rechte Seite wenn sie im Bett liegt und ändert dann nicht mehr ihre Position, hat daher ein mittleres Dekubitusrisiko besonders am rechten Knöchel und Trochanter rechts. Beginnende Beuge Kontrakturen auf Grund der Immobilität, an den Knien bds da Bew. die Beine immer wieder anzieht/anbeugt.

Bewohnerin schafft es nicht allein die Beine zu strecken Gefährdet ist auch der linke Fuß der sich nach innen dreht. Bewohnerin akzeptiert keinerlei Lagerung , entlagert sich ständig oder wirft Lagerungsutensilien aus dem Bett.

Bewohner hat ein hohes Sturzrisiko. Sie kann das Risiko nicht mehr einschätzen, versucht sich aus dem Bett zu drehen oder aus dem Rollstuhl aufzustehen .Bewohnerin ist zeitweise so unruhig das sie die Bettwäsche abzieht, Kissen und Bettdecke heraus wirft oder sich selbst auszieht, sie liegt verkehrt herum im Bett Füße zwischen den Bettstäben oder in einer Embryostellung am Kopfende .Im Rollstuhl hat sie die Beine angezogen oder über die Armlehnen

liegen. Frau R. hat nach ärztlicher Anordnung bei psycho –motorischer Unruhe ein Bedarfsmedikament (siehe ärztliche Anordnung).
Bei Frau XXX kommt eine freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung (Fall B¹¹).
Auf Grund der starken Unruhe der Bew. wenn sie im Rollstuhl sitzt sowie der Stürze aus dem Rollstuhl in letzter Zeit (2x November 2012/Kopfplatzwunden), hat die Betreuerin einen Beschluss für den Vorsatztisch bei dem Amtsgericht München beantragt. Bewohnerin hat einen Vorsatztisch;
tägliche Dokumentation (Fall B¹²) wird durchgeführt. Begutachtung durch das Amtsgericht kommt noch. Bewohnerin akzeptiert keine Sturzprotektoren; zieht diese immer wieder aus.

Folgende Maßnahmen wurden auf Basis mehrerer Fallbesprechungen (siehe Pflegevisiten) festgelegt und werden durchgeführt:

1) individuelle Sturzprophylaxe (nach Standard „Sturzprophylaxe“)

- Niedrigbett, wird auf die niedrigste Stufe gefahren wenn Bewohnerin im Bett liegt plus Schutzmatte vor dem Bett
- vermehrte Kontrollgänge und Aufsicht wenn Bewohnerin mobilisiert ist und der Vorsatztisch angebracht ist

2) individuelle Dekubitusprophylaxe (nach Standard „Dekubitusprophylaxe“)

- Antidekubitusmatratze, wird täglich auf Funktionstüchtigkeit und Einstellung kontrolliert
- Lagerung alle 2-3 Stunden li. re. Rücken (vorzugsweise Rücken und linke Seite)
- Mobilisation im Rollstuhl einschließlich Stehübung(im Rollstuhl hat Bew. einen Gelkissen).
- Hautpflege und Hautbeobachtung täglich
- gefährdete Stellen frei lagern.

3) individuelle Kontrakturenprophylaxe (nach Standard „Kontrakturenprophylaxe“)

- tgl. morgens und abends Bewegungsübungen (alle Gelenke) Schmerz und Toleranzgrenze wird dabei beachtet
- Lagerung (siehe Dekubitus Prophylaxe)
- tgl. Mobilisation in Rollstuhl
- Stehübungen
- Bewohnerin wird entsprechend ihrer Ressourcen gefördert (Hand mit Waschlappen wird geführt, Becher mit Getränken wird zum Mund geführt etc.). Bewohnerin äußert momentan keine Schmerzen

Beispiel

Artikel 3: Privatheit

Bewohner ZZZ wohnt in einem Doppelzimmer, äußert aber nie das dies stört.

Bewohner ZZZ hält sich am Liebsten im Aufenthaltsraum in der Gemeinschaft auf und ist auch nicht gerne alleine.

Bewohner ZZZ hat keine eigenen Medien, hört aber gerne Radio und äußert immer wieder den Wunsch Fernsehen zu schauen. Betreuerin wurde bereits darüber informiert.

Bewohner ZZZ wünscht, wenn möglich weibliches Pflegepersonal. Toilette ist abgetrennt und Waschbereich nicht von Mitbewohnerin einsehbar.

Bewohner ZZZ äußerte bis jetzt noch keinen Wunsch nach mehr Privatheit. Empfängt Besuch meist in der Gemeinschaft und bleibt auch mit diesem dort. Ausweichmöglichkeiten wie

11 Die Einschätzung zum Thema freiheitsentziehende Maßnahme (FEM) folgt den Münchner Empfehlungen zum Umgang mit FEM (siehe www.heimaufsicht-muenchen.de), die innerhalb der Stadt München „als allgemein anerkannter Stand“ gelten und mit sämtlichen zuständigen Behörden (Betreuungsamt, Betreuungsgericht etc.) abgestimmt sind. Hierbei wird unterschieden in drei Fallkonstellationen: Fall A, Fall B, Fall C (Ausnahmesituation). Die sehr kurz formulierten Einschätzungen sind in Verbindung mit den „Münchner Empfehlungen“ zu verstehen, die ein zusätzliches „Sicherungssystem“ darstellen.

12 Siehe 11

Bewohnerzimmer und Kaminzimmer werden angeboten, aber nur selten genutzt.

Beispiel

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Frau XXX kann die Körperpflege nicht zweck- und zielgerecht durchführen aufgrund von reduzierter Körperkraft und beeinträchtigter Gedächtnisleistung. Sie kann den Handlungsablauf der Körperpflege nicht mehr nachvollziehen, sie weiß aufgrund der fortgeschrittenen Demenz nichts mit den Waschutensilien anzufangen.

Grundpflegemaßnahmen bei Frau XXX: Morgens im Bett den Unterkörper gewaschen plus Intimpflege einschließlich Hautpflege. Anschließend wird Frau XXX in den Multifunktionsrollstuhl mobilisiert, wo die Oberkörperpflege durchgeführt wird. Bewohnerin wird die Hand mit dem Waschlappen geführt. Verwendet werden haustypische Pflegeprodukte, Bewohnerin hat keine Vorlieben und auch keine Unverträglichkeiten. Bewohnerin trägt Zahnprothese oben und unten, welche morgens und abends von der Pflegekraft gereinigt werden. Pflegekraft übernimmt morgens und nach der Mittagsruhe das Frisieren und Stylen (Dauerwelle). Am Abend übernimmt die Pflegekraft die Teilwäsche einschließlich Intimpflege, Gesicht, Hände und Zahnprothesenpflege.

1x wöchentlich wird Frau R. geduscht, einschließlich Haarwäsche und Nagelpflege. Pediküre erfolgt alle 4-5 Wochen nach Anforderung durch eine externe Fachkraft.

Die Haut von Frau XXX ist altersentsprechend. Sie neigt zu Hämatomen an den Unterarmen und den Unterschenkeln, kleine Hautverletzungen werden nach ärztlicher Anordnung versorgt, Bewohnerin hat eine dünne Pergamenthaut.

Bewohnerin akzeptiert und genießt sichtlich die Übernahme durch die Pflegekraft.

Bewohner ist Urin- und Stuhlinkontinent (abhängig kompensierte Inkontinenz). Bewohnerin kann sich nicht mitteilen wenn sie Harn- und Stuhldrang verspürt. Bewohnerin erhält mindestens 5x täglich Einlagen plus nach Bedarf (blau) zum Schutz vor Urin und Stuhlverlust zu individuellen Zeiten (Morgens, Mittags, Abends und 2x in der Nacht) einschließlich Intimpflege, trägt Netzhosen.

Bewohnerin kann nicht mehr allein essen und trinken, sie kann den Handlungsablauf nicht mehr nachvollziehen. Das Pflegepersonal übernimmt die völlige Eingabe. Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr muss täglich geachtet werden, Bewohnerin wird mehrmals täglich, mindestens alle 1-2 Stunden das Trinken eingegeben oder der Becher zum Mund geführt. Mind. Trinkmenge ist nach ärztl. Anordnung 750 ml am Tag. Wenn Bew. 3 Tage unter 750 trinkt soll Hausarzt informiert werden. Ein Trink-/Ernährungsplan wurde dieses Jahr zwei Mal für 5 Tage geführt (Ergebnis siehe Pflegevisite vom 05.01.2013 und vom 18.04.2013).

Bewohnerin hat keine besonderen Vorlieben oder Abneigungen in Bezug auf Essen und Trinken; isst nur kleine Portionen, dieses aber öfters. Bewohnerin isst weiche/passierte Kost. Frau R. öffnet nur ganz wenig ihren Mund, daher werden die Mahlzeiten mit einem kleinen Teelöffel eingegeben.

Bewohnerin ist laut BMI (17,9) untergewichtig; erhält 1x täglich zusätzlich Energy Joghurt und mittags hochkalorische Suppe. Laut Hausarzt ist eine 1x monatliche Gewichtskontrolle vorerst ausreichend.

Medikamente werden täglich durch Pflegekraft, nach ärztlicher Anordnung, gestellt. Verabreichung täglich durch Pflegekraft. Frau XXX. nimmt Medikamente ohne Probleme ein.

Beispiel

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Hr. XXX kann die Körperpflege nicht ohne die Vorbereitung, Hilfe und Unterstützung einer Pflegeperson durchführen; aufgrund von reduzierter Körperkraft und zum Teil aufgrund beeinträchtigter Gedächtnisleistung;

Hr. XXX braucht Hilfestellung beim Rasieren. Mundpflege kann er nach Aufforderung selbstständig durchführen. Er kann mit Anleitung Oberkörper selber waschen. Bewohner ist teilweise harninkontinent (unabhängig kompensierte Inkontinenz) und stuhlkontinent; schafft es meistens nicht immer rechtzeitig auf die Toilette. Bewohner geht selbständig auf die Toilette; hat eine Urinflasche zur Nacht, Pflegepersonal unterstützt beim Gebrauch und leert im Anschluss die Urinflasche. Hr. XXX bekommt eine Einlage und Netzhosen zum Schutz; sie werden durch das Pflegepersonal bei Bedarf gewechselt.

Hr. XXX braucht aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit und des reduzierten Allgemeinzustandes Unterstützung beim An- und Auskleiden,. Hr. XXX kann Kleidungswünsche äußern . Er trägt nur weiße Unterwäsche, trägt gerne Hemd und Stoffhose, mag keine Jeanshosen.

Folgende Maßnahmen wurden festgelegt und werden durchgeführt:

- Bew. wird nach Standard XY, im eigenen Bad, gepflegt (anleitend und beratend)
- jeden Freitag duschen (TÜ)
- Hautpflege erfolgt mit eigener Hautlotion; Lotion wird nach Anforderung über die Einrichtung bestellt
- Maniküre wird 1x wö. nach dem Duschen, durch das Pflegepersonal durchgeführt
- Pediküre erfolgt alle 5 bis 6 Wochen durch Fußpflege auf Anforderung
- Haare werden geschnitten durch einen Hausfriseur auf Anforderung
- tgl. teilweise Übernahme beim An- und Auskleiden
- bei der Auswahl geeigneter Kleidung beraten; Wünsche werden erfragt und berücksichtigt
- Schmutzige Wäsche geht in die Wäscherei
- unterstützen beim An- und Auskleiden; komplette Übernahme bei Hose, Unterhose, Schuhe und Socken an- und ausziehen
- Hr. XXX wird mit gelber Einlage und Netzhose durch das Pflegepersonal versorgt (Wechsel bei Bedarf).
- Pflegepersonal stellt die Medikamente
- Bew. erhält 2x tgl. durch eine Pflegekraft seine verordneten Medikamente am Morgen und am Abend.

Beispiel

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Hr. DDD wird hausärztlich von Dr. XXX betreut; sie kommt einmal in der Woche ins Seniorenzentrum. Bew. hat mehrere Nierenzysten rechts, ist bei Dr. KKK (Urologe) in Behandlung; soll sich alle 3-4 Monate zur Kontrolle in der Praxis vorstellen inklusive aktueller Laborwerte.

Bei Bedarf Hr. DDD der psychiatrischen Visite vorstellen; Dr. BBB ist jeden Dienstag im Haus. Bew. hat die Pflegestufe I. Eine aktuelle Befreiung von der Krankenkasse von Zuzahlungen; bekommt Demenzzuschlag nach § 87 b. Hr. DDD hat als einzigen Angehörigen seinen Cousin Hr. EEE; der Kontakt ist sehr vage; zu Besonderheiten besteht telefonischer Kontakt (z.B. Geburtstag oder andere Feierlichkeiten).

Herr DDD hat den Umzug ins Seniorenzentrum akzeptiert und freut sich über sein Einzelzimmer. Herr DDD hat ein gutes Vertrauensverhältnis zu den Pflegekräften.

Herr DDD wird regelmäßig über bestehende Pflegerisiken (Sturzgefahr) durch das Pflegepersonal aufgeklärt und beraten. 2x jährlich wird eine Pflegevisite durchgeführt, hierzu lädt die Bezugsperson den Bew. und seine Betreuerin Fr. CCC zu einem Gespräch ein. Das Wohlbefinden und mögliche Verbesserungen/Anregungen in der Pflege und Betreuung werden im Gespräch durch die Bezugsperson abgefragt

Beispiel

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Frau LLL wird durch tägliche Gespräche animiert, selbst von sich aus zu sprechen, zu erzählen. Bewohnerin redet nur dann, wenn sie einen Wunsch äußern möchte, antwortet nur auf direkte Ansprache, trägt beidseits Hörgeräte, welche fachgerecht von Pflegekraft eingesetzt werden; Kontrolle durch Hörakustiker wird 1xjährlich durch Ehemann organisiert. Frau LLL ist gern in Gesellschaft, nimmt aber nur passiv daran teil, schaut nur zu und beobachtet. Ist freundlich und zugänglich gegenüber anderen Heimbewohnern.

Frau LLL ist gebürtige Russin, spricht deutsch. Im bisherigen Leben wurden die Feiertage wie Geburtstag, Hochzeitstag sehr hoch gehalten, welche auch jetzt immer noch von Ehemann und den Kindern gestaltet werden.

Frau LLL erhält durch das Pflegepersonal und die Mitarbeiter der sozialen Betreuung Orientierungshilfen in Form von:

- Täglich, während der pflegerischen Versorgung wird der Bewohnerin mitgeteilt, welcher Tag heute ist, es wird die Zeit und der Ort bekannt gegeben, und wie der Tagesablauf gestaltet wird.
- Einzelangebote, wie basale Stimulation (Sinneswahrnehmung) durch den Igelball, Massagehandschuh und über weiche Bürsten, mehrmals wöchentlich.
- Bewohnerin wird bei Gruppenangeboten, wie z.B. Zeitungsgruppe und Singgruppe vermehrt mit einbezogen, mit in den Gruppenkreis gefahren, um ihren Kontakt zu Mitbewohnern zu fördern und um das Kurz- und Langzeitgedächtnis zu erhalten.
- Bewohnerin mit Namen anreden
- Das Fernsehgerät wird kurzzeitig angestellt, wenn Bewohner im Zimmer ist z.B. Nachrichtensendungen, Reportagen, Tiersendungen.
- Im Zimmer stehen Bilder, Photographien von ihren Kindern. Frau LLL wird durch das Pflegepersonal immer wieder darauf angesprochen.

Beispiel

Artikel 7 Religion, Kultur und Weltanschauung

Frau DDD hat eine christlich-orthodoxe Glaubensausrichtung. Religiöse Gewohnheiten und Bedürfnisse sind nicht bekannt; sie redet nicht über Tod und Sterben. Laut Ehemann waren Religion und Weltanschauung im Leben nicht wichtig.

Beispiel

Artikel 8 Palliative Begleitung

Hr. KKK hat nie über Sorgen, Ängste, Tod und Sterben gesprochen. Hr. KKK hat eine Patientenverfügung hinterlegt. Bew. hat bereits eine Bestattungsvorsorge / Trauervorsorge organisiert: Firma XXX:

Bei Bedarf besteht der Wunsch auf ärztliche Versorgung durch den eigenen Hausarzt, der Hr. KKK schon seit Jahren betreut. Über gesundheitliche Veränderungen, Krankenhaus-Einweisungen usw. möchten beide Töchter jederzeit informiert werden.

6.2.3 Umgang mit Leistungsnachweisen

Beurteilungsfrage: Zu welchen Tätigkeiten oder Maßnahmen mussten am Ende des Projektes Leistungsnachweise geführt werden?

Einschätzung: Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die einen zu hohen Interpretationsspielraum zulässt, war den Projektteilnehmern eine abschließende Konkretisierung nicht möglich: Weder der Bereich des Ordnungsrechts (Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz; früher Heimgesetz), noch die Anforderungen des Elften Sozialgesetzbuchs oder die Vereinbarungen zu den Rahmenverträgen für den Bereich vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 2 SGB XI beinhalten eine Konkretisierung der Thematik Leistungsnachweis. Es findet weder eine Abrechnung nach Einzelleistungen statt (wie z.B. im Bereich der ambulanten Versorgung) noch wird der Bewohner kontinuierlich in den Prozess der Leistungsabrechnung mit eingebunden („Quittierung“), was einem originären Leistungsnachweisgedanken entsprechen würde¹³. Durch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI sind zwar einige Anforderungen konkretisiert, leider unterliegen diese einer gewissen Interpretation, was innerhalb der Pflegelandschaft in den letzten Jahren zu einer wahren Leistungsnachweisflut geführt hat.

Im Anhang (Anlage 3) findet sich eine Anfrage der Projektleitung an die Bayerische Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen vom November 2012. Im Fokus der Anfrage standen u.A. folgende Fragen:

- Steht bei den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI, bezüglich der Anforderung Leistungsnachweis, der Gedanke des Einzelleistungsnachweises im Vordergrund oder bezieht sich die Anforderung auf den Nachweis einer geplanten und qualifizierten Pflege - also der erbrachten Gesamtleistung?
- Sollte der Einzelleistungsnachweis der Grundgedanke sein, zu welchen konkreten Themenfeldern, Komplexen oder Tätigkeiten sind dann Nachweise notwendig?
- Ist es denkbar, dass eine gut formulierte individuelle Pflegedokumentation, z.B. durch eine adäquat formulierte Anamnese, einen gut formulierten Pflegebericht sowie dem kontinuierlichen Nachweis von Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. in der Form regelmäßig stattfindender qualifizierter Pflegevisiten) als Leistungsnachweis gelten kann?

Bis Projektende konnten die Pflegekassen in Bayern das Anliegen nicht beantworten. Eine Antwort wurde dennoch zugesichert.

Das Thema Leistungsnachweis wurde für den weiteren Projektverlauf in den professionellen Vorgehensweisen und Kommunikationsstrukturen der Projekteinrichtungen verankert. Entscheidend war der Gedanke, dass die durch die Einrichtung durchgeführte professionelle Einschätzung des konkreten Hilfebedarfs darüber entscheidet, über was konkrete Leistungsnachweise zu führen sind. Somit wurde die fachliche Begründung zum Fundament der Entscheidung, nicht die Vorgabe Externer (z.B. Aufsichtsbehörden, Pflegekassen, Qualitätsmanager). Hieraus leiteten sich konkrete Nachweisszenarien ab. Eine allgemeine Bestimmung war mit der bestehenden Rechtslage (Ordnungs- sowie Leistungsrecht) nicht möglich.

Im Projektprozess kristallisierten sich verschiedene Themen heraus, die im Kontext Leistungsnachweis tendenziell immer von Belang sind, da sie vor allem für die interne

13 vgl. Sträßner (2012): Rechtliche Anmerkungen zur Pflegedokumentation. In: PflegeRecht 05/2012

Informationsweitergabe von hoher Bedeutung sind, aber auch essentielle Grundgüter wie Freiheit und Gesundheit berühren. Dies betrifft die Durchführung medizinisch-pflegerischer Behandlungen sowie den Umgang mit Medikamenten. Bezüglich dieser Themen wurde vereinbart, dass der Nachweis der Erbringung schriftlich hinterlegt wird.

Das vorliegende Ergebnis berücksichtigt die haftungsrechtliche Perspektive nicht. Eine zugehörige Beurteilung konnte das Projekt ReduDok nicht leisten. Betont werden muss jedoch, dass der Gedanke der Haftung in der pflegerischen Praxis häufig überhöht dargestellt oder als Instrument zur Führung und Absicherung missbraucht wird. Aussagen wie „Jede Schicht ein Eintrag“, „Wir stehen mit einem Bein im Gefängnis“, „Damit wir auf der sicheren Seite sind“ oder „Was nicht geschrieben steht, ist nicht gemacht“ begleiten den Umgang mit der Thematik seit vielen Jahren, erzeugen Ängste sowie Verunsicherung.

Auf die Themen Dekubitus sowie Sturz ist im Kontext von Haftungsfragen ein besonderes Augenmerk zu legen. Aus der Vielzahl an Rechtsprechungen in den letzten Jahren leitet sich ein verstärkter Nachweisbedarf ab. Im Umgang mit dem Thema Nachweis ist jedoch entscheidend, ob professionelle Vorgehensweisen erkennbar sind und nicht welche Einzelmaßnahmen abgezeichnet werden.

Fazit: Musterleistungsnachweissysteme sind unsinnig. Sie stellen letztlich sogar einen Widerspruch zur professionellen Denkweise dar, da die pflegerische Dienstleistung durch Komplexität und Individualität geprägt ist, nicht durch vorher festgelegte Schemen. Mustersysteme erzeugen letztlich sogar Scheinsicherheiten.

7. Evaluation

Mit der ReduDok-Vereinbarung haben die Projektbeteiligten in vielerlei Hinsicht Neuland betreten (u.A. neue Art der Pflegeplanung, Zusammenführung diverser Instrumente, Verzicht auf schriftliche Assessmentskalen, Pflegecharta anstatt AEDL-Schema). Für eine adäquate Beurteilung des Projekts werden verschiedene Einschätzungen zu Grunde gelegt. Dies sind:

- die Beurteilung der Katholischen Stiftungsfachhochschule München (Anlage 4),
- die fachliche Einschätzung des MDK Bayern (Anlage 5),
- die abschließende Einschätzung aller Leitungen der beteiligten Einrichtungen (Anlage 6)
- sowie die Abschlussrückmeldung der Mitarbeiter der teilnehmenden Wohnbereiche, auf Basis einer anonymisierten schriftlichen Befragung (Rücklauf: 43 Befragungsbögen / Anlage 7).

Die Stellungnahmen sowie die Auswertung der Befragung sind in den Anhängen beigefügt sowie auf der Internetseite www.redudok.de hinterlegt.

Zu folgenden Themenblöcken werden die Ergebnisse der Evaluation zusammengefasst:

- Positive Effekte (7.1)
- Kritische Rückmeldungen (7.2)

Weiterhin ist die Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege zum Projekt ReduDok angeführt, die kontinuierlich in den Projektprozess eingebunden war (7.3).

7.1 Positive Effekte

Insgesamt betrachtet, wurde das Projekt ReduDok von allen beteiligten Akteuren als gelungen und wichtig bezeichnet. Beispielhafte Rückmeldungen der Mitarbeiter sind: *„Vielen Dank für die Unterstützung und Begleitung“*, *„Danke für die gute Zusammenarbeit“*, *„Danke, dass wir am Projekt teilnehmen durften“*, *„Danke für die Unermüdlichkeit im Kampf gegen Dokumentationswut“*. Folgende konkrete positive Effekte sind belegbar:

7.1.1 Steigerung von Professionalität

Die wahrgenommenen Effekte der Katholischen Stiftungsfachhochschule (KSFH) München, die Einschätzung des MDK Bayern, die Rückmeldung der Einrichtungsleitungen sowie der am Projekt beteiligten Mitarbeiter verweisen auf eine deutliche Verbesserung professioneller Vorgehensweisen in den Einrichtungen, in der Folge der Umsetzung der ReduDok-Vereinbarung.

Als wesentliche Ursache hierfür sieht die KSFH die stärkere Betonung pflegfachlicher Einschätzungen sowie die vermehrte Auseinandersetzung mit den Bewohnern. Der MDK Bayern benennt als mögliche Ursache für den Anstieg professionellen Handelns u.A. die positiven Auswirkungen der ReduDok-Vereinbarung auf die Organisation der Pflegeteams. Des Weiteren, so der MDK Bayern, kam es auf Seiten der Pflegenden durch die ReduDok-Vereinbarung zu Verbesserungen im Bereich Reflektionskompetenz sowie Argumentationssicherheit, was der Professionalität zuträglich gewesen ist.

In der abschließenden Einschätzung der Einrichtungsleitungen heißt es u.A., dass es zu einer steten Zunahme von Sprachkompetenzen sowie der Verbesserung von Einschätzungs- und Entscheidungsfähigkeit kam. Als Ursache kann auch die Anwendung der Pflegecharta in Betracht gezogen werden. So wurde zurückgemeldet, dass die Bedürfnisse der Hilfebedürftigen besser berücksichtigt werden konnten.

Einige Mitarbeiter bestätigen die Einschätzung durch ihre Abschlussrückmeldungen zum Ende des Projektes. Hierfür kann auf folgende Aussagen verwiesen werden: „*eigenes Denken ist wieder gefragt*“, „*Stellenwert einer Fachkraft erhöht*“, „*Losgelöst von Assessmentbögen ist Fachlichkeit gefordert und wieder erkennbar*“ oder „*Fachlichkeit der Mitarbeiter ist generell erhöht*“.

7.1.2 Zeitersparnis

Im Abschlussbericht der KSFH wird deutlich, dass alle Befragten eine ruhigere, weniger hektische Atmosphäre auf den Wohnbereichen nach Einführung der ReduDok-Systematik erlebten. Des Weiteren nahmen alle Befragten ein Zeitersparnis wahr. Die Ergebnisse zeigen, dass in einigen Einrichtungen ein Zeitersparnis von bis zu 40 Stunden im Monat pro Wohnbereich möglich ist. Die entstandenen Freiräume wurden für Aspekte wie Toilettentraining und Aktivierung sowie intensivere Kontrollen körperlicher und psychischer Bedingungen genutzt.

Die durchgeführte Zeiterfassung (siehe Abschlussbericht der KSFH / Anlage 4) verweist in allen Einrichtungen auf ein Zeitersparnis. Die erfassten Werte können jedoch nur als Anhaltspunkte Verwendung finden. Aufgrund vielfältiger Einflussfaktoren unterliegt die Genauigkeit der Angaben einer gewissen Verzerrung. Belegbar ist jedoch eine deutliche Tendenz des Zeitersparnis.

Mehrfach benennen die Mitarbeiter in der Abschlussrückmeldung das Zeitersparnis. Trotz des Projektaufwandes führte das Projekt zu weniger Hektik für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Beispielhafte Rückmeldungen sind: „*Weniger Stress für die Mitarbeiter*“, „*Unnötige Formulare fallen weg*“, „*Wenig Papier*“, „*Zeitersparnis*“ (mehrfach) oder „*auf lange Sicht weniger Schreibaufwand und aussagekräftiger*“.

7.1.3 Auswirkungen auf Arbeit und Teams

In den Interviews der KSFH äußerten die Befragten, dass durch das Projekt ReduDok positive Aspekte der Zusammenarbeit gefördert worden sind. Ein angenehmes Verhältnis der Mitarbeiter untereinander, eine bessere Zusammenarbeit mit Angehörigen sowie weiterer Berufsgruppen wurde in den Interviews diesbezüglich benannt.

Der MDK Bayern bestätigt in seiner Stellungnahme die positiven Auswirkungen auf die Pflgeteams.

In der abschließenden Einschätzung der Einrichtungsleitungen wird beschrieben, dass das Projekt ReduDok zu einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflege, Therapeuten, Medizinerinnen und weiteren an der Versorgung Beteiligten Berufsgruppen führte: *„Als Hintergrund hierfür lässt sich vermutlich abermals ein forcierter fachlicher Austausch anführen“*. Die Erkenntnisse von Teamgesprächen haben Eingang in die Pflegedokumentation gefunden und führten dadurch *„zu einer Steigerung der Qualifikation von allen Mitarbeitern“*.

Die Mitarbeiter bekräftigen durch die Abschlussrückmeldung die positiven Auswirkungen auf die Teamarbeit: *„Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Wohnbereichs und der sozialen Betreuung bzw. mit Angehörigen ist besser“*, *„Spaß am Schreiben“*, *„Mitarbeiterzufriedenheit ist gestiegen“* (mehrfach), *„Teameffekte (Besserer Austausch, Wertschätzung)“* und *„es entstand weitere Offenheit für neue Ideen, z.B. die Einführung der Fallbesprechung“*.

7.1.4 Verbesserte Information

Insgesamt wird die gemeinsam entwickelte Systematik in allen Interviews der KSFH als handlungsleitend bezeichnet. Vor allem der schnelle Zugang zu relevanten Informationen durch Reduktion auf das Wesentliche wird positiv hervorgehoben. Die neue Art der Pflegeplanung wird als individueller erlebt. „Neulinge“ erhalten einen schnellen und verbesserten Informationszugriff.

In der abschließenden Einschätzung der Einrichtungsleitungen wird u.A. geäußert, dass der BioNesePlan *„pflegerisches Know-How wieder sichtbar machen kann“*.

In der Abschlussrückmeldung schreiben die Mitarbeiter, dass sie durch die neue Systematik einen verbesserten Zugriff auf wichtige Informationen erhalten haben. Darüber hinaus ist die Systematik, trotz ihrer zu Grunde liegenden offenen Fallgesprächsmethodik, übersichtlicher und liest sich besser als die „klassische Pflegeplanung“. Die Mitarbeiter benennen diesbezüglich: *„klar und deutlich, bessere Übersichtlichkeit“*, *„gezielt auf wichtige Sachen“*, *„Dokumentation übersichtlich/überschaubar“*. Davon profitieren auch weitere am Pflegeprozess Beteiligte, wie folgende Aussagen zeigen: *„kurze Pflegeanamnese ist laut Ärzten sehr gut einzusehen“* und *„bessere Orientierung für neue Mitarbeiter“*.

7.1.5 Qualitätsverbesserung

Die geführten Interviews der KSFH verweisen auf eine Verbesserung der Ergebnisqualität. In den Interviews werden unmittelbar positive Auswirkungen auf die Versorgung der Bewohner benannt. Ursache hierfür sind geschaffene Freiräume und neu gewonnene Erkenntnisse über die Bewohnerinnen und Bewohner.

Der MDK Bayern bestätigt den positiven Effekt. So schreibt der MDK in seiner Stellungnahme: *„Erfreulich aus fachlicher Sicht ist auch, dass im Rahmen des entwickelten Dokumentationsmodells der Bewohner selber bzw. seine wirklichen Bedürfnisse im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise wieder verstärkt in den Mittelpunkt gerückt sind und somit die Ausgangslage des pflegerischen Handelns bilden. Auf Grund dieser Handlungsweise ergeben sich auch positive Auswirkungen auf die Ergebnisqualität bzw. die Lebensqualität für die in den jeweiligen Einrichtungen lebenden Menschen.“*

Den abschließenden Einschätzungen der Einrichtungsleitung zur Qualitätsverbesserung ist zu entnehmen, dass die Pflegedokumentation im Projektverlauf eine deutliche qualitative Aufwertung erfahren hat: *„der Bewohner kann verständlich, konkret und individuell mit seinen Wünschen und*

Bedürfnissen, seinen Ressourcen, Problemen und Risiken biografieorientiert und handlungsleitend dargestellt werden.

Weitere dies bestätigende Rückmeldungen sind: *„Die Mitarbeiter wurden selbstbewusster und die Kenntnis über die Bewohner stieg kontinuierlich an“* und *„Die Berichte sind aussagekräftiger, sinnvoller und zusammenhängend.“*

In der Abschlussrückmeldung geben die Mitarbeiter eine gestiegene Zufriedenheit der Bewohner in den Projektbereichen an. Folgende beispielhafte Nennungen zeigen den diesbezüglichen positiven Effekt. Die *„Ergebnisqualität ist deutlich zu sehen“*, *„Man sieht den Bewohner mit anderen Augen“*, *„Bewohner wird aus einer positiven Sichtweise gesehen/steht im Mittelpunkt“* oder *„es wird im Team über den Bewohner gesprochen“*.

Die positiven Auswirkungen hinsichtlich der Qualität der Pflegedokumentation sind mit einigen weiteren Kommentaren belegbar. So gibt es: *„Bessere Beschreibungen der Bewohner“*, eine *„hohe Qualität der Pflegeplanung“*, eine *„deutliche Verbesserung der Qualität der Berichte“* und die *„Pflegeplanung ist genauer anhand der Pflegecharta“*.

7.2 Kritische Rückmeldungen

Die an die Projektleitung zurückgemeldeten kritischen Rückmeldungen waren insgesamt betrachtet überschaubar. Im Sinne der Transparenz und zur Planung zukünftiger Projekte werden sie zusammenfassend angeführt.

Als mühsam beschrieben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Interviews der KSFH den Prozess der Umstellung auf die neuartigen Instrumente, der ohne Praxisbegleitung nicht umsetzbar erscheint. Vor allem der Umgang mit der eher wenig bekannten Pflegecharta als Grundlage zur Einschätzung des Hilfebedarfs ist ohne Praxisbegleitung nicht umsetzbar. Insgesamt betrachtet wird die Gefahr gesehen, dass nach Ende der modellhaften Auseinandersetzung eine Rückkehr zu tradierten Mustern in der Form ausführlicher Pflegedokumentation besteht. Hierfür kann, laut KSFH, nur konstante Beratung entgegen wirken.

Auf Einrichtungsleiterenebene wurde kritisch gesehen, dass ein differenziertes theoretisches Fundament basierend auf einer systematischen Literaturlaufbereitung und dem aktuellen Erkenntnisstand den Inhalten förderlich hätte sein können. Darüber hinaus muss die Ebene der Ausbildungsstätten stärker eingebunden werden. Es wird die Gefahr gesehen, dass die entwickelten Aspekte nicht mit gängigen Ausbildungsinhalten in Einklang stehen.

Des Weiteren ist die Übertragung der ReduDok-Vereinbarung in interne Qualitätsmanagementsysteme und Abstimmungsprozesse mit einem hohen Aufwand verbunden. Zur Anwendung kommende EDV-Systeme müssen flexibel auf im Projektverlauf getroffene Vereinbarungen reagieren können. Als herausfordernd wurden Umzüge von Bewohnern aus oder in die Projektbereiche (innerhalb einer Einrichtung) erlebt. In diesen Fällen musste innerhalb einer Einrichtung mit zwei verschiedenen Systemen gearbeitet werden, was mitunter zu Irritationen bei den Mitarbeitern führte.

Einige kritische Rückmeldungen beziehen sich auf den Bereich Projektmanagement. So wird mehrfach eine fehlende Anleitung und Begleitung durch die Prüfinstanzen sowie der eigenen Träger/Einrichtung genannt. Mehr Workshops wären wünschenswert gewesen sowie eine Verbesserung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Einrichtungen. Es wird angemerkt: *„zu wenig Zeit und Anleitung“*, *„keine klare Stellungnahme von Seiten des Trägers bezgl. der Übernahme/wie es weiter geht“*. *„häufig schlechte Vorbereitungen der anderen Einrichtungen auf die Treffen“*. Des Weiteren ergaben sich aufgrund der langen Projektphase Unsicherheiten, was den Projektverlauf und die -inhalte betraf (*„Unsicherheiten haben das Projekt oft behindert“* und *„man hat, wenn man nicht Mitglied in der FQA ist, nur wenig Einblicke bekommen in den*

Projektverlauf“).

7.3 Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege

Die Ombudsfrau (OBF) zur Entbürokratisierung der Pflege war kontinuierlich in den Projektprozess eingebunden. Im Folgenden wird ihre Stellungnahme zum Projekt ReduDok vorgestellt (siehe auch Anlage 8). Die OBF schreibt:

„Mehrfach konnte ich mir persönlich vom Projektverlauf und dem interessanten Vorgehen ein Bild machen. Die offene Herangehensweise an die Fragen nach einer angemessenen Ausgestaltung der Pflegedokumentation hat mir eine Reihe aktueller Herausforderungen für alle Akteure in diesem Zusammenhang in anschaulicher Art und Weise näher gebracht.

Die intensive Einbindung der Einrichtungen sowie die Kooperation mit den beiden wesentlichen Aufsichtsbehörden (Heimaufsicht und Medizinische Dienst der Krankenversicherung) kann als ein wichtiger Baustein bezeichnet werden, um eine Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation, unter gleichzeitiger Vermeidung unnötiger Bürokratismen zu erproben.

Die diesbezügliche Vorgehensweise, hat insbesondere wegen der speziellen Funktion als aufsichtsführende Behörde und tradierter Vorstellungen der Fachszene hierzu, eine nicht zu unterschätzende Vorbildfunktion über den Großraum München hinaus. Zugleich wird aufgezeigt, vor welche Herausforderungen die Einrichtungsträger und Pflegefachkräfte bei einem so grundlegenden Prozess der Neugestaltung der Pflegedokumentation gestellt werden.

Die „Münchener Aktivitäten“ ermöglichen nicht nur einen intensiven Einblick in die bürokratischen Herausforderungen der stationären Altenhilfe, sondern haben auch eine Reihe von Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Es wird eindrücklich bestätigt, wie wichtig und zielführend es ist, die Fachlichkeit und eine gute Kommunikation im Team, (wieder) als Ausgangspunkt für anzustrebende Veränderungen zu wählen.

Das Vorgehen macht darüber hinaus deutlich, welchen enormen indirekten und direkten Einfluss Prüfinstanzen auf Art und Umfang der Pflegedokumentation haben und wie bei entsprechender Unterstützung und klar miteinander ausgehandelten Rahmenbedingungen der kollegiale Dialog wieder an Bedeutung gewinnt sowie die fachliche Argumentation fördert und stärkt.

Selbst sensible und ethisch schwierige Entscheidungen im pflegerischen Alltag, entweder im Rahmen des Risikomanagements oder bei haftungsrechtlichen Problematiken, konnten offensichtlich nach einer gewissen Anlaufphase mit weniger Dokumentationsaufwand und ohne Qualitätseinbußen gelöst werden. Die Aufmerksamkeit und ein erweitertes Verständnis für die sehr individuellen Bedürfnisse der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihrer Sichtweise wurde geschärft und hat pflegerisches Handeln zur Zufriedenheit Aller verändert und positiv beeinflusst.

Die im Projekt vorgenommenen Analysen sowie die hieraus entwickelten Strategien sind innovativ für ein bundesweites Vorgehen. Pflegedokumentation ist in diesem Modellvorhaben – ohne die Ausrichtung und Vielfalt einzelner Einrichtungsträger zu begrenzen – wieder prioritär das geworden, wozu sie zuallererst gedacht ist: ein fachliches Instrument intraprofessioneller Kommunikation zur Sicherstellung qualitativ guter Pflege und Betreuung, die Transparenz gegenüber dem Verbraucher und externe Qualitätssicherung nicht zu scheuen braucht.

Um so mehr muss hervorgehoben werden, dass das Münchner Projekt trotz skeptischer Beobachtung und kritischer Kommentierung einen positiven Anschluss gefunden hat und die Erfahrungen von ReduDok nun Eingang in die weitere Debatte rund um das Thema Pflegedokumentation finden können.

Auf die weitere Einführung in die Einrichtungen und die Rückmeldungen zur Verstetigung des eingeschlagenen Wege, sowie die Auswirkungen auf Aus- und Weiterbildungsstätten in punkto Pflegeplanung, Pflegemodellen und den Umfang der Verschriftung des Pflegeprozesses, darf man gespannt sein“.

8. Fazit

Die Vielzahl an positiven Eindrücken, Effekten und Rückmeldungen belegen den Erfolg des Projekts ReduDok. Eine Reduzierung unnötiger Dokumentation hat stattgefunden, bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität der Versorgung. Dabei ist abschließend festzuhalten, dass die ReduDok-Vereinbarung nur EINE Möglichkeit aufzeigt, wie aus der Bürokratiefalle ein Weg gefunden werden kann.

Erfreulich ist vor allem die Verbesserung bzw. der Anstieg professioneller Handlungsweisen bei den Pflegenden im Verlauf des Projektes. Die Aufwertung der qualifizierten Einschätzung war hierfür maßgeblich, in Kombination mit der Verbesserung von Kommunikationsstrukturen.

Ein ursprüngliches Ziel von ReduDok war die Reflexion der Vorgehensweisen der Prüfinstanzen sowie die Entwicklung einer gemeinsamen Vorstellung zwischen Einrichtungen und Behörden bezüglich einer „guten Pflegedokumentation“. Diese Ziele wurden ebenfalls erreicht. Darüber hinaus verweisen die positiven Effekte auf die Erreichung weiterer formulierter Ziele. Es hat eine deutliche Qualitätssteigerung im Umgang mit den vorhandenen Pflegedokumentationssystemen stattgefunden. Vor allem der Zusammenhang zwischen Kommunikation und Pflegedokumentation ist, durch verbessertes Fallbesprechungsmanagement, verdeutlicht worden.

Unsicherheiten gab es zu Beginn des Projektes bezüglich der Einstufungen des Pflegebedarfs. Hierzu kann abschließend angemerkt werden: Die Begutachter des MDK konnten notwendige Einstufungen auf Basis der ReduDok-Vereinbarung vornehmen. Dieser Aspekt wurde bereits in der Frühphase des Projektes einer Klärung zugeführt.

Darüber hinaus gab es keine Probleme im Umgang mit der „Pflegetransparenzvereinbarung“. Die ReduDok-Vereinbarung stand, bei adäquater Anwendung, nicht im Widerspruch zur Qualitätsprüfungsrichtlinie sowie den Anforderungen des § 114 SGB XI (siehe Stellungnahme des MDK/ Anlage 5).

Letztlich gibt es offene Fragen zum Thema Pflegedokumentation, die das Projekt ReduDok nicht abschließend klären konnte. Die kritischen Rückmeldungen der am Projekt Beteiligten müssen für Folgeprojekte entsprechend Berücksichtigung finden. Vor allem die Einbindung der Ausbildungsstätten gilt als wesentliche Komponente, an der, zumindest innerhalb der Landeshauptstadt München, angesetzt werden wird. Grundsätzlich ist bei der Weiterführung der ReduDok-Vereinbarung über eine verbesserte Darstellung im Bereich Maßnahmenplanung und Risikomanagement nachzudenken. Im Umgang mit der fehlenden wissenschaftlichen Fundierung der Pflegecharta gilt es eine Klärung anzustreben.

Bezüglich des Themas Leistungsnachweis gibt es, insgesamt und über alle Akteure der „Pflegeszene“ hinweg betrachtet, einen hohen Aufklärungsbedarf. Die Thematik ist durch viele Einzelmeinungen geprägt, tatsächliches Wissen hierüber findet sich in der „Pflegeszene“ selten. Den Abbau sinnloser Bürokratie gibt es nicht zum „Nulltarif“. Durch das einfache Weglassen bestimmter Formulare oder Instrumente sind die hier beschriebenen positiven Effekte sicher nicht erreichbar. Eventuell kann ein wenig Zeit gewonnen werden. Diese wird im komplexen Alltag einer

Pflegeeinrichtung schnell verpuffen.

Was kann jede Einrichtung dennoch tun?

- Zu empfehlen ist eine grundsätzliche Analyse der eigenen Dokumentationssystematik in Kombination mit internen Kommunikationsstrukturen, beides unter Beteiligung der Experten: dem Pflegepersonal. Die Leitfrage sollte dabei sein: Was wollen wir mittels der Pflegedokumentation kommunizieren?
- Jede Einrichtung entwickelt im Laufe ihres Betriebs eine eigene Kultur der Informationsweitergabe. Grundsätzlich sollte daher darauf geachtet werden, dass „starre Systeme“, die keinen Spielraum für Wünsche und Veränderungen lassen, vermieden werden.
- Bestimmte „Vordrucke“ oder Formulare können sinnvoll unterstützen, Mustersysteme helfen aber nicht weiter. Ohne sinnvolle Überlegungen zum Thema Informationsweitergabe innerhalb der Einrichtung erscheint die Reduzierung von unnötiger Bürokratie nur begrenzt möglich.
- Die pflegerische Dienstleistung ist vor allem durch Komplexität und Beziehungsarbeit geprägt. Zur Erleichterung der (schriftlichen) Darstellung dieser Bereiche benötigt es Qualitätsmoderatoren, die durch gezieltes Fragen in Fallbesprechungen unterstützen.
- Pflegekräfte benötigen eine hermeneutische Fallkompetenz, um die hochkomplexen Pflegesituationen erklären und verstehen sowie adäquate Maßnahmen ableiten zu können. Dazugehörige Schulungen sollten nicht an der „guten“ Verschriftlichung ansetzen, d.h. auf abstrakter Ebene, sondern an der Situation „am Bett“.

München, Juli 2013
Rüdiger Erling
Projektleiter ReduDok

9. Übersicht der Anlagen

Anlage 1 Stellungnahme der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern

Anlage 2 Empfehlung im Umgang mit der Pflegecharta

Anlage 3 Anfrage an die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Pflegekassen zum Thema Leistungsnachweis und Pflegecharta

Anlage 4 Abschlussbericht der Katholischen Stiftungsfachhochschule München

Anlage 5 Stellungnahme des MDK Bayern zum Projekt ReduDok

Anlage 6 Stellungnahmen der Leitungen der beteiligten Einrichtungen

Anlage 7 Zusammenfassung der Abschlussrückmeldung der Mitarbeiter der Projektbereiche

Anlage 8 Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege

Anlage 9 Anschreiben bezüglich Einverständnis der Bewohnerinnen und Bewohner

Anlage 1

Stellungnahme der Heimaufsicht der Regierung von Oberbayern

ReduDok



Regierung von Oberbayern • 80534 München

Landeshauptstadt München
Kreisverwaltungsreferat
KVR-I/24 FQA/Heimaufsicht
Ruppertstr. 11
80466 München

Bearbeitet von Sandra Apou-Frühauf	Telefon / Fax +49 (89) 2176-3210 / -403210	Zimmer 1418	E-Mail Sandra.Apou-Fruehauf@reg-ob.bayern.de
Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Unser Geschäftszeichen 13-4	München, 19.06.2013

Stellungnahme Projekt ReduDok

Sehr geehrter Herr Erling,

wir begrüßen die positiven Projektergebnisse und bedanken uns für das Engagement aller am Projekt beteiligten Akteure.

Zu dem Projekt ReduDok nehmen wir wie folgt Stellung:

Im Jahr 2012 wurde durch die Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) der LHM das Projekt ReduDok durchgeführt und im Mai 2013 erfolgreich beendet. Das Projekt wurde seitens der Katholischen Stiftungsfachhochschule München (KSFH) wissenschaftlich und durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Bayern (MDK) fachlich begleitet.

Dienstgebäude
Maximilianstraße 39
80538 München

U4/U5 Lehel
Tram 18/19 Maxmonument

Telefon Vermittlung
+49 (89) 2176-0

Telefax
+49 (89) 2176-2914

E-Mail
poststelle@reg-ob.bayern.de

Internet
www.regierung-oberbayern.de



Die Regierung von Oberbayern als Fach- und Rechtsaufsichtsbehörde über die Kreisverwaltungsbehörden wurde regelmäßig über den Stand des Projektes in Kenntnis gesetzt und konnte durch die Teilnahme an einigen Projekttreffen sowie an einem Begleitertreffen in einer am Projekt teilnehmenden Einrichtung zur Umsetzung in die Praxis einen eigenen Eindruck gewinnen.

Das Projekt hatte u. a. zum Ziel, die teilweise überbordende Pflegedokumentation zu reduzieren, ohne relevante Informationen auszulassen und gleichzeitig die Professionalität der Pflegenden zu fördern.

Die teilnehmenden Einrichtungen waren von Beginn an aktiv an der Projektgestaltung und –durchführung beteiligt. Bei allen Akteuren des Projektes war Professionalität, Engagement und Akzeptanz in der gemeinsamen Erarbeitung der Projektergebnisse sowie deren Implementierung in die Praxis erkennbar.

Sehr erfreulich ist, dass die Ziele erreicht wurden und somit das Projekt erfolgreich beendet werden konnte. Der Umfang der Pflegedokumentation konnte reduziert und eine Zeitersparnis erreicht werden, die letztlich dem Bewohner zu Gute kommt.

Sehr zu begrüßen ist, dass die pflegfachliche Einschätzung einen größeren Stellenwert einnimmt und somit insgesamt gestärkt wird. Durch den Bezug auf die Artikel der Pflegecharta im Rahmen der Anamnese wurde erreicht, dass der Bewohner verstärkt ganzheitlich betrachtet wird und insbesondere Selbstbestimmung und Privatheit in den Fokus gerückt werden.

Durch die Einbindung des MDK konnte dessen grundsätzliche Akzeptanz mit dem neuen Verfahren sichergestellt werden. Es wurde deutlich, dass bei fachlich adäquater Anwendung der neu konzipierten Dokumentationsform die Anforderungen der Qualitätsprüfungsrichtlinien des MDK erfüllt werden können. Bei den teilnehmenden Einrichtungen bestehende Unsicherheiten konnten insoweit ausgeräumt werden.

Die Projektergebnisse entsprechen im Übrigen den gesetzlichen Vorgaben zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PflWoqG). Nach Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 PflWoqG ist die Umsetzung des an der Person des Pflegebedürftigen orientierten Pflegeprozesses vorgesehen. Hinsichtlich der Art und Weise der Umsetzung besteht jedoch Gestaltungsspielraum.

Mit freundlichen Grüßen

Apou-Frühauf

Anlage 2

Empfehlung im Umgang mit der
Pflegecharta



Zuordnung pflegerischer Themen / Schwerpunktsetzung auf Grundlage der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen für den „BioNesePlan“

Stand 30.03.2012

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

- Besondere Wünsche/Gewohnheiten des Bewohners („Frühaufsteher/Spätaufsteher“, Schlafenszeiten, etc.)
- Einbezug in den Pflegeprozess/Bezugspflege
- Orientierung
- Wichtige Aspekte zur kognitiven Situation des Bewohners
- Herausforderndes Verhalten/Umgang mit Demenz
- Therapie, Besonderheiten zur Arztwahl (evtl. auch bei Artikel 4)
- Beachtung der Gestaltung des Tagesablaufes,
- Willens- und Entscheidungsfreiheit
- Geschäftsfähigkeit / Betreuung / Vorsorgevollmachten/ Patientenverfügungen (mutmaßlicher Wille)
- Liegen Konflikte im Bereich Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht vor?
- Selbstbestimmter Umgang mit Geld

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

- Ängste und Sorgen
- Freiheitsentziehende Maßnahmen und Alternativen
- Risikomanagement
- Prophylaxen (Stürze, Dekubitus, etc.)
- Mobilität/Immobilität (evtl. auch zu anderen Artikeln, z.B. Artikel 6)
- Verpflegung/ Essen und Trinken (evtl. auch zu anderen Artikeln)
- Besondere Aspekte der Medikamente/Psychopharmaka
- Umgang mit Schmerzen
- Wichtiges zu Hilfsmitteln (evtl. auch zu Artikel 6)

Artikel 3: Privatheit

- Persönlicher Wohnraum (eigene Wohnung, Schlüssel, Möbel)
- Fragen zum Einzelzimmer/Doppelzimmer
- Speisepplatz/-saal
- eigene Medien (Fernseher, Telefon, Internet, etc.)
- Geschlechtsbezogene Pflege
- Wahrung der Intimsphäre (Sichtschutz)
- Momente des Rückzugs
- Fragen zu Briefen und Postgeheimnis
- Datenschutz

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

- Ärztliches / Medizinisches /Vernetzung mit anderen Diensten
- Grundpflege/Körperpflege
- Behandlungspflege (PEG, Wundmanagement, etc.)
- Angemessene Kleidung
- Umgang mit Kontinenz/Inkontinenz
- Logopädie, Krankengymnastik, etc. (evtl. auch bei Artikel 1)
- Besondere Themen rund um Zahnheilkunde, Urologie, Gynäkologie, etc.

- Rolle/Bedeutung der Angehörigen (evtl. auch bei Artikel 1)

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

- Fragen rund um den Einzug/im Nachgang zum Einzug („PÜ“)
- Eventuell Beratung aller Beteiligten z.B. bei Veränderungen, bei Veranlassung medizinischer Art, etc.
- Neueinstufung/Einstufung Pflegebedarf
- Angehörigenarbeit

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

- Beschäftigung
- (psycho) soziale Betreuung/soziales Leben in der Einrichtung
- Validation
- Berücksichtigung von sprachlichen Barrieren / Kommunikation
- Demenzielle Veränderungen (evtl. auch bei Artikel 1)
- „Raus gehen/kommen“
- Organisation von Wahlen
- Umgang mit MRSA
- Aktivitäten, Feste und Geburtstag

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

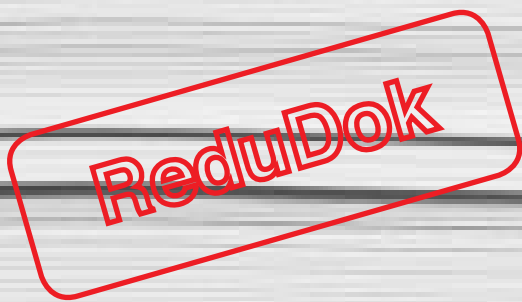
- Besondere Rituale
- religiöse Besonderheiten/Wunsch nach Begleitung

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

- Letzte Wünsche bekannt
- Zusammenarbeit Hospiz
- Sterbevorsorge
- Besonderheiten zu Ernährung, Schmerzmanagement, etc.
- Zusammenarbeit mit Ärzten
- psychosoziale Arbeit (u.A. Angehörige)
- Bestattungsvorsorge

Anlage 3

Anfrage an die Arbeitsgemeinschaft
der bayerischen Pflegekassen zum
Thema Leistungsnachweis und
Pflegecharta





Landeshauptstadt München, Kreisverwaltungsreferat
Ruppertstr. 19, 80466 München

Arbeitsgemeinschaft der
Pflegekassenverbände
(hier: AOK Bayern – Die Gesundheitskasse)

Carl-Wery-Straße 28
81789 München

Hauptabteilung I
Sicherheit und Ordnung.Gewerbe
FQA / Heimaufsicht
KVR-I/24

Ruppertstr. 19
80466 München
Telefon: 089 233-44335
Telefax: 089 233-44666
Dienstgebäude:
Ruppertstr. 11
Zimmer: 321
Sachbearbeitung:
Herr Erling
ruediger.erling@muenchen.de

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Datum

29.11.2012

Anfrage bezüglich unserem Projekt zur Entbürokratisierung in München
ReduDok: Reduzierung der Dokumentation (www.redudok.de)

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit einigen Monaten führen wir in München ein Projekt zur Entbürokratisierung durch. An dem Projekt nehmen fünf stationäre Einrichtungen der Altenhilfe teil. Fester Projektpartner ist der MDK Bayern, die Federführung liegt bei der Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht München (FQA; früher: Heimaufsicht).

Das Projekt nennt sich ReduDok (Reduzierung der Dokumentation) und wird durch Prof. Reuschenbach von der Katholischen Stiftungshochschule (KSFH) München wissenschaftlich begleitet. Auf unserer Internetseite www.redudok.de können Sie sich gerne einen Eindruck über den aktuellen Projektstand machen.

Auf Basis einiger Workshops im Jahre 2011 und 2012 haben wir gemeinsam mit den Projektteilnehmern eine Dokumentationsalternative entwickelt. Diese wird grundsätzlich den Anforderungen aus Sicht der FQA München sowie dem MDK Bayern gerecht, soll dabei aber eine bestimmte „Papierobergrenze“ nicht überschreiten. Als offizielles Projektende haben wir den 15.05.2013 terminiert. Seit Mai 2012 kommt die entwickelte Alternative in je einem Wohnbereich der teilnehmenden Einrichtungen zur Anwendung. Unser erstes Zwischenfazit ist durchweg positiver Art, d.h. es liegt eine Entbürokratisierung vor. Bezüglich den grundsätzlichen pflegefachlichen und rechtlichen Anforderungen sehen wir, bei adäquater Anwendung der Dokumentationsalternative, keine Bedenken.

Im Projektverlauf sind nun Fragen zum Thema Leistungsnachweis, Pflegeplanung und theoretische Grundlage entstanden. Diesbezüglich erbitten wir von Ihnen eine Auskunft.

Vorneweg möchten wir Ihnen jedoch kurz das Grundproblem skizzieren, mit dem wir uns in der Praxis mittlerweile konfrontiert sehen.

Die ordnungsrechtlichen Anforderungen an die Pflegedokumentation sind grundsätzlich sehr offen gehalten (Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz). Ähnlich erleben wir es bezüglich der Anforderungen aus dem Bereich des Elften Sozialgesetzbuches. Durch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI sind zwar einige Anforderungen konkretisiert, leider unterliegen diese dennoch einer gewissen Interpretation, was innerhalb der Pflege Landschaft in den letzten Jahren zu einer wahren Dokumentationsflut geführt hat.

In der stationären Altenhilfe wird grundsätzlich nicht nach Einzelleistungen abgerechnet. Daher erscheint der Einzelleistungsnachweis in der Anwendung als problematisch, da letztlich nicht abschließend definiert werden kann, für welche Leistung überhaupt ein Nachweis erbracht werden muss.

Am Beispiel des Bereichs der sozialen Betreuung zeigt sich das Problem im besonderen Maße. So wird von vielen Einrichtungen mittlerweile beinahe jedes Angebot mit einem Einzelleistungsnachweis belegt, was in einer unnötig hohen Anzahl von Nachweislisten mündet. Gerade dieses Feld ist aufgrund seiner vielfältigen Möglichkeiten niemals mittels Dokumentation abschließend abbildbar/nachweisbar. Das Problem zeigt sich ebenfalls in weiteren pflegerischen Feldern (Grund- und Körperpflege, Prophylaxen, Ernährung, Umgang mit Mobilität etc.) auf die sich das Beispiel entsprechend übertragen lässt.

Für folgende Fragen erbitten wir daher eine Einschätzung aus Ihrer Sicht:

Steht bei den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI, bezüglich der Anforderung Leistungsnachweis, der Gedanke des Einzelleistungsnachweises im Vordergrund oder bezieht sich die Anforderung auf den Nachweis einer geplanten und qualifizierten Pflege – also der erbrachten Gesamtleistung?

Sollte der Einzelleistungsnachweis der Grundgedanke sein, zu welchen konkreten Themenfeldern, Komplexen oder Tätigkeiten sind dann Nachweise notwendig?

Ist es denkbar, dass eine gut formulierte individuelle Pflegedokumentation, z.B. durch eine adäquat formulierte Anamnese, einen gut formulierten Pflegebericht sowie dem kontinuierlichen Nachweis von Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. in der Form regelmäßig stattfindender qualifizierter Pflegevisiten) als Leistungsnachweis gelten kann? Hieraus lässt sich in der Regel problemlos die Erbringung einer geplanten Pflege herauslesen.

Zu beachten ist, dass bestimmte Tätigkeiten alleine schon aufgrund des organisatorischen Eigeninteresses entsprechend mit Nachweisen belegt werden, das heißt ein Verzicht auf Einzelleistungsnachweise ist nicht das verfolgte Ziel der Projektteilnehmer, sondern die Konkretisierung der formulierten Anforderungen.

Welche Nachweispflichten liegen aus Sicht des Elften Sozialgesetzbuches bezüglich der Erbringung von behandlungspflegerischen Maßnahmen vor, die grundsätzlich im Zuge des Fünften Sozialgesetzbuches verordnet werden, durch die Einrichtung jedoch erbracht werden sollen? Hierfür erscheint ein Einzelleistungsnachweis sinnvoll; Klarheit besteht diesbezüglich jedoch nicht

Wie ist die Anforderung der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI bezüglich der Anforderung „Pflegeplanung“ zu interpretieren? Soll das Pflegedokumentationssystem als Grundlage eines planerischen Prozesses verstanden werden, also geplante Pflege ermöglichen, oder soll die Pflegeplanung der Lehrbuchschrittfolge „Problem-Ziel-Ressource-Maßnahme“ folgen, wie es in der Altenpflegeausbildung vermittelt wird? Letztere Variante erleben wir in der Praxis als unnötige Bürokratieursache. Daher bevorzugen wir die vorher beschriebene Interpretation, sind aber für eine entsprechende Einschätzung Ihrerseits sehr dankbar.

Im Rahmen des Projektes arbeiten wir auf Basis der Pflegecharta (siehe auch: www.pflegecharta.de). Das von uns entwickelte individuelle Dokumentationssystem baut durch die zur Anwendung kommende Pflegeanamnese auf den acht Artikeln der Pflegecharta auf. Der Pflegeprozess kann mittels der Dokumentationsalternative entsprechend abgebildet werden. Ist dies Ihrer Einschätzung nach mit der Anforderung zum Pflegekonzept gemäß der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI vereinbar? Die Pflegecharta ist grundsätzlich keine Pflegetheorie, ihr zu Grunde liegen jedoch viele pflegetheoretische Aspekte, fokussiert auf den Grundgedanken zur Umsetzung einer würdevollen Pflege. Wir sehen das Kriterium durch die Pflegecharta und die Sicherstellung des Pflegeprozesses als erfüllt an; wünschen uns von Ihnen jedoch noch eine entsprechende Aussage.

In den letzten Jahren sind die bürokratischen Anforderungen nicht nur für Münchner Einrichtungen kontinuierlich gestiegen. Ein Blick in andere Regionen bestätigt diesen Trend. Im Mai 2012 meldete die Zeitschrift CAREkonkret, dass die mit der Erstellung der Pflegedokumentation verbundenen Kosten sich in Deutschland mittlerweile auf 2,7 Milliarden Euro belaufen. Es besteht daher dringender Handlungsbedarf. In München versuchen wir dieser Entwicklung mit dem Projekt ReduDok etwas entgegen zu setzen. Unser erstes Projektzwischenfazit lautet: Ein Entbürokratisierung ist möglich. Um diesbezüglich einen nachhaltigen Ansatz entwickeln zu können, sind wir jedoch auf eine Einschätzung aus Ihrer Sicht angewiesen.

In den letzten Jahren sind die bürokratischen Anforderungen nicht nur für Münchner Einrichtungen kontinuierlich gestiegen. Ein Blick in andere Regionen bestätigt diesen Trend. Im Mai 2012 meldete die Zeitschrift CAREkonkret, dass die mit der Erstellung der Pflegedokumentation verbundenen Kosten sich in Deutschland mittlerweile auf 2,7 Milliarden Euro belaufen. Es besteht daher dringender Handlungsbedarf. In München versuchen wir dieser Entwicklung mit dem Projekt ReduDok etwas entgegen zu setzen. Unser erstes Projektzwischenfazit lautet: Ein Entbürokratisierung ist möglich. Um diesbezüglich einen nachhaltigen Ansatz entwickeln zu können, sind wir jedoch auf eine Einschätzung aus Ihrer Sicht angewiesen.

Sollten Sie bezüglich der formulierten Fragen oder den konkreten Inhalten des Projektes noch weitere Informationen benötigen, stehen wir natürlich gerne zur Verfügung. Wir würden uns freuen, Ihnen das Projekt auch einmal persönlich vorstellen zu können. Für die Koordinierung eines Gesprächstermins wenden Sie sich bitte an Herrn Rüdiger Erling (ruediger.erling@muenchen.de; Telefon: 089 233 44335).

Mit freundlichen Grüßen

Rüdiger Erling
Projektleiter ReduDok

Anlage 4

Abschlussbericht der Katholischen
Stiftungsfachhochschule München



**Katholische
Stiftungsfachhochschule
München**
Institut für Fort- und Weiterbildung
Forschung und Entwicklung



**Abschlussbericht zum Projekt
„Reduktion des Dokumentationsaufwandes in der stationären
Altenhilfe“ (Redudok)**

Institut für Fort- und Weiterbildung, Forschung und Entwicklung (IF) der Katholischen
Stiftungsfachhochschule München, University of Applied Sciences

verantwortlich

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

Nicolai Hornstein, B.A., RN.

08.05.13

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

Preysingstr. 83

81667 München

Tel. 089-48092-1231

Email: bernd.reuschenbach@ksfh.de

Gliederung

- 1 Hintergrund des Projektes
- 2 Projektschritte
- 3 Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung
- 4 Methoden
- 5 Ergebnisse
- 6 Dissemination
- 7 Fazit

1 Hintergrund des Projektes

Im Oktober 2011 wurde von der Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht (kurz FQA) der Stadt München ein Projekt initiiert, mit dem die bisherige Dokumentation im Bereich der stationären Altenpflege einer kritischen Analyse unterzogen werden sollte. Die Initiative zur Überarbeitung der Pflegeplanung ergab sich aus dem in der Praxis immer wieder beklagten bürokratischen Aufwand zur Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen. In den durch die FQA begleiteten Einrichtungen zeigt sich trotz gleicher formaler und rechtlicher Grundlagen eine große Heterogenität hinsichtlich Inhalt, Form und Umfang der Pflegedokumentation. So waren vereinzelt Dokumentationen im Umfang von mehr als 50 Seiten zu finden, während andere Einrichtungen mit deutlich weniger Seiten auskamen. Offensichtlich gab und gibt es hier einen großen Handlungsspielraum, der im Rahmen des Projektes unter die Lupe genommen und gestaltet werden sollte.

Für die FQA München stellt sich die Dokumentation in der Praxis oft undurchsichtig und von vielen Regelungen unterschiedlicher Herkunft überfrachtet dar. Oft wird von Pflegekräften die Meinung vertreten, die stetig zunehmenden Anforderungen an die Dokumentation seien in gesetzlichen Regelungen begründet. Erschwerend kommt hinzu, dass es typische und meist ungeprüft Rituale gibt (z.B. „ein Eintrag pro Schicht“ etc.), die eine weiteren Belastung für die tägliche Arbeit darstellen. Auch diese Aspekte sollen im Rahmen des Projektes überprüft werden.

Zentrale Zielsetzungen, die seitens der FQA für das Projekt „Redudok“ formuliert wurden, sind:

- Eine Reduktion des bürokratischen Aufwandes bei der Umsetzung der neuen Pflegedokumentation.
- Ein reflektiertes Verständnis der beteiligten Akteure über die Zielsetzungen der Pflegedokumentation. Ein wesentliches Anliegen ist dabei insbesondere, dass eine Dokumentation nicht allein deshalb umgesetzt werden sollte, um Prüfinstanzen zufrieden zustellen, sondern weil es den Pflegenden nützlich erscheint und/oder damit die Versorgungsqualität verbessert werden kann.
- Durch die Beteiligung des MDK sollte auch zwischen den Prüforanen die Diskussion über einheitliche Vorgehensweisen in der Qualitätsbeurteilung angeregt werden.

Die maßgebliche inhaltliche Gestaltung für eine Veränderung der Dokumentation oblag Rüdiger Erling von der FQA. Hierzu wurde in mehreren Workshops gemeinsam mit den beteiligten fünf Modelleinrichtungen die Pflegedokumentation sukzessive überarbeitet. Ausgehend von einer Zukunftswerkstatt im Oktober 2011 wurde ein Alternativmodell der Pflegedokumentation entwickelt. Dieses zeichnet sich, neben einer Reduktion der Seitenzahlen, auch durch eine neue theoretische Fundierung aus. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflegecharta) ersetzt in den Modelleinrichtungen die bekannte Gliederung anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens, beispielsweise im Sinne des Pflegemodells von Monika Krohwinkel. Durch die Umstellung auf ein neues theoretisches Fundament soll einerseits die Relevanz bestimmter Pflegedimensionen auf den Prüfstand kommen, andererseits soll damit die somatische Orientierung in der klassischen Pflegeplanung durch Aspekte der Autonomie und sozialen Teilhabe ergänzt werden.

Aufgabe der **wissenschaftlichen Begleitforschung** ist einerseits die wissenschaftliche Beratung während dieser Workshops, andererseits soll die Wirksamkeit der Intervention evaluiert werden. Dies geschieht zum einen durch Gruppeninterviews in den Modelleinrichtungen und zum anderen durch eine Zeitanalyse.

Die Auswahl der Modelleinrichtungen erfolgte aufgrund einer Ausschreibung der FQA, die an alle Münchner Einrichtungen adressiert war.

Folgende Einrichtungen waren an dem Modellprojekt beteiligt (→ Tabelle 1)

Tabelle 1: Beteiligte Einrichtungen		
Einrichtung	Abkürzung, die im Bericht genutzt wird	Projektverantwortliche/ -verantwortlicher
 <p>Haus der Arbeiterwohlfahrt Altenpflegeheim Gravelottestr. 6-8 81667 München</p>	AWO	Hr. Sonnweber Fr. Hofmann
 <p>Bayerisches Rotes Kreuz Haus Alt-Lehel Christophstr. 12 80538 München</p>	BRK	Hr. Distler-Hohenstatt Fr. Gerritz
 <p>Damenstift am Luitpoldpark Parzivalstr. 63 80804 München</p>	Damenstift	Hr. von Oesen
 <p>Marienstift München Klugstraße 144 80637 München</p>	Marienstift	Fr. Perovic-Schneider Fr. Miehle Hr. Kuznick
 <p>Residenza Seniorenzentrum & Sozialtherapeutischer Langzeitbereich Murnauer Straße 267 81379 München</p>	Residenza	Fr. Baumann

Neben diesen Einrichtungen war auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) Bayern in das Projekt eingebunden, nahm an den Begehungen in den Einrichtungen teil und wirkte in den Workshops mit.

2 Projektschritte

Dem eigentlichen Projekt waren Sondierungsgespräche zwischen der FQA, namentlich Rüdiger Erling, und der KSFH, namentlich Prof. Dr. Bernd Reuschenbach, vorausgegangen. Zwischen der KSFH und der FQA gab es bereits im Jahr 2008 ein Kooperationsprojekt, das die Entwicklung eines Instrumentariums zur Qualitätsmessung zum Ziel hatte. So kam Mitte des Jahres 2011 die Idee auf, unter dem Eindruck einer wachsenden Kritik am Dokumentationsaufwand die Pflegeplanung in den Mittelpunkt eines Forschungsprojektes zu stellen. Im November 2011 wurde ein erster Entwurf für die Begleitforschung erstellt. Im Januar 2012 wurde die endgültige Projektskizze mit dem Angebot beim Kreisverwaltungsreferat der Stadt München eingereicht. Der endgültige Förderzeitraum für die Begleitforschung lag zwischen dem 01. 03. 2012 und dem 31.12.2012.

Wesentliche Meilensteine des Projektes sind:

- Erstes Treffen der Modellstationen am 26.01.2012
- Zweites Treffen 21.03.2012: Der Name des Projektes wurde bei diesem Treffen endgültig auf ReduDok festgelegt. Die Einrichtungen haben von allen Bewohnern der betroffenen Wohnbereiche Einverständniserklärungen eingeholt. Der MDK informiert interne Stellen über das Projekt. Die KSFH berichtet über die Literaturrecherche zu ähnlichen Projekten, sowie das weitere Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung. Eine Diskussion über die Einführung der Pflegecharta als theoretische Basis findet statt.
- Durchführung einer Zeiterfassung im April 2012.
- Drittes Treffen 17.04.2012: Die Einrichtungen präsentierten den jeweiligen aktuellen Ist-Stand. Es wird versucht, verschiedene Pflegeprobleme den jeweiligen Artikeln der Pflegecharta zuzuordnen. Die offizielle Homepage www.redudok.de wird eingerichtet und vorgestellt. Den Einrichtungen werden Mitarbeiter der FQA zur Beratung zugeordnet.

- Viertes Treffen 19.06.2012: Der Ist-Stand seit der Einführung der neuen Anamnese auf Basis der Pflegecharta wird von den einzelnen Einrichtungen, dem MDK und der FQA vorgestellt. Die Ergebnisse der ersten Zeiterfassung werden kurz präsentiert.
- Fünftes Treffen am 06.07.2012 bei dem offene Implementierungsfragen der Pflege-Charta und organisatorische Dinge bei der Umsetzung besprochen wurden.
- Sechstes Treffen 19.09.2012: Hier wurde von allen Einrichtungen sowie vom MDK der momentane Entwicklungsstand präsentiert, sowie aktuelle Fragen geklärt.
- Die Analyse von Veränderungen in den Einrichtungen auf der Grundlage von Gruppeninterviews beginnt.
- Durchführung einer zweiten Zeiterfassung im November 2012.
- Siebtes Treffen 20.11.2012: In diesem Evaluationstreffen wurden der Nachweis von Pflegetätigkeiten, die Dokumentation des Risikomanagements sowie Anforderungen des MDK diskutiert. Die Einrichtungen gaben sich gegenseitig Feedback zur jeweiligen Dokumentation anhand von Musterdokumentationen aus den entsprechenden Wohnbereichen.
- Achstes Treffen: Die Einrichtungen geben Rückmeldung über den Projektstand. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden präsentiert, diese ist damit abgeschlossen. Die Weiterführung des Projekts nach Projektende am 15.05.2013 wird besprochen. Die Evaluation (Pflegevisite, Fallgespräch) wird nochmals kritisch diskutiert.
- Geplant ist eine Abschlussveranstaltung im Mai 2013

3 Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung

Die Fragestellungen für die wissenschaftliche Begleitforschung wurden vorab festgelegt. Sie sind im Projektplan dokumentiert. Ergänzend zum Projektplan wurde eine Befragung zum subjektiv erlebten Zeitaufwand für die Dokumentation (prä-post-Vergleich) durchgeführt. Damit ergaben sich für die Evaluation drei Leitfragen:

- Welche Dokumentation¹ erfüllt die Ansprüche der Pflegenden und ermöglicht gleichzeitig eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes?
- Wie ist die Akzeptanz und Umsetzbarkeit der neuen Pflegedokumentation in der Praxis?
- Reduziert sich durch die veränderte Pflegedokumentation der zeitliche Aufwand?

4 Methoden

Zur Beantwortung der drei Leitfragen wurden folgende Methoden genutzt (Tabelle 2)

	Fragestellung	Zeitraum	Methode
1	Welche Dokumentation erfüllt die Ansprüche der Pflegenden, der Bewohner und ermöglicht gleichzeitig eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes?	März bis November 2012	Begleitung der Workshops, Inhaltsanalyse der Protokolle, Literaturrecherche
2	Wie ist die Akzeptanz und Umsetzbarkeit der neuen Pflegedokumentation in der Praxis?	09.10.2012 21.11.2012 29.11.2012	Gruppeninterviews, inhaltsanalytische Auswertung der Transkripte
3	Reduziert sich durch die veränderte Pflegedokumentation der zeitliche Aufwand?	Jeweils einmonatige Erhebung (April und November 2012)	Erhebung des Zeitaufwandes mittels Fragebogen zu zwei Erhebungszeitpunkten

¹ Unter Pflegedokumentation wird im Folgenden jegliche verschriftlichte Information mit Bezug zum Bewohner/Patienten verstanden, die eine pflegerische Relevanz hat oder durch Pflegenden verfasst wird. Teil der Dokumentation ist die Pflegeplanung. Diese wird hier als schriftlich geplante Abfolge von Ist-Zustand, geplanten Maßnahmen, Verschriftlichung der Umsetzung und Evaluation verstanden. Sie ist die schriftliche Umsetzung des bekannten PDCA-Zirkels. Teil der Pflegedokumentation im weiteren Sinne ist auch die Dokumentation von Ergebnissen der Pflegeanamnese oder der Pflegevisite. Im engeren Sinne (siehe Erhebung der Zeiterfassung) ist die Pflegedokumentation die meist tägliche Berichtlegung zum Bewohner/Patienten, d.h. die Verschriftlichung von aktuellen Veränderungen, zeitnah durchgeführten Maßnahmen und relevanten Handlungsbedarfen.

Ad 1) Recherche zum aktuellen Stellenwert und Alternativen

Die Einschätzung zur Pflegedokumentation ergibt sich durch die Begleitung bei den Workshops und durch die Literatursichtung.

Als wesentliche unterstützende Arbeiten zur Beantwortung dieser Fragestellung dienten zwei Bachelorarbeiten, die an der Katholischen Stiftungsfachhochschule im Hinblick auf dieses Projekt durchgeführt wurden. Zum einen die Arbeit von Elisabeth Miehle, die in ihrer Arbeit beispielhafte Projekte zum Bürokratieabbau in der Pflege darstellte. Weiterhin die Bachelorarbeit von Nicolai Hornstein, selbst Mitarbeiter im Redudok-Projekt, der sich kritisch mit den Qualitätsdimensionen der Pflegekriterien und der Eignung der Pflegecharta als theoretische Grundlage der Pflegedokumentation auseinandersetzt.

Ad 2) Akzeptanz der neuen Dokumentation

In drei Einrichtungen wurden nach der Implementierung der neuen Dokumentation **Fokusgruppeninterviews** durchgeführt. Die Kontakte zu den beteiligten Personen auf den Modelleinrichtungen kamen über die Projektverantwortlichen oder die Heimleitung/Pflegedienstleitung der jeweiligen Einrichtungen zustande. Die Personen wurden vor dem eigentlichen Interview schriftlich eingeladen und dabei über die Untersuchungsziele und die datenschutzrechtlichen Bedingungen aufgeklärt. Im Mittelpunkt der Gruppengespräche standen drei Aspekte:

- Reflexion der wahrgenommenen Veränderungen
- Bewertung der Veränderungen
- Hürden in der Umsetzung.

Zur Förderung des Gesprächsflusses in der Befragungsgruppe wurde ein Leitfaden genutzt (siehe Anhang A). Die Gespräche dauerten im Schnitt 22 Minuten. Die Gruppendiskussion wurde von Nicolai Hornstein durchgeführt. Die Interviews wurden nach entsprechender schriftlicher Aufklärung der Teilnehmenden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Das dabei entstehende Kategoriensystem ist maßgeblich durch die oben genannten Leitfragen bestimmt. Ein Interview konnte aufgrund technischer Probleme nicht transkribiert werden. Die Inhalte dieses Interviews wurden als Gedächtnisprotokoll unmittelbar nach dem Interview verschriftet.

Insgesamt wurden drei Gruppeninterviews durchgeführt (→ Tabelle 3).

Tabelle 3: Gruppeninterviews in den drei Modelleinrichtungen				
Datum	Einrichtung	Anzahl der Teilnehmenden	Dauer	Sonstige Bemerkungen
09.10.2012	BRK	4	Ca. 35 Minuten	Kein Volltranskript des Interviews möglich
21.11.12	Residenza	4	15:02	
29.11.12	Damenstift	6	16:13	

Ad 3) Zeiterfassung

Zur Zeiterfassung wurde ein einfaches Abfrageblatt entwickelt (siehe Anhang B). Ziel war es hierbei, eine möglich praktikable Lösung zu finden, die kein weiteres Belastungsmoment inmitten der sonstigen Dokumentationsanforderungen darstellt. In die Entwicklung dieses Abfrageblattes wurden die Einrichtungen daher eingebunden.

In den Fragebögen sollten die Personen in den fünf Modelleinrichtungen am Ende jeder Dienstschrift anonymisiert drei Angaben machen:

- Zeit in Minuten, die für die Durchführung der Pflegedokumentation aufgewendet wird.
- Zeit in Minuten, die für die Umsetzung der Pflegevisite genutzt wird.
- Zeit in Minuten, die für die Durchführung der Pflegeplanung genutzt wird.

Außerdem sollten die Personen angeben, ob Sie den Zettel nach der Früh-, Spät- oder Nachtschicht ausgefüllt haben. Die Zettel wurden in einer bereitgestellten Box gesammelt und am Ende des Befragungszeitraums an die Forschungsgruppe geschickt. Als Zeitraum für die zwei Befragungen (T1= ohne Intervention, T2 = nach der Intervention) wurden nach Rücksprache mit dem Projektteam und den Einrichtungen der 01. bis 30. April 2012 (T1) und der 01. bis 31.11.2012 (T2) gewählt.

Ergänzend zu den Modellstationen sollten vergleichbare Kontrollstationen in die Befragung einbezogen werden. Vergleichbar bedeutet dabei, dass auf eine ähnliche Anzahl an Personen in den jeweiligen Pflegestufen und eine beinahe gleiche Personalsituation geachtet wurde. Kontroll- und Modellstationen wurden in den Einrichtungen weitgehend parallelisiert, weil jede Einrichtung ganz spezifische Dokumentationsstandards nutzt. So wurde beispielsweise in der Einrichtung AWO zu zwei Erhebungszeitpunkten der Aufwand in der Modellstation mit einer beinahe vergleichbaren Kontrollstation verglichen. Eine derartige Parallelisierung gelang nicht in allen Bereichen.

5 Ergebnisse

5.1 Zum Stellenwert der Pflegedokumentation in der Altenpflege

In der Forschungsliteratur wird immer wieder die Dichotomie zwischen der Pflegedokumentation als Bestandteil des Qualitätsmanagements auf der einen Seite und die Ressourcen-Fehlallokation mit Auswirkungen auf die Ergebnisqualität auf der anderen Seite betont. Dieser Widerspruch ist nur empirisch zu lösen. Jedoch ist festzustellen, dass es bis heute an belastbaren Zahlen zur Wirksamkeit und Wirkung der Pflegeplanung und der Pflegedokumentation mangelt (5.1.1.). Für die Praxis spielen neben Aspekten der Qualitätssicherung immer auch rechtliche Gründe (5.1.2) eine Rolle, auf die hier im Ansatz eingegangen werden soll. Eine notwendige Bewertung der rechtlichen Situation hat sich im Laufe des Projektes als dringend erforderlich dargestellt. Es ist ein notwendiges Folgeprojekt des Redudok-Projektes.

Die Kritik an der Pflegeplanung ist nicht neu, auch wenn sie in den vergangenen 10 Jahren etwas leiser geworden ist. Gerade ab der Jahrtausendwende gibt es wieder vermehrt Ansätze, Alternativen zu entwickeln und Maßnahmen gegen ausufernde bürokratische Belastungen zu entwickeln. Auf beispielhafte Projekte und deren Implikationen für das Redudok-Projekt geht der Abschnitt 5.1.3 näher ein. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels soll die theoretische Fundierung der Pflegeplanung in den Blick genommen werden. Dies erscheint wichtig, da sich in den Workshops grundlegende Fragen nach den gliedernden und fokussierenden Strukturen in der Planung ergeben haben. Zentrale Leitfrage sind dabei: Welche Aspekte des Bewohners/Patienten sind in den Blick zu nehmen und damit zu verschriftlichen? Nach welchen Ordnungssystemen

lassen sich die verschiedenen Aspekte gliedern, damit diese für die Aufmerksamkeitsfokussierung brauchbar sind? Aus der Beschäftigung mit diesen Fragen hat sich beispielsweise ergeben, dass die weit gebräuchliche ATL- oder AEDL-Systematik problembehaftet ist. Als alternatives Modell wird daher die Pflegecharta vorgeschlagen, die in den Workshops der Pflegenden eine wichtige Reflexionsgrundlage darstellte.

5.1.1 Bedeutung im Qualitätsmanagement

Die Diskussion um die Bedeutung der Pflegeplanung im Qualitätsmanagement wird lebhaft geführt und erscheint teilweise ideologisch. Die Verantwortung für den zunehmenden Aufwand mit der Dokumentation wird den qualitätsprüfenden Instanzen, hier insbesondere dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), zugeschrieben. Tatsächlich hat in den Pfeletransparenzkriterien die Dokumentation einen hohen Stellenwert, jedoch sind die Kriterien mit Zustimmung der Vertreter der jeweiligen Verbände (Wohlfahrtspflege, bpa) zustande gekommen. Folglich ist der MDK nur ausführende Instanz von an anderer Stelle beschlossenen Prüfkriterien. Diese zu verändern, setzt gute Argumente und solche Projekte wie das Redudok-Projekt voraus.

Inwieweit die Pflegeplanung/Pflegedokumentation tatsächlich notwendig ist, ist auch in der Forschung umstritten. Für Deutschland liegen keine Ergebnisse vor, die zeigen, dass die Qualität der Pflegeplanung/Pflegedokumentation relevante Auswirkungen auf die Ergebnisqualität hat, d.h. direkt dem Bewohner oder Patienten dient (Fischbach, 2006; Reuschenbach, 2008). Dass die Pflegeplanung/Pflegedokumentation jedoch einen wichtigen Beitrag zur Prozess- und Strukturqualität leisten kann, ist offensichtlich. Wird die Pflegeplanung als Indikator der Struktur- und Prozessqualität betrachtet, dann folgt daraus, dass nur das qualitativ hochwertig ist, was auch verschriftlicht ist. Diese Argumentationskette ist ein wesentlicher Grund für die Überfrachtung der Dokumentation („je mehr geschrieben wird, umso besser die Qualität“).

Für Pflegenden, die eher an der Ergebnisqualität der Bewohner orientiert sind, ergibt sich damit ein Konflikt, denn die Dokumentation bindet Ressourcen, die man besser direkt am Menschen einsetzen könnte. Wenn gut Gemeintes letztlich das Gegenteil bewirkt, dann ist der Vergleich, dass die Pflegedokumentation ein „Schwimmflügel aus Beton“ sei (Reuschenbach, 2013) durchaus passend, denn sie vermittelt scheinbare Sicherheit, führt aber doch zum Untergang.

Die Argumente pro und contra Pflegeplanung ähneln weitgehend den Argumenten für oder gegen den Einsatz von Pflegeassessment-Instrumenten. Wieso sollte man Assessment-Instrumente oder die Pflegeplanung nutzen, wenn sich relevante Pflegezustände ständig ändern, professionelle Pfleger auch ohne solche Hilfsmittel wissen was zu tun ist und im Zweifelsfall der klinische Eindruck doch wichtiger ist? Aus diesen - auch empirisch gestützten - Argumenten kann man jedoch nicht zwingend ableiten, dass die Pflegeplanung abzuschaffen ist, denn sie erfüllt auch wichtige juristische Funktionen.

5.1.2 Rechtliche Anforderungen an die Pflegedokumentation

Die ordnungsrechtlichen Grundlagen der Dokumentation sind bevorzugt in Landesgesetzen geregelt, die im Hinblick auf die Anforderungen unbestimmt sind. So finden sich beispielsweise im bayerischen Pflege- und Wohnqualitäts-Gesetz folgende Forderungen:

„Die Leistungen müssen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse erbracht werden (Art. 3 Abs. 2 Zi. 4 PflWoqG). Pflegeplanungen sind aufzustellen und deren Umsetzung aufzuzeichnen (Art. 3 Abs. 2 Zi. 8 PflWoqG). Die Aufzeichnungen müssen den Grundsätzen der ordnungsgemäßen Aktenführung entsprechen (Art. 7 PflWoqG)“

Bei der Umsetzung dieser Bestimmungen gibt es einen hohen Interpretations- und Gestaltungsspielraum. Dieser erklärt die hohe Variabilität hinsichtlich des Umfangs, der gliedernden Struktur der Anamnese und Pflegeplanung (z.B. AEDL-Systematik in Kombination mit der bekannte „Problem-Ressource-Ziel-Maßnahmen“-Abfolge) und der empfohlenen Inhalte der Pflegedokumentation.

Verstärkt wird die Variabilität durch die Anforderungen der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) des MDK, welche einerseits konkrete Problembereiche einfordert (z.B. „Erfolgt eine differenzierte Dokumentation?“, „Werden Sturzereignisse dokumentiert?“, „Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?“), es andererseits den jeweiligen Prüferinnen und Prüfern überlässt, ob hier „ausreichend“ dokumentiert wurde. Gerade die Vielzahl an Prüfenden mit ihren dazugehörigen Meinungen fördert Unsicherheiten in der Pflegepraxis. Des Weiteren stellen die Checklisten der QPR einen Anreiz dar, Themen jenseits fachlicher Notwendigkeiten abzuarbeiten. Bürokratie wird zum Steuerungsinstrument, um auf der sicheren Seite zu sein.

Auch in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität nach §113 SGB XI vom Mai 2011 ist die Pflegeplanung wiederum nur als unbestimmte Anforderung benannt. Hier wird eine *„praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen“* gefordert. Die Einschätzung der Vertretbarkeit und Wirtschaftlichkeit obliegt ebenfalls der Meinung des jeweiligen Prüfers, bzw. der jeweiligen Einrichtung. Und gerade die Pflegeplanung wird durch Prüfer wie professionell Pflegende häufig als lehrbuchartige Planung im Sinne der Pflegeausbildung verstanden, mit der Folge, dass sämtliche Probleme, die denkbar sind, aufgelistet werden. Weitere Rechtsbereiche wie z.B. das Betreuungsrecht oder Bereiche des Zivil- und Haftungsrechts stellen weitere Anforderungen dar. In der Praxis werden die jeweiligen Rechtsbereiche seit Jahren in einen Topf geworfen (durch Prüfer, Juristen und Pflegende) und die laien-juristische Mischung fungiert als Grundlage zur Mythenbildung.

5.1.3 Projekte zum Bürokratieabbau

Unter den Vorzeichen mangelnden Personals und der zunehmenden Arbeitsverdichtung in der Pflege sind seit Beginn der Implementierung von Pflegeplanungen und Pflegedokumentation Stimmen laut geworden, die eine Rückbesinnung auf die Begegnung mit den Patienten/Bewohner statt einer überfrachteten textlichen Darstellung von Handlungsgrundlagen und Handlungen fordern. Insbesondere ab etwa 2000 sind vermehrt Bemühungen zu spüren, in Modellprojekten Alternativen zur klassischen Pflegeplanung zu entwickeln. Die Bachelorarbeit von Elisabeth Miehle hat hier wichtige Modellprojekte zusammengestellt. Sie kann darin zeigen, dass Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchaus Spielraum für die Gestaltung der Pflegedokumentation haben und die jetzige Form der Dokumentation nicht auf gesetzliche Vorgaben zurückzuführen ist. Weiterhin identifiziert sie in ihrer Bachelorarbeit eine mögliche Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie finanzielle und zeitliche Einsparungen durch die Einführung von alternativen Dokumentationsformen. Eine weitere wichtige Erkenntnis ihrer Arbeit ist, dass in der Altenpflege sowohl eine Unter- als auch eine Überdokumentation festgestellt werden kann, das bedeutet, dass es nicht reicht, die Dokumentation zu verschlanken, sondern dass damit auch eine qualitative Verbesserung einhergehen muss. Durch die Umgestaltung der Dokumentation kann, wie durch zahlreiche Studien belegt (z.B. Höhmann et al., 1997), auch eine qualitative Aufwertung der Dokumentation erreicht werden.

Prominente Projekte, die ebenfalls die Reduktion der Pflegeplanung zum Ziel hatten, sind

- „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ in Bayern (Bayern – Dingolfing)
- „Musterdokumentation für die stationäre Pflege“ (Rheinland-Pfalz)
- „Standardpflegeplan“ (Schleswig-Holstein)
- „Hamburger Modell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in der stationären Pflege“ (Hamburg)

Eine generelle Bewertung dieser Projekte ist durch die unterschiedlichen Interventionen erschwert. Es wird aber deutlich, dass der Gestaltungsspielraum sehr groß ist, ohne dass es juristische Probleme und Auswirkungen auf die Ergebnisqualität gibt. In allen Projekte konnte eine erhebliche Zeitersparnis nachgewiesen werden, die Zeit für die eigentliche Pflege freisetzt. Grundlegende Wirkmechanismen sind die Reflexion der Pflegenden über die Relevanz der Dokumentation und die Rückbesinnung auf die pflegerischen Expertise als Grundlage des Handelns.

Eine weitere Erkenntnis aus diesem Projekt ist, dass es mühsam ist und erheblicher Anstrengungen bedarf, tradierte Muster und Einstellungen zu verändern. Vor diesem Hintergrund ist auch kritisch zu prüfen, wie es um die Nachhaltigkeit der jeweiligen Interventionen steht. Entsprechende Langzeituntersuchungen fehlen. So ist nicht ausgeschlossen, dass nach dem Ende der jeweiligen Modellprojekte, auch durch den Einfluss von Qualitätsprüfern, wieder alte Dokumentationsrituale umgesetzt werden.

Für das Projekt Redudok kann daraus abgeleitet werden, dass es einer langfristigen Einstellungsänderung der Akteure bedarf, bis tradierte Muster über Bord geworfen werden können.

5.1.4 Theoretisches Fundament der Pflegeplanung

Aus der Analyse der bisherigen Projekte und den wissenschaftlichen Befunden zur Pflegedokumentation wurde abgeleitet, dass die Dokumentation, die im Rahmen des Redudok-Projektes entstehen soll, eines theoretischen Fundaments bedarf und der Bewohner stärker in den Fokus rücken muss.

Meist wird als Systematisierung der Pflegeplanung die AEDL-Systematik zu Grunde gelegt. Diese Systematik ist nicht unumstritten, da sich die meisten Gliederungspunkte primär auf somatische Aspekte beziehen und damit auch in der Pflegepraxis – trotz der durchaus ganzheitlichen Sichtweise des Gesamtkonzeptes – eine somatische Orientierung im

Vordergrund steht. Damit werden wichtige psychosoziale Bedürfnisse, wie z.B. die Teilhabe oder die Selbstbestimmung, nur sehr selten dokumentiert.

Der scheinbare Vorteil von trennscharfen Kategorien im AEDL-Konzept kann zu einer Zergliederung des Menschen in isolierte Problemfelder führen, die den Blick auf Abhängigkeiten aller Probleme untereinander versperren.

Aus der Analyse wurde abgeleitet, dass die Dokumentation, die im Rahmen des Redudok-Projektes entstehen soll, eines theoretischen Fundaments bedarfs und der Bewohner stärker in den Fokus kommen muss.

In den Workshops wurde daher nach einem alternativen Konzept gesucht. Die Pflegecharta schien eine gute Alternative zu sein.

Die Pflegecharta entstand aus der Überlegung heraus, die Stellung von Angehörigen und Pflegebedürftigen zu stärken und ein Bewusstsein für diese Gruppen innerhalb der Gesellschaft zu schaffen. Durch die ganzheitliche und nicht nur auf Heim- und Krankenhausstruktur ausgerichtete Betrachtungsweise bietet die Pflegecharta den Vorteil, dass sich in den Artikeln nicht ausschließlich somatische Aspekte des pflegebedürftigen Menschen widerspiegeln, sondern, dass mit Hilfe der Pflegecharta auch andere Dimensionen der Lebensqualität beachtet werden und gleichrangig nebeneinander bestehen. Dies bedeutet, dass die Gefahr, den pflegebedürftigen Menschen als Ansammlung von Problemen und Risikofaktoren zu sehen, reduziert wird und sich ein ganzheitliches, individuelles Bild in der Pflegedokumentation widerspiegelt. Mit Hilfe der Pflegecharta können also alle für das Leben des Pflegebedürftigen wichtige Faktoren erfasst werden, nicht nur für dessen Pflegebedürftigkeit.

Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wurde von Arbeitsgruppen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung initiierten „Runden Tisches Pflege“ erarbeitet und erschien im Jahr 2005.

Die acht Artikel der Charta sind in Kurzform:

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Artikel 3: Privatheit

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod.

Besonders die im ersten Artikel der Charta beschriebene Selbstbestimmung zwingt Pflegende dazu, über folgende Frage nachzudenken: Um wessen Probleme geht es eigentlich in der Problembeschreibung? Sind das die Probleme der Pflegenden, die von einem idealen Bild des „gepflegten“ Menschen ausgehen, oder geht es um die Probleme in der Sichtweise der Bewohner. So kann die Neuaufnahme eines Bewohners, der seit mehreren Wochen keine Fingernägel geschnitten bekam, für die Pflegenden ein Problem darstellen, in der Sichtweise des Bewohners ist dies aber gar kein Problem. Selbstbestimmung sichern, so wie es der erste Artikel der Pflegecharta beschreibt, zwingt daher auch dazu, kritisch – idealerweise mit dem Bewohner gemeinsam - zu prüfen welche Anforderungen und Handlungsbedarfe sich ergeben.

5.1.5 Implikationen für die veränderte Konzeption des Pflegeplanung

Aus den theoretischen Überlegungen und den Ergebnissen der Workshops lassen sich für die Neuausrichtung der Pflegeplanung folgende Zielsetzungen ableiten, die im Projekt sukzessive umgesetzt wurden.

- Die Pflegeplanung soll der Informationsweitergabe dienen:
 - Strukturierte Abfrage möglicher Probleme, Risiken und Ressourcen
 - Umfassende Abfrage der relevanten Bereiche, um allen Aspekten gerecht zu werden (Ganzheitlichkeit)
 - Nachweis von Entwicklungen
 - Instrument zur Informationsmitteilung
 - Bündelung von Informationen aus verschiedenen Quellen
 - Planung als Möglichkeit der Kommunikation mit dem Bewohner/der Bewohnerin
 - Wertschätzung für den Bewohner/die Bewohnerin
- Die Pflegeplanung soll den gesetzlichen Forderungen entsprechen:
 - Nachweis der gesetzlichen Forderungen (individuelle, gezielte und geplante Pflege)
 - Durchführungskontrolle
 - Formulierung überprüfbarer Ergebniskriterien

- Die Pflegeplanung soll eine Handlungsrelevanz besitzen:
 - Prioritätensetzung der Handlungen
 - Anleitung für durchzuführende Pflegemaßnahmen

Weitere Prinzipien bei der Realisierung der neuen Dokumentation sind:

- **So viel wie nötig, so wenig wie möglich:** Das Konzept versucht erstmalig die Formulierung einer „Papierobergrenze“.
- **Betroffene werden zu Beteiligten:** In mehreren Workshops mit Pflegepraktikern der Modellstationen werden zentrale Anforderungen und Wünsche an die Pflegedokumentation gesammelt und vor diesem Hintergrund eine Auswahl an notwendigen Komponenten gesammelt.
- **Rechtssicherheit:** Der Medizinische Dienst der Krankenkassen und die FQA werden frühzeitig in die Neukonzeption eingebunden, um die Kompatibilität mit den Prüfkriterien sicherzustellen und den beteiligten Einrichtungen die Angst vor einer negativen Bewertung zu nehmen.

In mehreren Workshops mit den fünf Modelleinrichtungen wurden die Formulare gemeinsam entwickelt, mehrfach überarbeitet und so in einen jeweiligen hausinternen Standard überführt. Die enge Orientierung an den Bedürfnissen der Einrichtung führt dazu, dass es keinen universellen Standard oder gar Musterdokumente geben kann.

5.2 Akzeptanz und Erleben der neuen Pflegedokumentation

Zur Analyse der Akzeptanz der neuen Pflegedokumentation wurde eine Befragung der betroffenen Pflegenden in Form eines Gruppeninterviews nach der Implementierung auf den Modellstationen durchgeführt. Diese wurden inhaltsanalytisch anhand der folgenden Dimensionen ausgewertet:

- Bewertung (5.2.1)
- Wahrgenommene Effekte (5.2.2)
- Förder- und Hemmfaktoren (5.2.3)

5.2.1 Bewertung der Veränderungen

In allen Interviews wird die neue Pflegedokumentation positiv bewertet. Gelobt wird hierbei insbesondere die Zeitersparnis („Es ist weniger geworden, aber ist immer noch

umfangreich“ (RE²)) und die grundsätzliche Möglichkeit, inne zu halten, um etwas Neues auszuprobieren („Es hat Spaß gemacht, etwas Neues zu probieren“ (DA)). Vor diesem Hintergrund wird in zwei Interviews formuliert, dass man sich eine Fortführung des Projektes wünscht, auch deshalb, weil einen erheblichen Handlungsbedarf sieht.

5.2.2 Wahrgenommene Effekte

Angesprochen auf positive oder negative Veränderungen im Laufe des Projektes werden vielfältige Effekte genannt, die sich in die Kategorien a) Zeitersparnis, b) Professionalität, c) Teameffekte, d) Veränderungen der Dokumentation und e) Ergebnisqualität gliedern lassen.

a) Zeitersparnis

Die Befragten nehmen eine Zeitersparnis für die Pflegedokumentation wahr. Heterogen sind die Antworten im Hinblick auf die Nutzung der dadurch entstehenden Freiräume. Die meisten nutzen die Zeit für vermehrte Kontakte mit dem Bewohner/der Bewohnerin:

„...aber ich denke, dass es mehr Zeit für Bewohner auf jeden Fall ist und dass man diese Zeit also bewusst für Bewohner nutzt, indem man zum Beispiel, wenn man nach der Grundpflege fertig ist, dann muss man sich nicht hinsetzen Dreiviertelstunde eine Stunde schreiben, sondern dann nimmt man den Bewohner und geht man mit dem in den Garten zum Beispiel“ (DA)

In einem Gruppeninterview wird diese Zeitnutzung aber nicht als eigentliche Pflege bezeichnet: „Die Pflege hat sich nicht verändert, aber es ist mehr Zeit für den Bewohner da“. Als „pflegerelevante“ Aspekte werden die intensiveren Kontrollen körperlicher und psychischer Bedingungen, Zeit für Toilettentraining und die Aktivierung genannt.

Grundsätzlich beschreiben alle Befragten eine ruhigere, weniger hektische Atmosphäre in den Wohnbereichen.

· RE = Gruppeninterview in Residenza / DA = Gruppeninterview im Damenstift

b) Professionalität

Dass die neue Pflegedokumentationen auch besondere Anforderungen an die Pflegenden stellt, wird in allen Interviews deutlich. Die vermehrte Auseinandersetzung mit dem Bewohner und zentralen Fragen zur Bedeutung der eigenen pflegerischen Einschätzung, berührt das eigene berufliche Selbstverständnis.

Zum einen wird die Art der Dokumentation selbst schon als professioneller Akt verstanden:

„Also es wird also mehr deutlich, diese Pflegefachlichkeit (...) ich hab das Gefühl, man darf mehr selbst entscheiden, was ich dokumentiere und wie ich nicht dokumentiere.“ (DA)

Zum anderen fordert das Projekt auch dazu auf, Beobachtungen und eigene Wahrnehmungen stärker zu nutzen. Das bringt es mit sich, dass die Relevanz von Assessmentinstrumenten in Frage gestellt wird, wenn die eigene Einschätzung zu einer anderen Einschätzung kommt: *„Also, das ich meine fachliche Einschätzung sagen kann: naja gut, die Dame ist für mich nicht sturzgefährdet. Wenn ich das begründe, dann ist es auch in Ordnung so.“ (RE)*

c) Teameffekte

Positive Effekte werden insbesondere auch auf Teamaspekte wahrgenommen. So wird von einem *„entspannteren Miteinander“*, *„bessere Integration der Angehörigen und Bewohner“* und anderer Berufsgruppen (z.B. der Ergotherapie) gesprochen.

Hinsichtlich der Auszubildenden gibt es unterschiedliche Sichtweisen. Einerseits wird betont, dass diese von dem Projekt und der Umsetzung begeistert sind, andererseits erleben diese auch den Widerspruch zu den Ausbildungsinhalten an anderen Praxisorten und der theoretischen Ausbildung.³

³ Auch in den Workshops mit den Projektverantwortlichen in den Einrichtungen wird die Anlernproblematik deutlich. Eine Einrichtung hat sich dazu verpflichtet, die klassische Pflegeplanung in der Praxis anzuleiten. Der Widerspruch zur Zielsetzung des Projektes wird dadurch gelöst, dass die Praxisanleitung den Auszubildenden die klassische und neue Versionen parallel vermittelt.

d) Veränderungen der Dokumentation

Die Pflegedokumentation wird in allen Interviews als übersichtlicher und handungsleitender bezeichnet. Der geringe Umfang führt dabei nicht zu einem Informationsverlust, sondern erleichtert den Zugang zu den relevanten Daten: *„Man hatte gar nicht mehr den Überblick, was man alles abzeichnen muss“* (DA). Die Pflegeplanung wird nun als individueller und konkreter empfunden. Dies erleichtert auch den schnelleren Zugang zu den relevanten Informationen für Neulinge und andere Berufsgruppen.

e) Ergebnisqualität

Auch unmittelbare Auswirkungen auf die Bewohner werden beschrieben. Das mehr Zeit für die Betreuung und Pflege der Bewohner zur Verfügung steht, wird von den Bewohnern positiv zurückgemeldet: *„Der Bewohner spürt weniger Hektik.“* (DA) Die Pflegedokumentation *„bringt neue Erkenntnisse“* und erlaubt so auch gezieltere Planungen von Maßnahmen, die zum Bewohner passen. Dass die neu gewonnen Freiräume besser für den Bewohner/die Bewohnerin genutzt werden, führt auch zu einer höheren Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden, denn *„die Zeit kann man besser nutzen, als vor dem Computer zu sitzen“* (RE).

5.2.3 Hemm- und Förderfaktoren

Die Umstellung von tradierten Dokumentationsmustern hin zu einer neuen Pflegeplanung stellt für die Mitarbeitenden eine Herausforderung dar, denn die Pflegenden *„haben es alle so wie bisher gelernt und jetzt haben wir etwas gemacht, was wir noch nie gelernt haben“* (DA). Insbesondere der Umgang mit den neuen Formularen wurde als mühsamer Prozess erlebt, der ohne eine intensive Praxisbegleitung kaum möglich war. Besonders die Umsetzung der Anamnese auf der Grundlage der Pflege-Charta wird als schwierig bezeichnet: *„Statt 13 wird nun alles in 8 Punkten zusammengefasst. Was soll man da schreiben?“*. Unsicherheiten gab es insbesondere darüber, welche Veränderungen und welcher aktueller Status zu dokumentieren sind, so dass es den Kriterien des MDKs entspricht. Hierbei war es hilfreich, dass auch der MDK selbst an den Begehungen vor Ort und den Workshops beteiligt war. Als weiterer wichtiger Unterstützungsfaktor wird die Teamleitung der Wohnbereiche genannt.

5.3 Ergebnisse der Zeiterfassung

Ausgehend von der Fragestellung „Reduziert sich der zeitliche Aufwand im Laufe des Projektes?“ wurden im Projektverlauf an zwei Zeitpunkten Erhebungen zur täglich aufgewendeten Zeit durchgeführt. Nicht in allen Einrichtungen konnte die optimale Stichprobenbildung erreicht werden (5.3.1). Aufgrund der großen Anzahl an „missings“ bei der Abfrage der Zeiten von Pflegevisite (5.3.4) und Pflegeplanung (5.3.3) liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung der Zeit, die täglich für die Pflegedokumentation aufgewendet wird (5.3.2).

5.3.1 Stichprobe

Die folgende Tabelle 4 zeigt die in den einzelnen Einrichtungen realisierten Stichprobenumfänge. Die Zahlen geben die Anzahl der rückläufigen Fragebögen an. Die Pflegenden wurden gebeten, über einen Monat hinweg nach jeder Schicht **einen** Fragebogen pro Pflegeperson auszufüllen.

Das Marienstift hatte einen Sonderstatus, da dort vor dem Projektbeginn schon eine umfassende Überarbeitung der Pflegedokumentation stattgefunden hat. Erst zum zweiten Zeitpunkt entschied man sich daher zur Teilnahme an der Befragung. In der Einrichtung Residenza wurden bei der ersten Befragung die Bögen nicht getrennt nach Kontroll- und Projektstationen weitergeleitet. Erst bei der zweiten Befragung war dort eine entsprechende Differenzierung möglich.

Somit sind für eine echte längsschnittliche Auswertung unter Berücksichtigung der Unterschiede zwischen Kontroll- und Modellstation nur die Ergebnisse von drei Einrichtungen nutzbar: BRK, Damenstift, AWO.

Tabelle 4: Stichproben in den einzelnen Einrichtungen						
	T1 – April 2012		T2 – November 2012		Gesamt	
Damenstift	382		288		670	
	Kontrollgruppe	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Modellgruppe
	202	180	130	158	332	288
AWO	263		147		410	
	Kontrollgruppe	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Modellgruppe
	114	148	70	77	184	225
Residenzia	233		248		481	
	Keine Differenzierung nach Kontroll- und Modellgruppe		Kontrollgruppe	Modellgruppe		
			140	108		
BRK	209		162		371	
	Kontrollgruppe	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Modellgruppe	Kontrollgruppe	Modellgruppe
	97	112	79	83	184	225
Marienstift	0		290		290	
			Kontrollgruppe	Modellgruppe		
			171	119		
Insgesamt	1087		1135		2222	

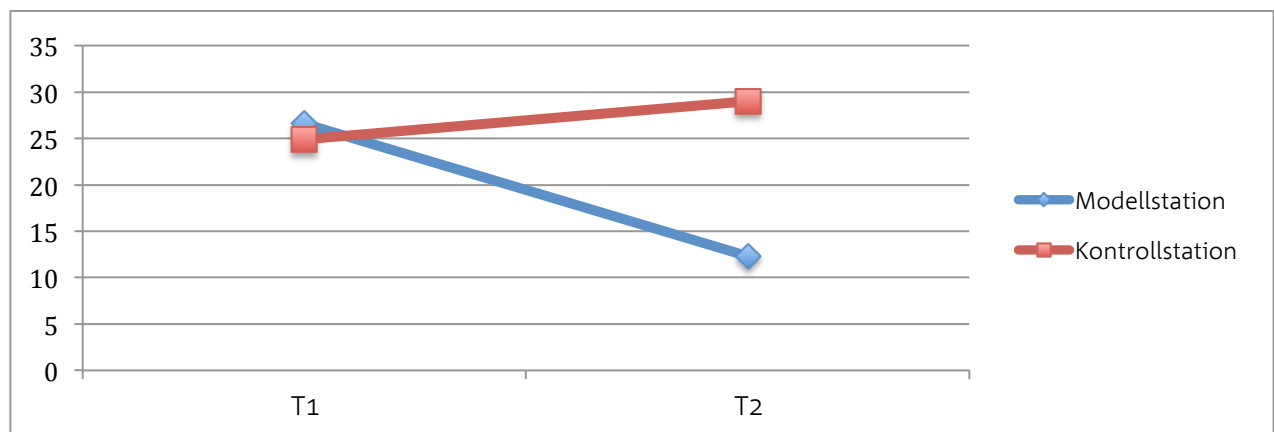
5.3.2 Zeitaufwand für die Pflegedokumentation

Beim ersten Messzeitpunkt wird im Schnitt über alle vier Einrichtungen ein Zeitbedarf von 36,4 Minuten (SD= 20,7 Minuten) pro Schicht und Person erreicht. Zum zweiten Messzeitpunkt wird ein Wert für die Pflegedokumentation von 29,2 Minuten (SD= 14,3) erreicht. Dabei sind hier Kontroll- und Modellstation aggregiert worden. Da es außerdem

zwischen den Einrichtungen große Zeitunterschiede schon vor dem Start des Modellprojekts gab, werden im Folgenden die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen dargestellt.

AWO

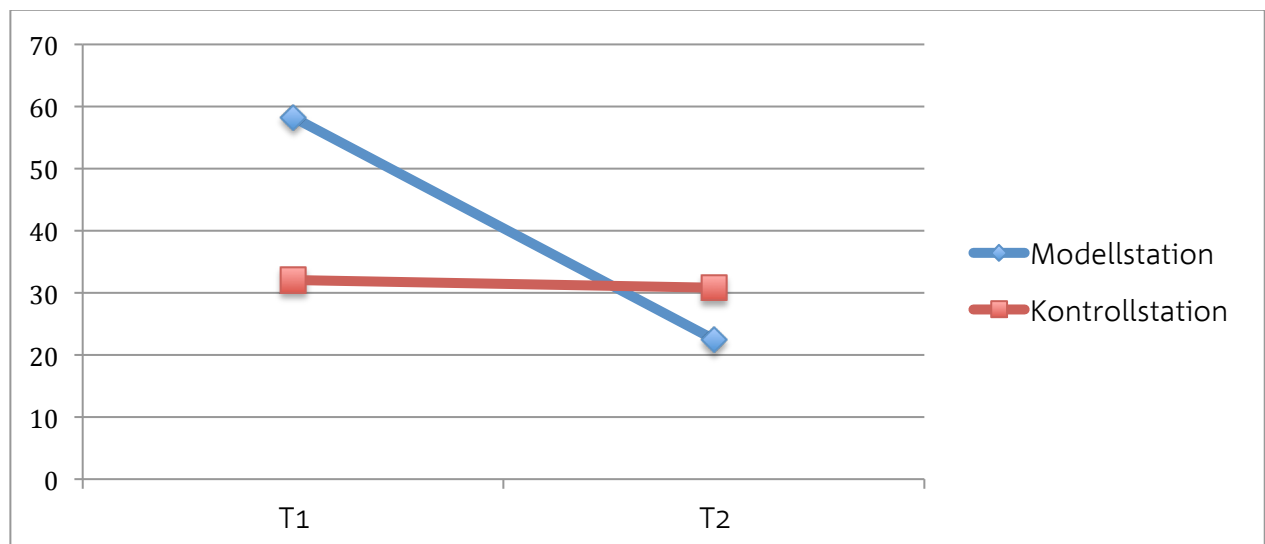
	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	N = 148 26,6 Minuten (SD= 8,3)	N = 77 12,3 Minuten (SD= 12,7)
Kontrollstation	N= 110 24,9 Minuten (SD= 9,79)	N= 70 29,0 Minuten (SD= 9,5)



Hier zeigt sich insbesondere für die Modellstation eine Reduktion von gut 26 Minuten (T1) auf 12 Minuten (T2). Gleichzeitig ist die Anzahl an Personen, die Angaben gemacht haben gesunken. Dies kann als Ausdruck gewertet werden, dass nach der Intervention weniger dokumentiert wurde. Während im April 3936,8 Minuten ($148 \times 26,6$) mit der Dokumentation verbracht wurden, sind es im November 947,1 Minuten ($77 \times 12,3$). Das entspricht einer Differenz von 2689,7 Minuten (= 44,8 Stunden/Monat).

BRK

	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	N = 112 58,3 Minuten (SD= 23,7)	N = 83 22,5 Minuten (SD= 5,1)
Kontrollstation	N= 97 32,1 Minuten (SD= 15,3)	N = 79 30,8 Minuten (SD= 14,09)



In der Einrichtung des BRK ist der hohe Zeitaufwand in der Modellstation zum ersten Zeitpunkt bemerkenswert, d.h. schon vor der Intervention ist der Zeitaufwand in der Modellstation um knapp 26,2 Minuten höher als in der Kontrollstation. Zwar wird nach der Intervention eine deutliche Reduktion in der Modellstation erreicht, immerhin knapp 36 Minuten pro Person und Schicht, der Unterschied zur Kontrollstation ist beim zweiten Messzeitpunkt ($\Delta = 1,3$) aber eher gering.

Marienstift

	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	X	N = 119 30,3 Minuten (SD= 11,6)
Kontrollstation	X	N = 171 33,5 Minuten (SD= 9,49)

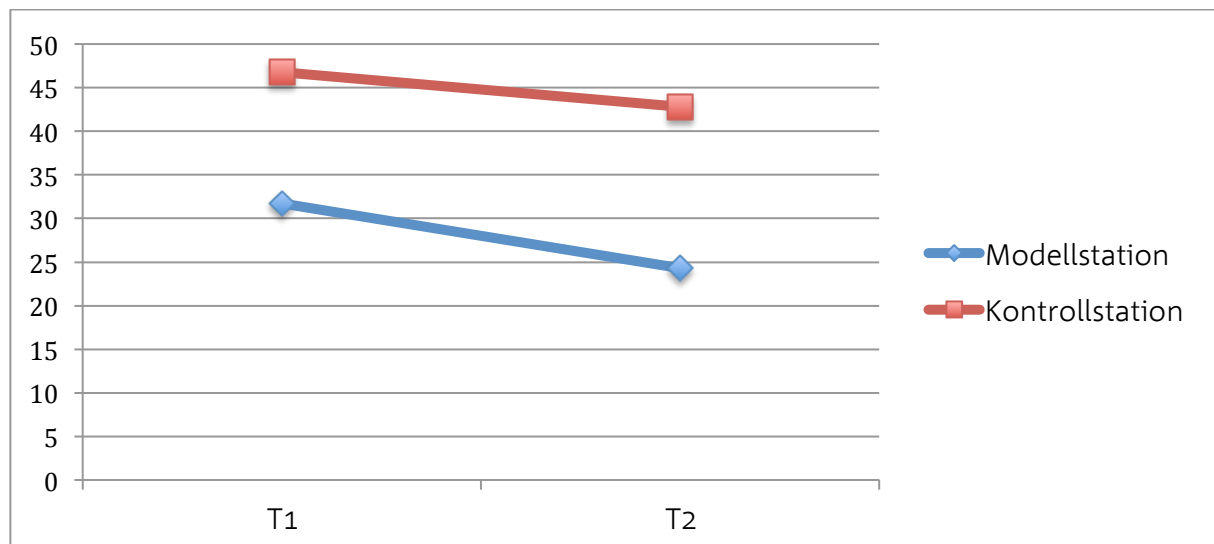
Residenza

	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	Keine Trennung in Modell- und Kontrollstation zum ersten Messzeitpunkt N= 235 42,45 Minuten	N = 108 18,6 Minuten (SD= 10,2)
Kontrollstation		N = 140 37,0 Minuten (SD= 15,7)

Durch die fehlende Differenzierung zum ersten Messzeitpunkt kann keine Veränderung über die Zeit wahrgenommen werden. Zum zweiten Messzeitpunkt unterscheiden sich Kontroll- und Modellstation um 18,4 Minuten.

Damenstift

	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	N = 180 31,7 Minuten (SD= 13,8)	N = 158 24,3 Minuten (SD= 10,4)
Kontrollstation	N= 202 46,8 Minuten (SD= 16,9)	N = 130 42,8 Minuten (SD= 14,1)



In der Einrichtung Damenstift gibt es über die beiden Messzeitpunkte in beiden Bereichen eine Reduktion des Zeitaufwandes. In der Modellstation ($\Delta = 7,4$) beinahe in gleicher Größenordnung wie bei der Kontrollstation ($\Delta = 4,0$).

5.3.3 Zeitaufwand für die Pflegevisite

In beiden Befragungszeiträumen wurden nur wenige Angaben zum zeitlichem Umfang der Pflegevisite gemacht. Aufgrund der Beeinflussbarkeit durch Wechsel der Bewohner/Bewohnerinnen in den Wohnbereichen und geringe Fallzahlen wird hier zunächst die Anzahl der Personen, die Angaben gemacht haben, wiedergegeben.

	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	5,6% = 29	2,1% = 10
Kontrollstation	5,4% = 23	4,1% = 20
Unklare Zuteilung	8,5% = 15	

Bei den Personen, die Angaben gemacht haben, wurde bei der ersten Erfassung ein Mittelwert von 29,3 (SD = 22,2) und bei der zweiten Erfassung ein Mittelwert von 30,8 (SD= 22,6) erreicht. Hier hat sich also keine bedeutsame Änderung ergeben, ebenso wie es kaum Unterschiede zwischen Modellstation (23,1) und Kontrollstation (30,7) gibt.

5.3.4 Zeitaufwand für die Pflegeplanung

Auch bei den Angaben zur Pflegeplanung gibt es nur sehr geringe Fallzahlen. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Personen, die hierbei Angaben gemacht haben

	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	9,5% = 46	6,6% = 31
Kontrollstation	12,5% = 53	18,3% = 95
Unklare Zuteilung	29,5% = 70	

Bei den Personen die Angaben gemacht haben, wurde bei der ersten Erfassung ein Mittelwert von 50,2 (SD = 56,4) und bei der zweiten Erfassung ein Mittelwert von 31,7 (SD= 26,1) erreicht. Die folgende Tabelle zeigt, dass es sowohl auf der Modellstation, als auch auf der Kontrollstation zu einer Reduktion des zeitlichen Aufwandes kam.

	T1 (April)	T2 (November)	Gesamt
Modellstation	49,6 (SD = 54,4)	32,5 (SD = 24,0)	41,6 (SD= 43)
Kontrollstation	50,3 (SD =52,4)	31,5 (SD = 26,8)	37,5 (SD= 37,8)

5.3.5 Diskussion der Ergebnisse

Der zur Zeiterfassung genutzte Fragebogen wurde in erster Linie nach Praktikabilitätsgesichtspunkten entwickelt. Der Aufwand für die Einrichtungen sollte möglichst gering sein. Ideal wäre eine Erfassung durch eine standardisierte (elektronische) Zeiterfassung gewesen. Diese war leider nicht umsetzbar. Die Angaben in den Fragebögen

sind daher möglicherweise durch vielfältige Einflussfaktoren verzerrt. Zum einen ist die Befragung keine unmittelbare und verhaltensnahe Messung, sondern stellt eine verzögerte Erhebung zu den subjektiven Zeiteinschätzungen dar. Vielfältige psychologische Mechanismen können hier wirksam werden. So kann das Wissen um eine Intervention schon entsprechende Effekte bedingen. Die Pflegenden der Modellstation/Kontrollstation könnten bei der Zeitangabe durch die Präferenz für oder gegen die neue Pflegedokumentation beeinflusst sein, etwa im Sinne von: *„Ich bin von der neuen Dokumentation überzeugt, daher werde ich eine geringe Zeitdauer angeben.“*

Ein weiterer Kritikpunkt ist die große Heterogenität in den Durchschnittszeiten in den Einrichtungen. Die Zeiten unterschieden sich erheblich, so dass in einem weiteren Projekt aufgeklärt werden sollte, wodurch diese Unterschiede verursacht sind. Denkbar sind hier andere Pflegesysteme und auch Kompetenzen der Pflegenden. Wichtig ist es daher, in weiteren Schritten die zentralen Wirkmechanismen und deren Effekt auf die Zeiterfassung darzustellen. Ohne eine genaue Betrachtung der zeitabsorbierenden Momente in der Pflegedokumentation lassen die Zeiten viel Interpretationsspielraum. Das wird im Marienstift deutlich, in dem Kontroll- und Modellstation keine wesentlichen Unterschiede aufweisen. Möglicherweise ist in beiden Stationen trotz der Intervention ein ähnliches System entstanden und/oder Abgrenzungen zwischen den Stationen sind hier nicht so relevant.

Bei aller Heterogenität der Befunde und möglicher Einflussfaktoren auf die Angaben der Personen ist festzuhalten, dass es im Interventionszeitraum zu einer teil deutlichen Zeitersparnis gekommen ist. Interventionen setzten dort knapp 40 Stunden pro Monat an Pflegezeit frei. In keiner Einrichtung zeigt sich eine zeitliche Verschlechterung durch die Intervention.

6 Dissemination

Aufgabe der Begleitforschung war es auch, die Dissemination der Ergebnisse zu fördern. Hierzu wurde zum einen eine Internetseite www.redudok.de eingerichtet. Weiterhin wurde das Projekt durch verschiedene Fachbeiträge in den Zeitschrift *Altenpflege*, *Die Schwester/Der Pfleger* und *Carekonkret* flankiert.

Der Newsletter der FQA berichtete regelmäßig von dem Projekt.

Bei einer Abschlussveranstaltung am 15.05. 2013 soll das Projekt nochmals einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt werden.

7 Fazit

Die Begleitforschung des Projekts konnte zeigen, dass sich mit der reflektierten Veränderung der Pflegeplanung und der täglichen Pflegedokumentation eine Zeitersparnis erreichen lässt. Über den reinen zeitlichen Effekt hinaus ist positiv festzustellen, dass die Reflexion über das Warum und Wie der Dokumentation zugenommen hat. Pflegende sehen die Dokumentation nun als „professionellen Akt“, der dazu anregt, Bedürfnislagen zu erfassen und Handlungsleitendes zu verschriftlichen. Der geäußerte Wunsch, die Dokumentation weiter zu verändern und auch zu reduzieren, stößt jedoch an seine Grenzen, wenn rechtliche Ansprüche nicht mehr erfüllt sind. Dieser Punkt wurde in den Workshops gehäuft genannt und legt nahe, diesen Aspekt auch mit juristischer Expertise prüfen zu lassen.

Wie bei jedem Interventionsprojekt gibt es auch hier Effekte, die über das eigentliche Ziel hinausgehen. Die Workshops mit den Projektverantwortlichen und in den Wohnbereich führten zu einem Innehalten und damit zu einer Reflexion des eigenen beruflichen Selbstverständnisses. Letztlich führte dies zu einer Rückbesinnung auf pflegerische Kernaufgaben, die die Bewohnerinteressen in den Mittelpunkt stellen. Auch als Kleinprojekt mit einem Projektvolumen im vierstelligen Bereich konnte bereits gezeigt werden, dass es gelingen kann positive Praxisveränderungen zu initiieren. Die Bedeutung der Pflegeplanung, insbesondere im Hinblick auf die Ergebnisqualität, ist in einem größeren Folgeprojekt zu überprüfen.

Anhang A

Gesprächsleitfaden für das Gruppeninterview

im Rahmen der Evaluation des Redudok-Projektes

Stand 26.09.2012

Vorbedingung:

- Digitales Aufnahmegerät besorgen oder Handytauglichkeit prüfen
- Einladung der Teilnehmer der Modellstationen
- Raum mit Rundtisch ohne Störungen
- Zeitdauer 45-60 Minuten

Ablauf des Gesprächs:

- Positive Gesprächsatmosphäre herstellen
- Jeder Person erhält die datenschutzrechtliche Erklärung vorab, Duplikat verbleibt bei der Person
- Es wird nochmals darauf hingewiesen,
 - o dass die Teilnahme freiwillig ist,
 - o dass die digitalen Aufnahmen nach der Auswertung gelöscht werden,
 - o dass die Informationen nicht an Dritte (z.B. Vorgesetzte) weitergegeben werden.
- Hinweis auf die Zeitdauer: ca. 45 Minuten
- Wenn Einverständnis vorliegt: Start der Aufnahme

Generell gilt: Vom Allgemeinen zum Speziellen. Redefluss möglichst wenig unterbrechen. Wichtig ist der inhaltliche Gehalt des Gesagten und nicht das Abarbeiten des Leitfadens.

Einstiegsfrage: Versichern Sie sich, dass alle Personen die Umstellung auf die neue Dokumentation erlebt haben, also Mitglied der Modellstation sind: Haben Sie alle die Veränderungen miterlebt?

1. Wahrgenommene Veränderung:
 - a. Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Pflege verändert? Woran machen Sie das fest?
 - b. Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Dokumentation verändert? Woran machen Sie das fest?
 - c. Was hat sich aus Ihrer Sicht für den Bewohner/die Bewohnerin verändert? Woran machen Sie das fest?
2. Bewertung der Veränderung:
 - a. Wie bewerten Sie die Veränderungen?
 - b. Was hat sich verbessert?
 - c. Was hat sich verschlechtert ?
3. Wahrgenommene Hürden:
 - a. Was war schwierig bei der Umsetzung?
 - b. Was fiel leicht?

Anhang B

Instruktion zur Durchführung der Zeiterfassung in den vier Modelleinrichtungen

Stand 23.03.2012

Instruktion für Einrichtungs- und Wohnbereichsleitung / nicht an alle MA kopieren!

Ziel des Projektes „Redudok“ ist es, den Dokumentationsaufwand in der Altenpflege zu reduzieren. In einem ersten Schritt soll die Zeit, die für die Dokumentation aufgewendet wird, erfasst werden.

Diese Erfassung soll im Monat April (01.-30.04) stattfinden. Die Erfassung soll in zwei Wohnbereichen (pro Einrichtung) stattfinden. Dabei sollten sich die Wohnbereiche hinsichtlich der Fachlichkeit der Pflegenden, der eingesetzten Dokumentation und hinsichtlich der Bewohnerstruktur ähnlich sein.

Für die Durchführung wird folgendes empfohlen:

- Kopieren Sie den Erfassungsbogen auf der folgenden Seite in ausreichender Anzahl (Anzahl der Mitarbeiter x Tage).
- Erläutern Sie vorab in jedem Wohnbereich, wie der Bogen auszufüllen ist und wie die Ergebnisse eingesammelt werden.
- Benennen Sie in jedem Wohnbereich eine verantwortliche Person, die darauf achtet, dass die Erfassungsbögen pro Schicht ausgefüllt und in die Sammelbox geworfen werden.

Wie wird der Bogen ausgefüllt?

Am Ende der Schicht, z.B. nach der Übergabe, soll jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin einen Bogen alleine und selbstständig, d.h. ohne Beeinflussung durch andere, ausfüllen.

Die Befragung ist anonym. Bitte schreiben Sie nicht Ihren Namen auf den Zettel!

Wir werden die Ergebnisse gesammelt?

Hier empfiehlt sich eine Sammelbox (ein klar gekennzeichnete Karton mit Einwerfslitz), der nicht zu öffnen ist.

Es ist wichtig, dass täglich pro Mitarbeiter/Mitarbeiterin ein Zettel ausgefüllt wird.

- Daher: Jeden Tage für jeden Mitarbeiter für jede Schicht ein anderes Blatt!
- Erfassen Sie auch den Nachtdienst und die Pflegeüberleitungsstelle
- Sammeln Sie die Zettel in einer Sammelbox, ohne dass ein Einblick in die Angaben des Vortag oder ein Blick auf die Angaben der Kolleginnen und Kollegen möglich ist.

Bitte informieren Sie die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, dass Sie am Ende des Projektes über die Ergebnisse der Zeiterfassung informiert werden.

Erfassungsbogen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege
--

Liebe Pflegende,

im Rahmen des Projekte Redudok erfassen wir derzeit den zeitlichen Aufwand für die Pflegedokumentation. Dazu brauchen wir Ihre Mithilfe.

Bitte füllen Sie nach jeder Schicht diesen Bogen aus. Er erfasst die Zeit, die Sie pro Schicht mit der schriftlichen Dokumentation verbringen. Es ist klar, dass dies nur eine Schätzung sein kann.


Die Erhebung wird vom 01. April bis 30. April dauern.

Füllen Sie bitte den Zettel **allein**, ohne fremde Hilfe, **nach jeder Schicht** aus.

Werfen Sie den Zettel danach bitte in den dafür vorgesehen Kasten.

Am Ende des Projektes erhalten Sie eine Auswertung.

Wie viele Minuten haben **Sie** heute in Ihrer Schicht **für alle Bewohner/Bewohnerinnen zusammen** für die schriftliche Dokumentation genutzt?

	 Minuten pro Schicht
Minuten für die Pflegedokumentation (Pflegebericht)	
Minuten für die schriftliche Pflegeplanung (Erfassung von Pflegeproblemen, Maßnahmen etc. bei Neuaufnahme und Bewertung/Evaluation)	
Minuten für die schriftliche Dokumentation der Pflegevisite	

Heute war ich in der.....

Frühschicht	<input type="checkbox"/>
Spätschicht	<input type="checkbox"/>
Nachtschicht	<input type="checkbox"/>
Pflege- überleitung	<input type="checkbox"/>

Datum heute: _____

Literatur

- Abt-Zegelin, A., Budroni, H. & Greving, C. (2003). Brennpunkt: Pflegedokumentation – Ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation, 1. Teil. Die Schwester / Der Pfleger, 42, 296-300.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2004). Projekt „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“. Download am 10.05.2012 <http://www.stmas-test.bayern.de/pflege/stationaer/entb-ges.pdf>
- Evangelische Berufsschule für Altenpflege des Rauhen Hauses (2007). Erläuterungen und Hinweise zum Hamburger Modell zur Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation in der stationären Pflege. Hamburg; Download am 10.05.2012, <http://www.hamburg.de/contentblob/128234/data/pflegedokumentation-datei.pdf>
- Fischbach, A. (2006). Zur Logik der geplanten Pflege. Melsungen: Bibliomed.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz (2011). Musterdokumentation für die stationäre Pflege. Mainz: Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit. Download am 10.05.2012 http://www.menschen-pflegen.de/download/Musterdokumentation_ambulant_2011.pdf
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (2005). Das schleswig-holsteinische Modell der „Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation“. Kiel: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein
- Mybes, U. (2005). Optimierungspotenziale der Pflegedokumentation. Pflege aktuell, 59, 86-90.
- Reuschenbach, B. (2009). Von der Pflegeplanung zur Pflegendenplanung – eine kritische Reflexion zu Anspruch und Umsetzung der Pflegeplanung. In: B. Reuschenbach, C. Mahler, E. Müller, E. Berendonk & M. Hoben: Brücken bauen: 5 Jahre AG Pflegeforschung Rhein-Neckar. Stuttgart: DBfK.
- Reuschenbach, B. (2013). Pflegeplanung. Schwimmflügel auf Beton oder hilfreich für die Praxis. Pflege in Bayern, 04.2012, 8-9.

Anlage 5

Stellungnahme des MDK Bayern
zum Projekt ReduDok





MDK Bayern

GESCHÄFTSFÜHRUNG

MDK Bayern • Putzbrunner Str. 73 • 81739 München

Landeshauptstadt München
Kreisverwaltungsreferat
Unterabteilung 24 FQA/Heimaufsicht
Herr Erling
Ruppertstr. 11
80337 München

Nicole Wellnitz
Vorzimmer der Geschäftsführung
Putzbrunner Str. 73
81739 München
Tel.: 089 67008-301
Fax: 089 67008-440
nicole.wellnitz@mdk-bayern.de

München, 26.03.2013

Stellungnahme Projekt ReduDok

Sehr geehrter Herr Erling,

in ihrer Anfrage vom 13.02.2013 äußerten Sie die Bitte, einer fachlichen Einschätzung bezogen auf die Inhalte des Projektes ReduDok durch den MDK Bayern, welcher wir gerne entsprechen.

Das Projekt ReduDok wurde im Laufe des letzten Jahres umfassend durch den MDK Bayern begleitet. Die Begleitung beinhaltete die Teilnahme an den regelmäßig durchgeführten Projekttreffen bzw. den Work Shops sowie die intensive fachliche Beratung der am Projekt teilnehmenden Einrichtungen bei der Umsetzung der Projektergebnisse in die Praxis. Auf Grund der im Rahmen der Begleitung gewonnenen Erkenntnisse lassen sich aus Sicht des MDK Bayern die folgenden Aussagen zu den Inhalten des Projektes ReduDok treffen:

- Ein grundlegender Unterschied zu ähnlichen Projekten mit der Thematik „Pflegedokumentation“ liegt darin, dass das Dokumentationsmodell, welches im Rahmen des Projektes „ReduDok“ letztendlich entstanden ist, nicht durch Prüfbehörden bzw. Pflegewissenschaftler vorgegeben wurde, sondern weitgehend durch die Mitarbeiter der am Projekt teilnehmenden Einrichtungen entwickelt wurde. Dies förderte von Beginn an die Akzeptanz sowie die Motivation der Pflegekräfte bezogen auf den Umgang mit dem erarbeiteten Dokumentationsmodell in der pflegerischen Praxis.
- Des Weiteren war bei den Beratungen in den am Projekt teilnehmenden Einrichtungen festzustellen, dass der Umgang mit der neu entwickelten Pflegedokumentation durchweg positive Auswirkungen auf die jeweiligen Pflegeteams hatte. Auf Grund der Tatsache, dass die neu entwickelte Art der Pflegeplanung („Bionese“) gemeinsam im Pflegeteam im Sinne von Diskussionsprozessen erstellt wird, waren bei den Pflegeteams im Laufe des Projektes deutliche Verbesserungen hinsichtlich der Reflexion zu Fähigkeiten und Ressourcen des Bewohners sowie der daraus notwendigen Maßnahmen und Argumentationssicherheit zu beobachten. Auch wurde durch die gemeinsame Arbeit an den Pflegedokumentationen Teamentwicklungsprozesse in Gang gesetzt.
- Erfreulich aus fachlicher Sicht ist auch, dass im Rahmen des im Projekts ReduDok entwickelten Dokumentationsmodells der Bewohner selber bzw. seine wirklichen Bedürfnisse im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise wieder verstärkt in den Mittelpunkt gerückt



MDK Bayern. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern. Hauptverwaltung
Putzbrunner Straße 73. D-81739 München. Telefon 089-67008-0. Fax 089-67008-444
E-mail: hauptverwaltung@mdk-bayern.de. www.mdk-bayern.de
Bankverbindung: HypoVereinsbank München. Konto 81 237. BLZ 700 202 70
BIC: HYVEDEMMXXX. IBAN: DE86 7002 0270 0000 0812 37

sind und somit die Ausgangslage des pflegerischen Handelns bilden. Auf Grund dieser Handlungsweise ergeben sich auch positive Auswirkungen auf die Ergebnisqualität bzw. die Lebensqualität für die in den jeweiligen Einrichtungen lebenden Bewohnern.

- Abschließend ist anzumerken, dass das Dokumentationsmodell, wie im Rahmen von durchgeführten Qualitätsprüfungen gemäß §114 SGB XI durch die zuständigen AuditorInnen festgestellt wurde, bei einer adäquaten Anwendung aus fachlicher Sicht mit den in den aktuell gültigen Qualitätsprüfungsrichtlinien formulierten Anforderungen konform ist. Es bestehen lediglich noch juristische Unklarheiten bezogen auf die Dokumentation von Durchführungsnachweisen bei SGB XI Leistungen.

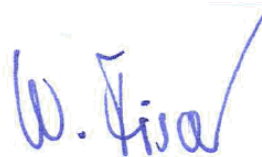
Als weiterer positiver Nebeneffekt des Projektes ist auch von unserer Seite die von Ihnen in ihrer Anfrage bereits angesprochene Kooperation der beiden Prüfinstanzen zu sehen. So hat das Projekt ReduDok aufgezeigt, dass trotz unterschiedlicher Prüfkonzeppte und dem damit verbundenen Prüfvorgehen, ein gemeinsames Vorgehen bzw. eine gemeinsame Positionierung durchaus möglich ist und auch von den an dem Projekt beteiligten Einrichtungen als äußerst positiv wahrgenommen wurde. Auf Grund dessen wären wir als MDK Bayern auch gerne bereit, uns an einem Interview mit der Fachzeitschrift CAREkonkret zu beteiligen.

Für weitere Rückfragen bzw. Absprachen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Otilie Randzio
Stv. Geschäftsführerin
Leitende Ärztin Bereich Pflege



Winfried Fischer
Leiter externe Qualitätssicherung

Anlage 6

Stellungnahmen der Leitungen der
beteiligten Einrichtungen



Residenza München Sozialbetriebe GmbH
Murnauer Str. 267 | 81379 München

Landeshauptstadt München
Kreisverwaltungsreferat
Hauptabteilung I
Sicherheit und Ordnung.Gewerbe
FQA / Heimaufsicht
Herr Rüdiger Erling
Ruppertstraße 19
80466 München

Murnauer Straße 267
81379 München
Telefon 089-78 02 98-0
Telefax 089-78 02 98-11
info@residenza-muenchen.de
www.residenza-muenchen.de

Ihre Nachricht vom: 22.03.2013
Unser Zeichen:
Durchwahl: 21
München, 17. April 2013

Projekt ReduDok / Evaluation

Sehr geehrte Damen und Herren,
Sehr geehrte Projektgruppe,
Sehr geehrter Herr Erling,

Die Alten- und Krankenpflege sollte immer bemüht sein, in ihrem Streben nach Selbständigkeit, Anerkennung und mehr Mitspracherecht der Gefahr zu widerstehen, Mittel einzusetzen oder zu idealisieren, die sie für ihre tägliche Arbeit in der Vergangenheit nicht benötigt haben. Die Pflege hat schon genug mit Zwängen und Beschränkungen zu kämpfen, die ihr vonseiten des Gesetzgebers, der Krankenkassen, der Medizin, von sogenannten Expertengruppen und der Bürokratie auferlegt wurden. Pflegende können es sich eigentlich nicht leisten, sich selbst noch weitere Ketten anzulegen.

Mit Hilfe der „BioNese“ kann pflegerisches Know-how wieder sichtbar gemacht werden. Die Pflege-Charta als Kompass, der die Richtung zeigt und den Bewohner wieder im Mittelpunkt stellt und die Pflegenden mit ihren Erfahrungen und praktischen Wissen angemessen würdigt und anerkennen ist der richtige Weg zu exzellenter Pflege.

D. Gordon (1981) schreibt in „Zum Gebrauch und Mißbrauch formaler Modelle in der Krankenpflegepraxis“, dass Modelle und Standards wie Stützräder beim Radfahren sind, die bei



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000

den ersten Fahrten für Sicherheit sorgen und unnötig und hinderlich werden, sobald man des Radfahrens mächtig ist.

Vergessen wir nicht, dass die Wirklichkeit anders aussieht als das Modell oder die Prüfsituation.

Regeln zu haben, ist zwar für Anfänger und Unerfahrene wichtig, jedoch erlauben diese Regeln immer nur eine bestimmte Struktur. Strukturen lassen sich auch ohne Rückgriff auf Regeln aufbauen (Dreyfus, 1979). Eine solche Struktur entsteht durch die Abstimmung von Bedürfnissen, der Deutung von Situationen und einer Handlungsweise, die auf die beteiligten Personen und die situativen Faktoren zugeschnitten ist und auf einer ganzheitlichen Wahrnehmung beruht. Erst so wird rationelles Vorgehen möglich, da alles Überflüssige weggelassen werden kann (Gordon, 1995).

Die Qualität der pflegerischen Leistungen steht in jeder Pflegeeinrichtung unbestritten im direkten Bezug zur erforderlichen Organisation der Dokumentation.

Qualität produziert auch immer Kosten, die jedoch unserer Ansicht nach durch entsprechend hohe Einsparpotenziale im Bereich Dokumentation weiter minimiert werden. (Keine teuren Standardformulare etc.). So ist auch aus wirtschaftlicher Sicht entsprechende Verschlinkung mehr als zu begrüßen.

Bei der „BioNese“ ist dies erstmals geglückt, denn der Bewohner kann verständlich, konkret und individuell mit seinen Wünschen und Bedürfnissen, seinen Ressourcen, Problemen und Risiken biografieorientiert und handlungsleitend („und prüfkonform“) dargestellt werden.

Dies bedeutet, dass sich das Beschränken auf die wesentlichen Dimensionen, die Dinge einfacher macht und ermöglicht Handlungsanweisungen. Natürlich besteht die Gefahr, dass wichtige Dimensionen im Dunkeln bleiben und/oder vernachlässigt werden.

Jedoch die Vergangenheit und Gegenwart zeigen uns, wenn bei der Erstellung eines Pflegeplans mit absoluter Genauigkeit vorgegangen wird und nichts als selbstverständlich vorausgesetzt wird, können sehr umfangreiche Listen entstehen (wie wir wissen bis zu 30 Seiten und mehr), die geradezu erschlagend auf diejenigen wirken, die mit ihnen arbeiten sollen.

Es lässt sich eben nicht alles in Worte fassen. Die Art von Kommunikation, die zwischen Menschen stattfindet, die einander vertraut sind, der eine Blick oder das eine Wort, durch das soviel zum Ausdruck gebracht wird, ist bei Menschen, die diesen Hintergrund nicht verstehen, gar nicht denkbar.

Im gesamten Seniorenzentrum unserer Einrichtung werden wir zum 01. Juli 2013 das neue Dokumentationskonzept mit der Pflege-Charta als Klassifikationsstruktur für die „BioNese“ implementieren.

Dadurch dass unsere Einrichtung seit 2005 DIN ISO 9001:2008 zertifiziert ist und hier entsprechende Anforderungen bestehen, wird hinsichtlich Lenkung von Aufzeichnungen und Dokumenten ein weiterer Schritt Richtung Optimierung der Dokumentationsanforderungen gelingen. Die Norm geht hier deutlich konformer mit dem neuen Dokumentationskonzept als mit der alten Dokumentationsform.

Für die fachliche Beratung und Betreuung durch Herrn Labouvie und Herrn Slaby in unserer Einrichtung, sowie für die konstruktive und erfolgreiche Zusammenarbeit in der Projektgruppe, möchten wir uns hiermit recht herzlich bedanken und hoffen, dass es viel Nachahmer für die „BioNese“ geben wird.

„Wer Großes will muß sich zusammenraffen: In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister, und das Gesetz nur kann uns Freiheit geben.“ J.W. Goethe

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Harald Groß
Geschäftsführer und Einrichtungsleiter



Maik Rudolph-Geibel
Pflegedienstleiter





Damenstift am Luitpoldpark

SENIOREN WOHN- UND PFLEGEHEIM

Damenstift am Luitpoldpark · Parzivalstraße 63 · 80804 München

-EINRICHTUNGSLEITUNG-

Landeshauptstadt

München

Kreisverwaltungsreferat

Herrn Rüdiger Ehrling

Hauptabteilung I

Sicherheit und Ordnung, Gewerbe

FQA / Heimaufsicht

KVR-I/24

München, 25.04.2013

[Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom]	[Unser Zeichen/Unsere Nachricht vom]	[Telefon]	[Email]
	MM	089 3000 98 - 30	marcus.maier@damenstift.de

Projekt ReduDok

Sehr geehrter Herr Ehrling,

besten Dank für Ihr Schreiben vom 22.03.2013 zu dem ich Ihnen gerne die gewünschte Rückmeldung geben.

Das Projekt ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen, FQA und MDK. Von Seiten der Heimaufsicht (FQA) und des MDK wurde viel Zeit für das Projekt aufgewendet und auch das Projektmanagement war hervorragend.

Die Umstellung des Projekts verlief ruhig und ohne Komplikationen. Der Mehrwert der Dokumentation wurde schnell durch die Mitarbeiter identifiziert und auf andere Stationen vermittelt. Die Motivation zur Übernahme der Dokumentation auf den anderen Stationen stieg deutlich an. Den Mitarbeitern wurde deutlich gemacht worauf es in der Dokumentation ankommt.

Im kompletten Prozess herrschte eine sehr angenehme und wertschätzende Kommunikation aller Beteiligten. Alle Diskussionen erfolgte in gemeinsamer professioneller Augenhöhe.

Damenstift am Luitpoldpark
Parzivalstraße 63
80804 München

TEL 089.300 098-0
FAX 089.300 098-99
www.damenstift.de

Bankverbindung:
HypoVereinsbank
Kto.-Nr. 3160 119 119
BLZ 700 202 70

Rechtsfähige Stiftung
des öffentlichen Rechts

Vorsitzende des Stiftrats:
Jutta Lowag



Damenstift am Luitpoldpark

SENIOREN WOHN- UND PFLEGEHEIM

An dieser Stelle möchte ich mich nochmals bei allen Beteiligten bedanken.

Mit freundlichen Grüßen



Marcus Maier
EINRICHTUNGSLEITUNG

Landeshauptstadt München
Kreisverwaltungsreferat
Hauptabteilung I
Sicherheit und Ordnung.Gewerbe
FQA/ Heimaufsicht
KVR-I/24
Ruppertstraße 19

80446 München

Altenheim Marienstift München

Klugstraße 144
80637 München

Tel.: 0 89 / 159 149-31
Fax: 0 89 / 159 149-33

E-Mail: qm@marienstift-muenchen.de
Internet: www.marienstift-muenchen.de

München, 12.04.2013
EM/ Tk

Sehr geehrter Herr Erling,

gerne geben wir Ihnen als Mitarbeiter der Einrichtungsleitung eine schriftliche Rückmeldung zum, dies vorneweg, auch aus unserer Sicht sehr erfolgreichen Projekt ReduDok. Hierbei orientieren wir uns an den von Ihnen formulierten Fragen aus Ihrem Schreiben vom 22. März.

Wie haben Sie das Projekt erlebt?

Unbestritten verfolgte das Projekt ReduDok ein hochwichtiges, seit vielen Jahren diskutiertes Thema aus der stationären Altenhilfe, an dem auch dem Marienstift viel gelegen ist. Vor diesem Hintergrund freuen wir uns, ein Partner im Projekt gewesen zu sein. In der Gesamtschau haben wir das Projekt sowohl auf Ebene des Ablaufs und der Gestaltung, der Kommunikationsstrukturen als vor allem auch auf Ebene des erreichten Outcomes als sehr positiv erlebt.

Zwar begann die Auseinandersetzung mit der Pflegedokumentation in unserem Hause nicht erst mit dem Start des Projektes ReduDok, dennoch erlebten wir insbesondere die ersten Wochen und Monate der gemeinsamen Bemühungen als doch recht unbekanntes Neuland, losgelöst von den altbekannten Pflegemodellen und kommerziellen Dokumentationssystemen. Neben Neugier und großen Erwartungen an das Projekt war somit auch ein gewisser Grad an Unsicherheit hinsichtlich dem vorhanden, was das Projekt künftig mit sich bringen würde und auf welche Akzeptanz es bei den Mitarbeiter/innen stoßen wird. An dieser Stelle möchten wir auf einige Faktoren und Erlebnisse hinweisen, die aus unserer Sicht prägend für das Projekt waren und die dabei geholfen haben, die anfänglichen Unsicherheitsfaktoren zu beseitigen:

Als sehr förderlich haben wir die von Beginn an sehr offenen Kommunikationsstrukturen mit allen am Projekt Beteiligten (d. h. die Einrichtungen, FQA, MDK und die Katholische Stiftungsfachhochschule München) erlebt, die auch wesentlich dazu beitrugen, dass sich alle Akteure auf derselben Augenhöhe begegnen und austauschen konnten. Selbiges gilt im Übrigen auch aus hausinterner Sicht, begonnen von den Mitarbeiter/innen auf Station, über den Qualitätsbeauftragten in seiner Funktion als Projektleitung bis hin zu Pflegedienst- und Heimleitung. Hinzu kommt der unserer Einschätzung nach gelungene Mix aus verschiedenen, konstruktiven Konzepten zur Begleitung des Projekts seitens der FQA und auch des MDK. Beispielhaft seien hier die individuelle Begleitung vor Ort im Marienstift („Probepflegungen“) oder die verschiedenen und methodenreichen Workshops und Zusammenkünfte genannt. Gerade auch den Austausch mit den anderen beteiligten Pflegeheimen bei derartigen Gelegenheiten haben wir als sehr motivierend und bestätigend wahrgenommen, handelte es sich doch um „Mitstreiter im selben Boot“.

Darüber hinaus haben wir es als sehr angenehm empfunden, dass im Rahmen des Projektes ein Ausprobieren (bisweilen auch nach dem „trial and error“-Prinzip) möglich und erwünscht war. Gemeinsam mit dem bottom-up-Ansatz, der die Mitarbeiter/innen auf den Stationen intensiv in den Entwicklungs- und Implementierungsprozess eingebunden hat, hat dies gewiss dazu beigetragen, dass zumindest im Marienstift das Selbstreflexionspotenzial aller Beteiligten in vielerlei Hinsicht enorm gefördert wurde. Nicht zuletzt haben die wertvollen Impulse von außenstehenden Personen/Experten (z. B. während der Workshops zum Termin am Bahnhof Giesing) zu einem intensiven und fachlich hochwertigen Erleben des Projektes beigetragen.

Welche positiven Erkenntnisse waren Ihrer Einschätzung nach die Folge?

Die zweifellos positivste Konsequenz des Projektes ist nach unserer Ansicht seiner hoher Grad an Zielerreichung: Nicht nur wurde die Pflegedokumentation im Marienstift deutlich verschlankt und reduziert, auch erfuhr sie im Projektverlauf eine deutliche qualitative Aufwertung. Dies ist sicherlich auch eine Folge der erfreulichen Veränderungsprozesse aufseiten der Pflegenden. Hier ist nicht nur eine stete Zunahme der Sprachkompetenzen bzw. der sprachlichen Ausdruckskraft festzustellen, sondern auch eine spürbare Verbesserung der fachlichen Einschätzungs- und Entscheidungsfähigkeit (z. B. mit Bezug auf die nun nicht mehr formelhafte und unhinterfragte Anwendung von Assessments). Ferner werden durch die aufgrund des neuen Dokumentationssystems notwendige Auseinandersetzungen fachliche und/oder bewohnerbezogene Themen nun vermehrt im Sinne einer kollegialen Beratung unter den Mitarbeiter/innen diskutiert und reflektiert. Generell haben die Pflegenden mit fortlaufendem Projektfortschritt die neue Pflegedokumentation als etwas für Sie Wertvolles und Nützlichendes entdeckt – nicht mehr nur als seitens der Leitung oder von Prüfinstanzen geforderte Vorgabe. Als weiteren positiven Effekt der Dokumentation bzw. des Projektes ReduDok sehen wir schließlich eine beginnende Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflege, Therapeuten, Medizinern und weiteren an der Versorgung und Betreuung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen an. Als Hintergrund hierfür lässt sich vermutlich abermals ein forciertes fachliches Austausch anführen.

Zusammenfassend lässt sich als erfreuliches Ergebnis aus Sicht des Marienstift München festhalten, dass aus einem modellhaften Experiment ein praxistaugliches und für den dauerhaften Gebrauch geeignetes Dokumentationssystem entwickelt wurde. Die Rückmeldungen der anderen Einrichtungen, die ReduDok ebenfalls als etwas Positives für sich erkannt haben und an einer Weiterarbeit am Thema interessiert sind, bestätigen dies. Wir haben für uns entschieden, die Dokumentation in unserem Haus in mehreren Schritten auf das neue System umzustellen. Begonnen haben wir bereits mit dem Wohnbereich, die größte Abteilung im Marienstift.

Gibt es Wünsche oder Verbesserungsmöglichkeiten?

Die aus unserer Sicht anzubringenden Verbesserungspotenziale bzw. kritisch zu diskutierenden Punkte halten sich in einem geringen Rahmen. Aus organisatorischer Sicht und vor dem Hintergrund des uns alle fordernden Alltagsgeschäftes wäre ein vermehrtes Augenmerk auf Pünktlichkeit und Verbindlichkeit bei Terminen, Veranstaltungen und anderen Anlässen zum Projekt erstrebenswert. Aus inhaltlicher Sicht und mit Blick auf die fortschreitende Akademisierung und Professionalisierung der Pflege (und somit auch der steigenden Ansprüche von vielerlei Seiten) hätten der konzeptuellen Gestaltung des Gerüsts der neuen Pflegedokumentation (vgl. Anamnese) womöglich ein differenzierter ausgearbeitetes theoretisches Fundament gut getan, beispielsweise basierend auf einer systematischen Literaturlaufarbeitung und dem aktuellen Erkenntnisstand.

Für die Zukunft wünschenswert erscheint aus Perspektive des Marienstift ein weiterhin bestehender und kontinuierlicher Kontakt und Austausch zur neuen Pflegedokumentation mit allen beteiligten Akteuren, auch über die Projektlaufzeit hinaus. Die Entwicklung und Implementierung des neuen Systems ist weiterhin im Gang und kann nach der einjährigen Projektlaufzeit naturgemäß nicht vollständig abgeschlossen sein. Es wäre sehr bedauerlich, wenn die erreichten Fortschritte eine Stagnation erfahren würden oder schlimmstenfalls im Sande verlaufen. Aber auch neue Projekte nach dem gemeinsamen, offenen und konstruktiven Vorbild von ReduDok sind sehr begrüßenswert – gerne auch zu völlig anderen, deshalb aber nicht unbedingt weniger wichtigen Themenbereichen. Denn das „Rezept ReduDok“ ist nachhaltig!

Wir hoffen, mit unserer Rückmeldung einen Beitrag für Ihre Projektevaluation geleistet zu haben und bedanken uns für die gute Zusammenarbeit. Gerne stehen auch wir für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Das Leitungsteam vom Marienstift München

Senioren-und Pflegeeinrichtung
Haus Alt-Lehel
Christophstr. 12
80538 München

Rückmeldung zur Evaluation des Projekts Redudok

Zu den Fragen:

Wie haben Sie das Projekt erlebt?

- Zu Beginn gab es schon eine große Skepsis:
Wird die MDK-Note schlechter?
Reicht das „wenige Papier“ für alle Stakeholder (z. B. auch Krankenkassen, etc.)?
Wird die Pflege schlechter?
Nutzen die MitarbeiterInnen die freiwerdende Zeit eher zum Rauchen als für die BewohnerInnen?

Aber, es gab auch viel Positives!

- Begleitung des Projekts durch FQA, MDK und Regierung von Oberbayern in der Einrichtung, war vor allem für die MitarbeiterInnen extrem wichtig, da frei von jeder Prüfungssituation die Pflegehandlungen zusammen reflektiert werden konnten
- Die Zuschaltung der Ombudsfrau fanden wir politisch sehr wichtig!
- Die MitarbeiterInnen wurden selbstbewusster (!!!) und die Kenntnis über ihre BewohnerInnen stieg kontinuierlich an
- Die MitarbeiterInnen wurden sicherer in der Argumentation bzgl. ihrer Pflegehandlungen
- Die MitarbeiterInnen nutzen die freiwerdende Zeit für „Zeitsequenzen für die BewohnerInnen“ (z. B. Zeit für ein Gespräch, für ein Spiel etc.)
- Die Pflegedienstleiterin wird entlastet, indem die Dokumentationsanalyse stark verkürzt wird und die Ergebnisqualität an den BewohnerInnen wieder wichtiger wird
- Die regelmäßigen Treffen mit den anderen vier beteiligten Einrichtungen waren hilfreich und lehrreich, da immer wieder das eigene Tun reflektiert werden konnte (auch in die Richtung, dass wir auf dem richtigen Weg sind) und einrichtungsintern nachjustiert wurde

Welche positiven Erkenntnisse waren ihrer Einschätzung nach die Folge?

- Die MitarbeiterInnen kennen ihre BewohnerInnen (wieder) viel besser, weil im Vorfeld sich mehr Gedanken gemacht werden, was gebündelt aufgeschrieben werden soll.
- Die Ergebnisqualität der Pflege ist trotz Reduktion der Dokumentation besser geworden, auf keinen Fall schlechter als vor Einführung der „BioNesePlanung“ und ihrer mitgeltenden Dokumente
- Das wir uns im projektgeschützten Rahmen trauen durften, auch auf Blätter zu verzichten, obwohl die Versuchung doch immer noch groß ist, für das eine oder andere Risiko „schnell mal ein Blatt“ in die Dokumentation einzulegen.

- Prägnantere Aussagen bei der Übergabe (z. B. Einfuhr), da es z. B. kein Einfuhrprotokoll gibt → Handlungen folgen ohne Verschriftlichung → Zusammenfassung am Abend
- Die Berichte sind aussagekräftiger, sinnvoller und zusammenhängend (roter Faden erkennbar) – z. B. Einfuhr, Lagerungen, Risiken, Vitalwerte etc.
- Eine stärker bewohnerindividuelle Orientierung, auch in der Anamnese und Dokumentation ist erkennbar. Wünsche und Besonderheiten werden dadurch leichter durch die Pflegepersonen akzeptiert

Gibt es Wünsche oder Verbesserungsmöglichkeiten?

- Klärung der Leistungsnachweise nach SGB V
- Klärung des Leistungsnachweises bei FeM
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit, um das Ganze a) nicht in der Schublade zu verlieren und b) es weit über die Grenzen von München bekannt zu machen
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit, damit das Tool ein „Münchner Standard“ wird, an welchem (möglichst) alle Akteure der Münchner Szene mitwirken
- Auch wenn die Einrichtungen sehr viel Freiraum hatten, die Pflege-Charta auf ihre Bedürfnisse hin umzusetzen, wäre es sicherlich nicht verkehrt, vielleicht ein paar gemeinsame Dinge zu verschriftlichen (z. B. Inhalte der Pflege-Charta, welche Dokumente braucht es wirklich, Zuordnung der bewohnerInnenbezogenen Probleme und Ressourcen zu den Pflege-Charta Punkten, etc.) – das Papier sollte nicht mehr als vier Seiten haben! → „Gemeinsame Erklärung zur Redudok in München!“

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

München/Starnberg, 2013-04-05



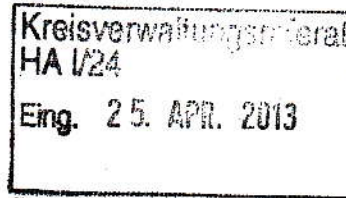
Aneta Gerritz
Pflegedienstleiterin

Peter Distler-Hohenstatt
ehemaliger Leiter der Einrichtung
(bis 01/2013)

Kontakt:

aneta.gerritz@brk-muenchen.de
Fon: 0 89/23 73-3 26

peter@hohenstatt.eu
Fon: 01 76-43 00 78 83



Haus der Arbeiterwohlfahrt - Gravelottestr. 6-8, 81667 München

Landeshauptstadt München
Kreisverwaltungsreferat (KVR)
Herr Rüdiger Erling
Hauptabteilung I - Sicherheit und Ordnung.
FQA / Heimaufsicht (KVR-
Ruppertstr. 11
80337 München

**München
gemeinnützige
Betriebs-GmbH**

**Haus der Arbeiterwohlfahrt
Einrichtungsleitung**

Gravelottestr. 6-8
81667 München
Tel. 089 / 458 32 - 311
Fax 089 / 458 32 - 244

leitung-hda@awo-muenchen.de
www.awo-muenchen.de

München, 24.04.2013

Bewertung „Projekt Redudok“ und aktuelle Bewertung der Situation in der Pflege im Haus der AWO

Sehr geehrter Herr Erling, sehr geehrte Damen und Herren!

Generell wurde das Projekt von allen Beteiligten als durchweg positiv empfunden. Ohne Zweifel sind einige Fragen offen geblieben, es gab teilweise nicht erfüllte Erwartungen und es mussten Zeit, Motivation und Anstrengung investiert werden, die nicht immer zu einer gewünschten, spürbaren Entlastung für das Personal führten.

Im Folgenden eine detaillierte Stellungnahme:

Positive Aspekte:

- Ein gutes Gefühl bei den Teilnehmern bzgl. Wertschätzung der Problematik, Zusammenarbeit mit den Kontrollorganen und Motivation für Schritte in Richtung mehr Vertrauen und Akzeptanz!
- Mut zur Abkehr vom traditionellem Denken und teilweise überholten „Pflegetheorien“ (Probleme-Ziele-Maßnahmen)!
Es gibt beispielsweise Maßnahmen, die keine Ziele oder Probleme hinterlegt bekommen müssen. Das (Er-)finden von „Füllungen für die Schubladen“ fällt weg.



- Erkenntnis, dass biographische Daten nicht überbewertet werden müssen, weg von der „Biographiefixierung“. Biographie kann wichtig sein, im Hier und Heute können die Bedürfnisse und der Willen (gerade von Menschen mit Demenz) völlig anders sein. Meinungen können sich ändern und werden selbst von engen Angehörigen nicht unbedingt dem Willen des Betreffenden entsprechend formuliert. Der aktuelle Zustand steht im Vordergrund.
Die „Doppeldokumentation“ zu diesem Thema entfällt.
- Erkenntnis, dass wissenschaftliche Assessments nicht allgemeingültig sind. Sie können als Unterstützung verwendet werden, die eigene Einschätzung gilt als fachliche Bewertung und das Nachdenken trotz „Bewertungsbögen“ wird nicht eingestellt.
- Es werden weniger „sinnlose“ Listen geführt, die Akzeptanz für die „notwendigen“ Listen ist höher.
- Die „Ressourcenorientierung“ wird weiter geführt.
- Die Argumentationsfähigkeit der Fachkräfte wird gestärkt. Das Personal „steht hinter den geplanten Maßnahmen“ und kann diese (oder vermeintlich fehlende) fachlich fundiert vertreten.
- Für nicht deutschstämmige Pflegekräfte ist die Pflegeplanung leichter zu erstellen und zu verstehen. Es wird beschrieben, was getan wird.
- Die Pflegeplanung wird als „höherwertig“ und „sinnhafter“ beschrieben.
- Die Tendenz zu mehr Fallgesprächen und gemeinschaftlichen Einschätzungen von Situationen. Die Erkenntnisse von Teamgesprächen fließen in die Dokumentation und den Alltag ein, führen so (nebenbei) auch zu einer Steigerung der Qualifikation von allen MA (Lerneffekt).
- Die Pflegecharta wird als Unterstützung empfunden. Insbesondere der Artikel 1 „Selbstbestimmung“ hat sich bei allen Beteiligten deutlich „gefestigt“. Auch die Punkte Sicherheit, Privatheit, Beratung, Wertschätzung etc. treffen deutlicher auf die Bedürfnisse der Hilfebedürftigen als die Systematik der AEDL's.
- Die „Ergebnisqualität“ hat sich – wenn auch wenig spür- oder messbar – tendenziell verbessert. Während des gesamten Projektverlaufs sind keine ernsthaften „Fehler“, „Gefährdungen“ oder unlösbare Probleme aufgetreten. Bei Kontrollen und MDK-Pflegestufen-Begutachtungen hat der Projektbereich gut abgeschnitten.

Folgende Punkte sind noch zu bearbeiten/ Verbesserungspotenzial:

Es besteht weiterhin eine Unklarheit, ob und wie weit das Projekt weitergeführt wird. Dies führt manchmal zu einer „Motivationsbremse“.

Die Ausbildungsstätten unterstützen das Projekt bisher wenig bis gar nicht. Es gibt Probleme mit den und für die Azubis im Projektbereich, da verschiedene „Herangehensweisen“ kollidieren.

Das bisherige QM ist mit dem Projekt (noch) nicht vereinbar. Die Diskrepanz zu den AWO-Standards ist häufig groß und führt immer wieder zu Unsicherheiten.

Die Unterstützung durch die EDV ist mangelhaft. Eine Einbindung der Softwarefirma ist unumgänglich.

Eine spürbarere Unterstützung durch die Geschäftsleitung(en), z.B. durch Zuspruch, klare Aussagen, kreative Mitarbeit, Zeit und finanzielle Mittel (EDV) wäre wünschenswert und zielführender.

Im Haus ergibt sich (von Seiten der Leitungen ungewollt!) an manchen Stellen ein „Konkurrenzdenken“. Gelegentlich kann es zu „gefühlten“ Übervorteilungen kommen.

Der Wechsel von Personal und das kurzfristige „Einspringen“ zwischen Projektbereich und anderen Bereichen sind schwierig und führen zu Unsicherheiten, Problemen und ggf. auch zu „Fehlern“ in der Dokumentation.

Der gelegentlich vorkommende und notwendige bereichsübergreifende Umzug von Bewohnenden im Haus führt zu Problemen mit der Pflegedokumentation.

Für die immer häufiger eingesetzte „Kurzzeitpflege“ gibt es im Allgemeinen und speziell in dieser Problematik keine schlüssigen Konzepte. Der Aufwand steht in keinem Verhältnis zum verfügbaren Zeitkontingent.

Es gibt nach wie vor einige Punkte, die „nur“ für die Nachweispflicht notwendig sind und von der Pflege als nicht notwendig erachtet werden.

Es wurde trotz des Projekts in Einzelfällen ein überzogenes „Kontrollverhalten“ empfunden, bei dem die Suche nach Fehlern im Vordergrund stand, anstatt nach Erklärungen oder Lösungen zu suchen.

Es sollte versucht werden, gemeinsam „Wege der Praxis“ zu finden, um bei den gestiegenen Anforderungen und effektiv weniger Personal* möglichst viel Lebensqualität beim Bew. und als Voraussetzung dafür eine möglichst geringe Belastung beim Personal zu schaffen.

*Die Personalbesetzung hat sich aufgrund der schlechteren Einstufungen (durchschnittlich niedrigere Pflegestufen) in den letzten Jahren, vermehrte Kurzzeitpflegen und die höhere Fluktuation bei immer multimorbideren Personen (teilweise Palliativen Aufnahmesituationen) spürbar verschlechtert.

Bei Kontrollen werden über Monate retrospektiv Probleme in der Dokumentation in den Vordergrund gestellt, die sich nur schwer rekonstruieren lassen. Die aktuelle Ergebnisqualität wird als zu wenig bewertet empfunden.

Die Vorgaben aus dem Qualitätsmanagement und den gesetzlichen Vorgaben, örtlichen Gegebenheiten etc. binden einen erheblichen Teil der Zeit aller Leitungskräfte. Kontrollen, Überprüfungen, Nachbearbeitungen, Besprechungen sind zeitlich nicht mehr abgebildet.

Allgemeine Probleme in der Pflege oder mit der Pflegedokumentation:

Die Zeit für eine konzentrierte Arbeit an einer Pflegeplanung ist meist nicht verfügbar.

Es gibt häufig keinen ruhigen Arbeitsort (Büro o.ä.) für konzentrierte Arbeit, Telefonanrufe und sonstige „Störungen“ gehören zum Arbeitsalltag auf den Pflegebereichen.

Die Zeit für Schulungen/ die Anleitung von neuen Mitarbeitern/von Aushilfen/Schülern etc. ist zu kurz bemessen (und wird immer weniger).

Im Schichtdienst in der Pflege gibt es faktisch keine Möglichkeit, ein Team vollständig für eine Schulung oder für Teamsitzungen einzuteilen.

Es gibt viele Probleme, die auf bürokratische und komplizierte Rahmenbedingungen oder Schnittstellen mit Ärzten, Apotheke, Lieferanten, Behandlern, Angehörigen zurückgehen. Diese Probleme nehmen tendenziell zu, ohne dass ein zeitlicher Rahmen/personelle Unterstützung dafür berücksichtigt wird.

Die Zeiten ändern sich dahingehend, dass immer individuellere Wünsche und Bedürfnisse befriedigt werden sollen. Nach der Charta der Rechte für Pflegebedürftige steht die Selbstbestimmung im Artikel 1. Es benötigt aber auch mehr Zeit, um Menschen individuell ausschlafen zu lassen, erst nach geäußertem Wunsch ins Bett zu bringen, das Essen bei Bedarf aufzuheben und dann wieder zu wärmen und sie je nach Wunsch in den Raucherraum oder den Garten zu bringen. Bisher ist eine Illusion, dass diese Wünsche aktuell und individuell erfüllt werden können. In Einzelfällen mag dies gelingen und wird es auch gerne praktiziert. Pflegekräfte wären froh, wenn sie solche Wünsche häufiger erfüllen könnten, vor allem, ohne ihre eigene Pause oder Freizeit dafür zu verwenden.

Fehler passieren bei den besten Maschinen und auch bei den motiviertesten und best qualifiziertesten Menschen. Der steigende Druck (hauptsächlich zeitlich und psychisch) führt unweigerlich zu einer weiter steigenden Fehlerquote. Die körperliche Arbeit wurde in den letzten Jahren weitgehend erleichtert, es gibt ausreichend gute Pflegehilfsmittel.

Wir können davon ausgehen, dass kein Mensch gerne Fehler macht.

Fehler entstehen also häufig durch die vorhandenen Rahmenbedingungen, insbesondere den Zeitdruck.

Eine Entlastung durch einen an die gestiegenen Anforderungen angepassten Pflegeschlüssel, weniger Schichtwechsel und „Einspringen“ bei Krankheitsausfall bei mehr Zeit für Fall- und Teambesprechungen, Einarbeitung, Schulungen, Fort- und Weiterbildung ist unserer Ansicht nach der Schlüssel zum Erfolg. Vertrauen und die Wertschätzung der Arbeit in der Altenpflege ist dafür unverzichtbare Voraussetzung.

Wir bedanken uns für kollegiale Anleitungen, gemeinsames Suchen nach praktikablen Lösungen für Personal und Bewohner und das gemeinschaftliche Kämpfen für verbesserte Rahmenbedingungen in der Altenpflege!

Mit freundlichen Grüßen,

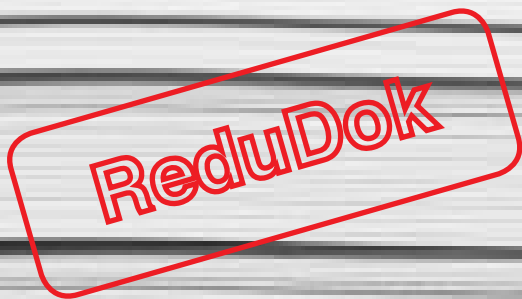


Frank Sonnweber

- Einrichtungsleitung -

Anlage 8

Zusammenfassung der Abschlussrückmeldung der Mitarbeiter der Projektbereiche





Sehr geehrte Projektteilnehmerin, sehr geehrter Projektteilnehmer,

Sie haben einen wertvollen Beitrag für das Projekt ReduDok geleistet. Hierzu ergeht unser herzlichster Dank.

Um etwas möchten wir Sie noch bitten: Eine Einschätzung über das Projekt ReduDok aus Ihrer Sicht. Die Einbindung der Pflegenden war uns von Anbeginn wichtig. Ihre Rückmeldung dient daher der Evaluation des Projektes sowie der Zielsetzung die wir verfolgt haben: Zeitgewinn, Erleichterung und Klarheit über Dokumentationsanforderungen von Prüfinstanzen. Ihre Rückmeldung wird anonym gesammelt und behandelt werden.

Anmerkung: Gesamtrücklauf der Fragebögen 43 Stück

1. Wie schätzen Sie die Wichtigkeit des Projektes „Reduzierung der Dokumentation“ für die tägliche Praxis ein?

sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig	keine Angabe
32	10	0	0	1

2. Wie haben Sie die Begleitung vor Ort durch uns erlebt?

	voll zufrieden	überwiegend zufrieden	weniger zufrieden	nicht zufrieden	keine Angabe
Begleitung vor Ort durch die Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter von MDK und FQA	26	11	5	0	1
Fachlicher Austausch mit den Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von FQA und MDK	31	7	4	0	1
Klärung offener Fragen mit den Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern von MDK und FQA	25	12	5	0	1
Information über den Projektablauf durch FQA und MDK	25	10	5	1	2

3. Gab es aus Ihrer Sicht heraus positive oder negative Aspekte zum Projektverlauf?

Positiv für Bewohner:

- Zeitersparnis durch klare Zusammenfassungen dadurch viel mehr Zeit für Bewohnerbedürfnisse (Mehrfachnennungen)
- mehr Zufriedenheit der Bewohner
- nur positive Aspekte zum Bewohner

Positiv für Mitarbeiter:

- gute Zusammenarbeit von MDK und FQA (Mehrfachnennungen)
- auf lange Sicht weniger Schreibaufwand und aussagekräftiger



- Stellenwert einer Fachkraft erhöht
- Fachlichkeit der Mitarbeiter generell erhöht
- gezielt auf wichtige Sachen
- klar und deutlich, bessere Übersichtlichkeit
- kurze Pflegeanamnese laut Ärzten sehr gut einzusehen
- ein tatsächliches Ergebnis, das in die Praxis umgesetzt werden kann
- die Anamnese ist ausführlicher und liest sich besser als die klassische Pflegeplanung
- dass man nicht alleine gelassen wurde. Vielen Dank für die gute Zusammenarbeit!
- positiv überrascht über die hohe Aussagekraft der kürzeren Anamnese
- Ängste gegenüber Prüfinstanzen wurden abgebaut
- positive Atmosphäre bei den Treffen
- die eigene Einrichtung präsentieren können
- weniger Stress für die Mitarbeiter
- unnötige Formulare fallen weg

Negativ, zu beeinflussen durch Einrichtung:

- zu wenig Zeit und Anleitung
- keine klare Stellungnahme von Seiten des Trägers bzgl. der Übernahme/ wie es weitergeht (Mehrfachnennungen)
- Austausch mit anderen Einrichtungen bisher leider nur in den gemeinsamen Treffen
- häufig schlechte Vorbereitung der anderen Einrichtungen auf die Treffen

Negativ, zu beeinflussen durch FQA:

- Unsicherheiten haben das Projekt oft behindert
- man hat, wenn man nicht Mitglied in der FQA ist nur wenig Einblicke bekommen in den Projektverlauf
- es hätten mehr Workshops für die anderen Pflegefachkräfte im Beisein von MDK und FQA stattfinden können

Wertneutrale Äußerungen:

- sind Kontrollen durch den MDK dazu da, um Fehler zu finden oder zu schauen ob die Bewohner gut gepflegt sind?
- andere Heimaufsicht kam trotz Projekt

4. Effekte und Veränderungen durch das Projekt ReduDok

Anmerkung: Im wissenschaftlichen Abschlussbericht zum Projekt ReduDok werden positive Veränderungen beschrieben, die von Hr. Prof. Dr. Reuschenbach in die Kategorien Zeitersparnis, Professionalität, Teameffekte, Veränderungen der Dokumentation und Ergebnisqualität gegliedert wurden. Hierzu bitten wir Sie um Ihre Einschätzung. Welche Effekte und Veränderungen haben Sie durch ReduDok wahrgenommen?

Mitarbeiterbezogen:

- Zeitersparnis (Mehrfachnennungen)
- Dokumentation überschaubar/ übersichtlich
- Zusammenarbeit von Mitarbeiterin des Wohnbereichs und der sozialen Betreuung besser/ bzw. mit Angehörigen besser
- mehr Zeitaufwand/ Zeitersparnis für Fachkräfte gefühlt nicht gegeben
- es entstand weitere Offenheit für neue Ideen, z.B. die Einführung der Fallbesprechung
- wenig Papier
- bessere Orientierung für neue Mitarbeiter
- Spaß am Schreiben
- Mitarbeiterzufriedenheit ist gestiegen (Mehrfachnennungen)
- andere Wohnbereiche möchten dringend Erleichterung bei der Dokumentation spüren
- Teameffekte (Besserer Austausch, Wertschätzung)



- eigenes Denken ist gefragt

Pflegefachlichkeit:

- Kein sinnloses Ausfüllen von Assessments mehr
- hohe Qualität der Pflegeplanung
- Pflegeplanung ist genauer anhand der Pflegecharta
- Jeder kann gegenüber Prüfinstanzen besser kommunizieren
- losgelöst von Assessmentbögen ist Fachlichkeit gefordert und wieder erkennbar
- deutliche Verbesserung der Berichte in der Qualität
- neue Betrachtung der pflegerischen Handlung
- Wertschätzung der Pflege
- eigenes Denken ist gefragt

Bewohnerbezogen:

- bessere Beschreibung des BW
- Bewohner wird aus einer positiven Sichtweise gesehen/ steht im Mittelpunkt
- es wird im Team über den Bewohner gesprochen, z.B. „Brainstorming“ bei Neueinzug für die Anamnese
- Ergebnisqualität ist deutlich zu sehen
- man sieht den Bewohner noch einmal mit anderen Augen
- in der Pflegedokumentation geht es mehr um die Wünsche der Bewohner

4. Würden Sie sich noch weitere Projekte zu anderen Themen wünschen?

Wenn ja, zu welchen Themen?

- Personalschlüssel (Mehrfachnennungen)
- Biografie
- Einstufung- Höherstufung von Bewohnern
- Belastbarkeit der Mitarbeiter sowie Zeitdruck
- Qualitätssicherung und Transparenz
- Leistungsbeurteilung und Fachkraftquote (Nicht jede Fachkraft ist eine erfahrene Pflegekraft. Die Fachkraftquote sagt nichts über die Pflegekompetenz aus)
- Pflegeüberleitungsbogen (Bewohner ins Krankenhaus und zurück)
- Pflegeethik (Selbstbestimmung, Wertschätzung, Weltanschauung beim Bewohner respektieren und beachten. Wie wird mit dem möglichen Konfliktpotenzial umgegangen, wenn der Bewohner eine problematische Weltanschauung hat)
- Ausbildung eigener Fachkräfte (Konzepte)
- Umgang der Mitarbeiter untereinander, alle sollten an einem Strang ziehen (Teamfähigkeit, Konkurrenz innerhalb des Hauses)

5. Was ich noch sagen möchte....

- vielen Dank für die Unterstützung und Begleitung
- Danke für die Unterstützung, Durchführung und Durchsetzung von ReduDok
- auch in anderen Heimen verwenden
- weitere Entwicklung
- Danke für die gute Zusammenarbeit
- Danke dass wir am Projekt teilnehmen durften
- Danke für die Unermüdlichkeit im Kampf gegen Dokumentationswust
- wünschenswert ganzheitliche Einführung deutschlandweit
- weiter so
- ich finde das Thema reduzierte Doku sehr wichtig. Man muss allerdings ein Idealist sein, denn der Zeitaufwand hat sich v.a. am Anfang erhöht. Nur wenn man überzeugt ist, (...) hat die Bionese eine



Landeshauptstadt München
Kreisverwaltungsreferat
Heimaufsicht - FQA

**Evaluationsbogen für
die Teilnehmerinnen und Teilnehmer
des Projektes ReduDok**

- Chance!
- ReduDok ausbauen, beibehalten
- gute Pflege braucht Zeit- ist im Stellenschlüssel der Aufwand für Doku, Büro, Visite usw. berücksichtigt? Wenn nicht, wo soll die Zeit herkommen?

Vielen Dank!!!

Ihr Team der FQA
(ehemals Heimaufsicht)

Anlage 8

Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege

ReduDok

Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im
Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Landeshauptstadt München
Kreisverwaltungsreferat (KVR)
Hauptabteilung I - Sicherheit und Ordnung.
Gewerbe (KVR-I)
Herrn Rüdiger Erling
Ruppertstr. 11
80337 München

Elisabeth Beikirch

Ombudsfrau zur Entbürokratisierung
der Pflege

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18 441-2375

FAX +49 (0)30 18 441-2379

E-MAIL ombudsfrau@bmg.bund.de

Berlin, 2. Juli 2013

Sehr geehrter Herr Erling,

wie gewünscht, erhalten Sie eine Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der
Pflege zum Projekt ReduDok.

Ich freue mich auf Ihre weiteren Rückmeldungen und Erfahrungen im Umgang mit den Projekt-
ergebnissen und hoffe auf eine weiterhin gute Zusammenarbeit im Hinblick auf bundespoli-
tische Entwicklungen zur Pflegedokumentation.

Mit freundlichen Grüßen

E. Beikirch

Stellungnahme der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im BMG zum Projekt ‚ReduDok‘ in München

Mehrfach konnte ich mir persönlich vom Projektverlauf und dem interessanten Vorgehen ein Bild machen. Die offene Herangehensweise an die Fragen nach einer angemessenen Ausgestaltung der Pflegedokumentation hat mir eine Reihe aktueller Herausforderungen für alle zentralen Akteure in diesem Zusammenhang in anschaulicher Art und Weise näher gebracht.

Die intensive Einbindung der Einrichtungen sowie die Kooperation mit den beiden wesentlichen Aufsichtsbehörden (Heimaufsicht und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) kann als ein wichtiger Baustein bezeichnet werden, um eine Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation, unter gleichzeitiger Vermeidung unnötiger Bürokratismen zu erproben.

Die diesbezügliche Vorgehensweise, hat insbesondere wegen der speziellen Funktion als aufsichtführende Behörde und tradierter Vorstellungen der Fachszene hierzu, eine nicht zu unterschätzende Vorbildfunktion über den Großraum München hinaus. Zugleich wird aufgezeigt, vor welche Herausforderungen die Einrichtungsträger und Pflegefachkräfte bei einem so grundlegenden Prozess der Neugestaltung der Pflegedokumentation gestellt werden.

Die „Münchner Aktivitäten“ ermöglichen nicht nur einen intensiven Einblick in die bürokratischen Herausforderungen der stationären Altenhilfe, sondern haben auch eine Reihe von Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Es wird eindrücklich bestätigt, wie wichtig und zielführend es ist, die Fachlichkeit und eine gute Kommunikation im Team, (wieder) als Ausgangspunkt für anzustrebende Veränderungen zu wählen.

Das Vorgehen macht darüber hinaus deutlich, welchen enormen indirekten und direkten Einfluss Prüfinstanzen auf Art und Umfang der Pflegedokumentation haben und wie bei entsprechender Unterstützung und klar miteinander ausgehandelten Rahmenbedingungen der kollegiale Dialog wieder an Bedeutung gewinnt sowie die fachliche Argumentation fördert und stärkt.

Selbst sensible und ethisch schwierige Entscheidungen im pflegerischen Alltag, entweder im Rahmen des Risikomanagements oder bei haftungsrechtlichen Problematiken, konnten offensichtlich nach einer gewissen Anlaufphase mit weniger Dokumentationsaufwand ohne Qualitätseinbußen gelöst werden.

Die Aufmerksamkeit und ein erweitertes Verständnis für die sehr individuellen Bedürfnisse der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihrer persönlichen Sichtweise wurde geschärft und hat pflegerisches Handeln zur Zufriedenheit Aller verändert und positiv beeinflusst.

Die im Projekt vorgenommenen Analysen sowie die hieraus entwickelten Strategien, sind innovativ für ein bundesweites Vorgehen. Pflegedokumentation ist in diesem Modellvorhaben - ohne die Ausrichtung und Vielfalt einzelner Einrichtungsträger zu begrenzen - wieder prioritär das geworden, wozu sie zuförderst gedacht ist: ein fachliches Instrument intraprofessioneller Kommunikation zur Sicherstellung qualitativ guter Pflege und Betreuung, die Transparenz gegenüber dem Verbraucher und externe Qualitätssicherung nicht zu scheuen braucht.

Um so mehr muss hervorgehoben werden, dass das Münchener Projekt trotz skeptischer Beobachtung und kritischer Kommentierung einen positiven Abschluss gefunden hat und die Erfahrungen von ReduDok nun Eingang in die weitere Debatte rund um das Thema Pflegedokumentation finden können.

Auf die erweiterte Einführung in den Einrichtungen und die Rückmeldungen zur Verstetigung des eingeschlagenen Weges, sowie die Auswirkungen auf Aus- und Weiterbildungsstätten in Punkto Pflegeplanung, Pflegemodellen und den Umfang der Verschriftung des Pflegeprozesses, darf man gespannt sein.

Berlin, Juni 2013

Anlage 9

Anschreiben bezüglich Einverständnis der Bewohner

ReduDok



Hauptabteilung I
Sicherheit und Ordnung. Gewerbe
FQA / Heimaufsicht
KVR-I/24-2

Ruppertstr. 19
80466 München
Telefon: 089 233-44335
Telefax: 089 233-44666
Dienstgebäude:
Ruppertstr. 11
Zimmer: 321
Sachbearbeitung:
Herr Erling
ruediger.erling@muenchen.de

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Datum

13.02.2012

Information über unser Projekt zur Entbürokratisierung der Pflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Kreisverwaltungsreferat der Landeshauptstadt München ist die zuständige Aufsichtsbehörde zur Überwachung der Münchner Alten- und Behinderteneinrichtungen (Heimaufsicht). Grundlage unserer Prüftätigkeit ist das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz. Unser zentraler gesetzlicher Auftrag ist der Bewohnerschutz. Dementsprechend werden seit dem Jahr 2002 unangemeldete Prüfungen der Münchner Einrichtungen durchgeführt, zur Einschätzung der Qualität der Betreuungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner.

Aktuell haben wir ein Projekt zur Entbürokratisierung in der Pflege mit fünf Münchner Pflegeeinrichtungen initiiert. Das Ziel des Projekts kann wie folgt zusammengefasst werden:
Weniger Schreibearbeit – mehr Zeit für die Bewohner.

Mit dem Projekt verfolgen wir eine Entlastung der Pflegemitarbeiter, vor allem von unnötigem bürokratischen Aufwand. Wir begrüßen es außerordentlich, die Einrichtung XXX als Partner für unser Projekt gewonnen zu haben. Weitere Beteiligte an dem Projekt sind der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie die Katholische Stiftungsfachhochschule München (KSFH), die für uns die wissenschaftliche Begleitung übernimmt.

Mit vorliegendem Schreiben möchten wir Sie einerseits über das Projekt informieren, andererseits auch um Ihre Unterstützung bitten. Die Grundlage des Projekts ist die Pflegedokumentation, die vor allem Sie als Bewohnerin bzw. Bewohner der jeweiligen Einrichtung betrifft. Daher benötigen wir Ihre Zustimmung für das Projekt. Grundsätzlich versichern wir Ihnen einen sensiblen Umgang mit den entsprechenden Daten.

Das Projekt wird eine Dauer von zunächst einem Jahr haben, am 01.04.2012 beginnen und in dem Wohnbereich XXX durchgeführt werden, unter entsprechender Begleitung durch die Münchner Heimaufsicht.

Während dieses Zeitraums kann in dem benannten Wohnbereich auf eine Reihe von Dokumentationsverfahren verzichtet werden. Im Laufe des Projektprozesses werden wir kontinuierlich stattfindende Auswertungstreffen mit der Einrichtung durchführen. Unsere unangemeldeten Prüfungen der Einrichtung, zur Einschätzung der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, werden wie gewohnt stattfinden.

Wir sind fest von einem positiven Verlauf des Projektes überzeugt. Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung. Unser diesbezüglicher Ansprechpartner ist Herr Rüdiger Erling (E-Mail: ruediger.erling@muenchen.de; Telefon: 089 233 44335)

Über den Verlauf und das Ergebnis des Projekts werden wir Sie natürlich informieren. Bitte geben Sie den verantwortlichen Personen in Ihrer Einrichtung bis zum 15.03.2012 Ihr Einverständnis.

Mit freundlichen Grüßen

Rüdiger Erling
Projektleiter ReduDok