



Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht

Rahmenempfehlung zur Betreuungs- und
Pflegedokumentation in Einrichtungen der
stationären Altenhilfe

Redaktion:

Heike Franz

Gerlinde Freiwald (bis 30.9.2012)

Sonja Helmstädter

Ralf Hilling

Sascha Jetzen

Peter Klement (bis 30.9.2012)

Regine Krampen

Eva Laufer

Nicolas Lubnow

Heike Maul

Margit Niebling

Anne Oppermann

Ralf Schetzkens

Kristin Stokan

Gabriele Süßmuth

1. Vorwort

Die Herausgabe einer Rahmenempfehlung durch die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht hat zum Ziel, den Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine fachliche Grundlage zur Betreuungs- und Pflegedokumentation zu geben. Als gemeinsames Arbeits- und Kommunikationsinstrument aller an der Betreuung und Pflege beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellt eine fachlich fundierte Betreuungs- und Pflegedokumentation einen wesentlichen Baustein der Qualitätssicherung dar. Eine gemeinsame Dokumentation aller beteiligten Berufsgruppen fördert das Verständnis, dass die Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner unteilbar ist und es in der Folge nur einen Betreuungs- und Pflegeprozess geben kann.

Die Betreuungs- und Pflegedokumentation ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesamtleistung einer Einrichtung und damit ein wichtiges Mittel der fachlichen Information und Kommunikation innerhalb der Institution und in der Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen.

Die Betreuungs- und Pflegedokumentation spiegelt die Prozesshaftigkeit des gesamten Betreuungs- und Pflegeprozesses wider. Sie dient darüber hinaus auch zur Beweiserhebung im Rechtsverkehr im Rahmen der durchgeführten Maßnahmen.¹

Ziel des seit dem 21.03.2012 in Kraft getretenen Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) ist es, die Betreuungs- und Pflegedokumentation in den Einrichtungen im Sinne einer tatsächlichen Entbürokratisierung (§ 24 HGBP) sinnvoll zu verschlanken, ohne dass gesetzliche und fachliche Anforderungen vernachlässigt werden. Diese Rahmenempfehlung soll ein Beitrag dazu sein.

Die Betreuungs- und Pflegedokumentation erfolgt immer stärker in Hinblick auf die Prüfungen des MDK sowie der Betreuungs- und Pflegeaufsicht. Dies ist eine mögliche Ursache dafür, dass Betreuungs- und Pflegeplanungen immer umfassender werden.

Die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht möchte mit der Rahmenempfehlung dazu beitragen, den Weg der Entbürokratisierung weiter zu entwickeln.

2. Warum dokumentieren

Die Betreuungs- und Pflegeaufsicht Hessen vertritt die Auffassung, dass eine Betreuungs- und Pflegedokumentation im Wesentlichen vier Ziele verfolgt:

- die Gewährleistung der Sicherheit für die Bewohnerinnen und Bewohner im Prozess der Betreuung und Pflege,
- die Qualitätssicherung des Betreuungs- und Pflegeangebots,
- die Herstellung einer Leistungstransparenz,
- die Sicherung der interdisziplinären Information und Kommunikation aller am Prozess der Betreuung und Pflege Beteiligten.²

Diese Zielstellungen gründen auf einem ganzheitlichen Betreuungs- und Pflegeverständnis. Es geht nicht darum einzelne Teilschritte strukturiert und rechtssicher abzubilden, sondern die Lebenssituation von Betreuungs- und Pflegebedürftigen zu begleiten und unterstützend mitzugestalten. Eine fachgerechte Dokumentation zeichnet sich daher dadurch aus, dass sie sich auf die betreuungs- und pflegerelevanten Interventionen konzentriert. Eine solche

¹ Vgl. auch Empfehlungen des Fachbeirates Pflege zur Ausgestaltung, Weiterentwicklung und Einführung einer Pflege- und Behandlungsdokumentation in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege und Krankenpflege in Hessen – Staatsanzeiger des Landes Hessen 12.01.1998

² Ebd.

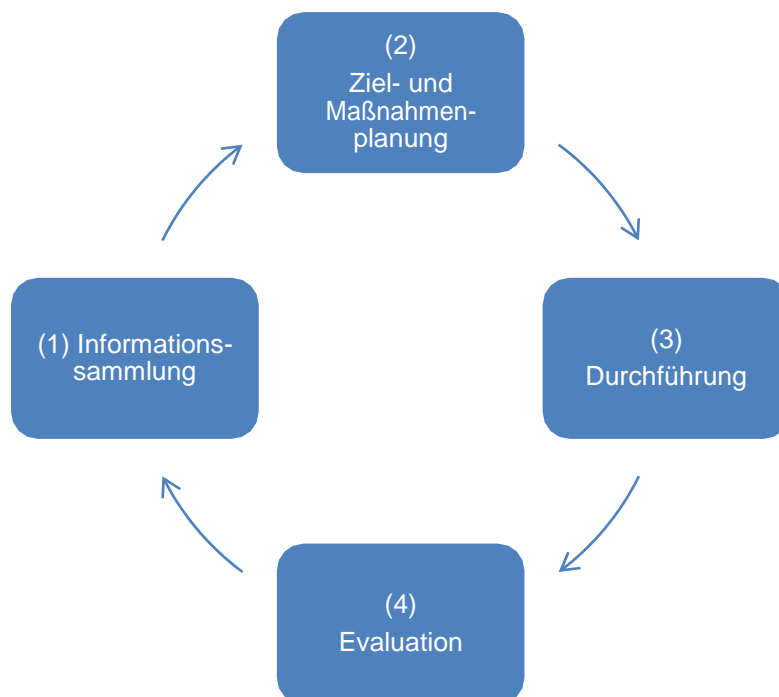
Konzentration unterscheidet sich grundlegend von einer Haltung, die im Ergebnis alles dokumentiert, was ggf. „wichtig sein könnte“ Die fachliche Einschätzung, an welcher Stelle die Trennungslinie verläuft, obliegt dem Betreuungs- und Pflegepersonal. Oder anders ausgedrückt: Die Motivierung eines/einer Betreuungs- und Pflegebedürftigen an einem Ausflug teilzunehmen, kann eine personenbezogene Intervention sein, während die Teilnahme an dem selben Ausflug für ein Gros anderer Betreuungs- und Pflegebedürftiger nicht mehr als reine Freizeitgestaltung ist.

Die Unterscheidung zwischen alltäglicher Lebensgestaltung und gezielter Betreuungs- und Pflegeintervention (damit Alltag wieder möglich wird), ist der Schlüssel zu einer verschlankten Betreuungs- und Pflegedokumentation. Vor diesem Hintergrund ist ein einheitliches Verständnis des Betreuungs- und Pflegeprozesses unabdingbar.

3. Der Betreuungs- und Pflegeprozess

Die Dokumentation des Betreuungs- und Pflegeprozesses dient nicht dazu, Betreuung und Pflege zu bürokratisieren, sondern den betroffenen Menschen gerecht zu werden. Sie dokumentiert einen Weg hin auf ein zuvor festgelegtes Ziel sowie die Unterstützung in der persönlichen Lebensgestaltung. Wenn Ziele selbständig und selbstverantwortlich von dem Betreuungs- und Pflegebedürftigen erreicht werden, bedarf es keiner Intervention durch Dritte. Das HGBP verpflichtet den Betreiber, Pflegeplanungen für die Betreuungs- und Pflegebedürftigen aufzustellen und deren Umsetzung aufzuzeichnen. Eine Dokumentation ist in der Weise zu führen, dass aus ihr unter anderem die Betreuungs- und Pflegeplanungen und die Betreuungs- und Pflegeverläufe für die Bewohnerinnen und Bewohner ersichtlich werden³.

Die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht legt bei den Anforderungen zur Dokumentation die Anwendung des Pflegeprozesses in vier Schritten zu Grunde. Dieser Ansatz entspricht der Definition der WHO sowie vom Grundsatz her dem PDCA -Zyklus⁴, der als Regelkreis Grundlage jeder Form von Qualitätssicherung ist.



³ Kommentar zur Gesetzesbegründung zu § 13 in: Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen – Textsammlung mit Gesetzgebungsmaterialien, SV Saxonia Verlag Dresden 2012, S. 99

⁴ PDCA = plan, do, check, act (planen, tun, überprüfen, verändern)

Mit Blick auf den zunehmenden Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten⁵ in der Pflege, deren Einsatz aber nur ein Teil des ersten Prozessschrittes sein kann, ist hier entgegen der WHO-Definition von „Informationssammlung“ die Rede

3.1 Informationssammlung⁶

Unabhängig vom angewendeten Pflegemodell ist darauf zu achten, dass in jedem Fall umfangreiche Informationen zu folgenden Themenfeldern⁷ zusammenzutragen sind:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung⁸
- Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Diese sechs Themenfelder entstammen dem Abschlussbericht des Projektes „*Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI*“. Sie bilden die Module eines im Rahmen des Projektes vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld sowie dem MDK Westfalen-Lippe erarbeiteten Begutachtungsinstrumentes für die Ermittlung individueller Pflegebedürftigkeit und dem daraus abzuleitenden Pflegebedarf, und zwar unabhängig von dem in der Praxis der deutschen Altenhilfe überwiegend angewendeten Strukturmodell von Monika Krohwinkel. Zwei weitere in dem Instrument enthaltene Module zur „Hilfebedürftigkeit“ erscheinen für die Anwendung im stationären Bereich nicht zielführend (Außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung), da Aspekte hieraus im stationären Lebenskontext auch über das Themenfeld „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ abgebildet werden können. Grundlage für die Bildung der Module ist eine am Institut für Pflegewissenschaft durchgeführte Studie im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen, in der weltweit eine Analyse und Recherche verwendeter Pflegebedürftigkeitsbegriffe vorgenommen wurde.⁹

Gemeinsam mit dem Betreuungs- und Pflegebedürftigen und/ oder seinen Angehörigen, Bezugspersonen und seinem gesetzlichen Betreuer¹⁰ erfolgt die Ermittlung seiner *Bedürfnisse, Probleme, Kompetenzen* und *Ressourcen* sowie die Erfassung seiner *gesundheitlichen Risiken* und Einschränkungen. Auch die Erfassung der *Biografie* sowie der *Pflegeanamnese* ist Bestandteil der Informationssammlung.

Die Informationssammlung ist die Grundlage für die Zielentwicklung und Maßnahmenplanung. Für den identifizierten Interventionsbereich ist es erforderlich, dass Ursache und Ausprägung der Problemstellung beschrieben sowie die in diesem Zusammenhang relevanten Ressourcen und Kompetenzen benannt werden. So sollte beispielsweise ein Problem im Bereich der Mobilität nicht nur als eine Bewegungseinschränkung beschrieben werden, sondern auch deren Ursache (z.B. Schlaganfall) und deren Ausprägung (z.B. spastische Hemiparese links). Hier kann z.B. eine Ressource sein, dass der Betroffene mit einer bestimmten Gehhilfe selbständig auf einer Ebene laufen kann.

⁵ sh. Kap. 5.1

⁶ Die in der Definition der Informationssammlung kursiv gesetzten Begriffe werden im Glossar näher definiert

⁷ Wingenfeld, Büscher, Gamsweid et al. 2008, S. 75

⁸ „(...)umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sämtliche Verrichtungsbereiche, anhand derer bei der bisherigen Begutachtung nach dem SGB XI Pflegebedürftigkeit eingeschätzt wurde“: Körperpflege, An- und Auskleiden, Ernährung, Ausscheiden (ebd. S. 49/50)

⁹ Wingenfeld, Büscher, Schaeffer et al 2007

¹⁰ Selbstverständlich können Angehörige und Bezugspersonen nur mit Zustimmung des Bewohners in die Informationssammlung einbezogen werden!

Die Gesamtheit der Informationssammlung ist die Grundlage für die Ermittlung des Bedarfes an betreuender oder pflegerischer Intervention, also der Planung (→ 2. Prozessschritt).

3.2 Zielbestimmung und Maßnahmenplanung

Das Gelingen der Betreuungs- und Pflegeprozessdokumentation „(...) hängt u.a. davon ab, inwieweit die Pflegeplanung dem Grundsatz folgt, sich auf fachlich wesentliche Aspekte zu konzentrieren und bürokratischen Ballast zu vermeiden (z.B. Dokumentation überflüssiger Informationen, Absicherung jeder einzelnen geplanten Pflegemaßnahme mit einem Pflegeziel oder Durchführung von Beurteilungen, die für die Maßnahmenplanung oder Evaluation des Pflegeprozesses überflüssig sind).“¹¹

Insbesondere die Zielformulierungen bereiten häufig Probleme, da sie fachlich betrachtet selbstverständlich erscheinen und nicht für jeden einzelnen Prozessschritt das gleiche Ziel formuliert werden muss.¹²

Im Kontext der „wertfreien Planung“ kommt es darauf an, die eigenen subjektiven Wertungen nicht einfließen zu lassen. Handlungsleitend sind die Wünsche und Bedürfnisse der Betreuungs- und Pflegebedürftigen. Auf der Grundlage von Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe wird gemeinsam mit den Betreuungs- und Pflegebedürftigen geplant, wie Betreuung und Pflege gestaltet werden können um eine subjektive und zufriedenstellende Lebenssituation zu erreichen. Im Fazit heißt das, der/ die Betreuungs- und Pflegebedürftige definiert das Ziel.

Die Zielbestimmung hat den Sinn, den Erfolg von professionellen Interventionen beurteilen zu können. Aus diesem Grund sollen sie die sogenannten „SMART“-Kriterien¹³ erfüllen:

- **Spezifisch**
- **Messbar**
- **Akzeptiert**
- **Realistisch**
- **Terminbezogen**

Die Einhaltung dieser Kriterien ermöglicht es tatsächlich zu überprüfen ob ein Ziel erreicht worden ist. Wenn dies nicht gelingt ist klar, dass entweder das Ziel oder aber die Maßnahme angepasst werden muss.

Die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht empfiehlt, die Maßnahmenplanung in Form einer Tages- und Nachtstruktur abzubilden, damit eine klare Handlungsorientierung gewährleistet ist. Die Tages- und Nachtstrukturierung enthält die Gesamtdarstellung aller geplanten, individuellen und regelmäßig durchzuführenden Einzelmaßnahmen einschließlich aktivierender Maßnahmen sowie Angaben zu notwendigen Hilfsmitteln, Unterstützungsleistungen oder die Anzahl und Qualifikation der erforderlichen Betreuungs- und Pflegepersonen. Nicht tägliche Aktivitäten wie z.B. Vollbad, die Teilnahme an wöchentlichen

¹¹ Wingenfeld, Büscher, Gamsweid et al. 2008, S. 53

¹² z.B. ist das generelle Ziel von der Übernahme der Körperpflege Sauberkeit und persönliches Wohlbefinden und man muss sich daher naturgemäß die Frage stellen, welchen Sinn es macht dies in jedem Einzelfall aufzuschreiben. Wird die Anforderung der Aufzählung solcher Ziele für jeden Teilaspekt der Körperpflege wie das Waschen einzelner Körperteile, die Zahn- und Haarpflege oder die mit der Körperpflege in untrennbarem Zusammenhang stehende Unterstützung beim An- oder Entkleiden gestellt wird nachvollziehbar, warum Pflegenden in der Praxis in dieser Form der Planung keinen Sinn erkennen können und Planung lediglich für Prüfinstanzen betreiben. Die Übernahme bzw. die Unterstützung bei der Körperpflege ist pflegerisches Grundwissen, abgebildet in Lehrbüchern und Pflegestandards.

¹³ <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer/smart-kriterien.html>

oder Sonder-Veranstaltungen, sowie Maßnahmen der Behandlungspflege müssen gesondert aufgeführt werden. Mit der Tages- und Nachtstruktur wird ein logisch zusammenhängender Prozess – orientiert am Tagesablauf des einzelnen Bewohners – dargestellt. Durch Verminderung des Schreibaufwandes kann die Betreuungs- und/oder Pflegefachkraft einen höheren Anteil der Arbeitszeit dafür verwenden, u. a. die Qualität der Betreuung und Pflege zu überprüfen. Entsprechende Regelungen zu Verantwortlichkeiten sind im Rahmen des Qualitätsmanagements festzulegen.

3.4 Durchführung der Maßnahmen

Die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht vertritt die Auffassung, dass bei fachgerechter und vollständiger Planung in Form einer Tages- und Nachtstruktur keine Einzelleistungen in Pflege und sozialer Betreuung abgezeichnet werden müssen. Lediglich Abweichungen von der geplanten Tagesstruktur sind im Rahmen des Berichtes begründet darzustellen. Dadurch ist automatisch dokumentiert, dass alle übrigen Maßnahmen wie geplant durchgeführt worden sind: die Abweichung, nicht der Regelfall wird dokumentiert!

Im Rahmen der Qualitätsprüfung wird derzeit allerdings von Seiten des MDK ein „Leistungsnachweis“ gefordert.

Mit Blick auf die derzeitige Prüfpraxis des MDK kann dieser Leistungsnachweis akzeptiert werden. Jedoch sollten zusammenhängende Tätigkeiten, die durch ein und dieselbe Person erbracht werden, auch nur durch ein Handzeichen abgezeichnet werden.

Dies betrifft allerdings nicht Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege. (sh. Exkurs I)

3.5 Evaluation

Evaluation bedeutet eine kontinuierliche Anpassung der Betreuungs- und Pflegeplanung an das aktuelle Befinden und die persönlichen Wünsche, Vorlieben und Bedürfnisse der Betreuungs- und Pflegebedürftigen. Wichtigstes Instrument hierfür ist der Verlaufsbericht. In ihm werden neben den Abweichungen von der Planung insbesondere die Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner sowie neu auftretende besondere Wünsche, Vorlieben, Bedarfe und Bedürfnisse dokumentiert.

Darüber hinaus soll der Bericht Auskunft geben über die Wirkung der geplanten Interventionen. Hier sollen, insbesondere bei neuen Interventionen, auch Positivwirkungen dargestellt werden. Abweichungen von der Maßnahmenplanung, die sich verstetigen, müssen zu einer Überprüfung von Zielsetzung und Maßnahmenplanung führen. Wenn allerdings die Ursache für die Abweichung als zeitlich befristet anzusehen ist (z.B. ein grippaler Infekt, der zu einer vorübergehenden Bettlägerigkeit führt oder die Nichtteilnahme an einer Betreuungsmaßnahme wegen Krankheit) ist die Planung beizubehalten.

Neben der laufenden Evaluation über den Verlaufsbericht sollte das Erreichen von Zielen zum Zeitpunkt ihrer Terminierung sowie die Gesamtplanung in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Am sinnvollsten findet eine Überprüfung der Planung im Rahmen von Fallkonferenzen statt, an der alle Beschäftigten der Betreuung und Pflege beteiligt sind, ggf. auch unter Einbeziehung der Betreuungs- und Pflegebedürftigen bzw. dem gesetzlichen Betreuer oder anderen Externen, z.B. Hausarzt oder externe Therapeuten.

Das Ergebnis einer solchen Fallkonferenz muss mit der Bewohnerin oder dem Bewohner bzw. der gesetzlichen Betreuung rückgekoppelt werden.

Exkurs I: Maßnahmen der Behandlungspflege

Unter Maßnahmen der Behandlungspflege werden alle Maßnahmen verstanden, die im Sinne der Mitarbeit an ärztlicher Diagnostik und Therapie verordnet und als delegierte ärztliche Tätigkeit ausgeführt werden. Sie unterliegen nicht der Steuerung durch Pflegefachkräfte und sind daher nicht als Maßnahme zu planen. Diagnostik, Therapiezielbestimmung und Entscheidung für eine Maßnahme liegen in der Hand des Arztes. Aus diesem Grund sind im

Rahmen der Betreuungs- und Pflegedokumentation ärztlich verordnete Maßnahmen und deren Durchführung separat zu dokumentieren. Dokumentiert werden muss Zeitpunkt der Anordnung, der genaue Inhalt (z.B. Medikament mit Dosierung, Applikationshäufigkeit und Zeitpunkten sowie ggf. der Zeitraum, in dem das Medikament verabreicht werden soll). Wenn die Verordnung in der Betreuungs- und Pflegedokumentation nicht vom Arzt persönlich abgezeichnet wird, ist das Handzeichen der Fachkraft erforderlich, die die Verordnung entgegen nimmt. Bei der Entgegennahme telefonischer Anordnungen empfehlen wir den Zusatz „vorgelesen und genehmigt“, d.h. die entgegennehmende Fachkraft vergewissert sich durch Vorlesen, dass die Anordnung richtig verstanden wurde und dokumentiert dies durch das Kürzel „v.u.g.“

Bedarfsmedikationen erfordern die Angabe der Indikation und die maximale Höchstdosis in 24 Stunden. Die Indikation muss so eindeutig formuliert sein, dass die Fachkraft keinen Entscheidungsspielraum hat, ob die Medikation eingesetzt wird oder nicht.

Exkurs II soziale Betreuung

Gemäß SGB XI gehört soziale Betreuung zu den allgemeinen Pflegeleistungen.

Ziele sind

- auf Basis der individuellen Bedürfnisse den Erhalt der Persönlichkeit fördern
- das Wohlbefinden erhöhen
- beitragen, den Alltag strukturiert und begleitet zu gestalten

Auch für die Angebote der sozialen Betreuung ist der PDCA-Zyklus anzuwenden. Ressourcen, Ziele, Wünsche und Abneigungen sind mit den Betreuungs- und Pflegebedürftigen zu besprechen und abzustimmen.

Geplant werden nur die Maßnahmen, in denen tatsächlich ein Unterstützungs- bzw. Begleitungsbedarf zu erkennen ist. (In Abgrenzung zu „Freizeitgestaltung“)

Die geplanten Maßnahmen der Einzel- und Gruppenbetreuung sind genau zu beschreiben und in die Tages- bzw. Nachtstruktur zu integrieren.

Der Angebots-/ Leistungsnachweis

Die Betreuungs- und Pflegeaufsicht Hessen vertritt die Auffassung, dass der Nachweis der Betreuungsleistung über die Tages- und Nachtstruktur erbracht ist.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung wird von Seiten des MDK ein „Leistungsnachweis“ gefordert. Mit Blick auf die derzeitige Prüfpraxis des MDK kann dieser Leistungsnachweis akzeptiert werden.

Er sollte jedoch auf das notwendige Maß beschränkt werden und in seiner Form so wenig Arbeitsaufwand wie möglich binden. Das heißt, die Dokumentation einer bloßen Teilnahme an einem Sommerfest oder einem Gottesdienst, ohne den beschriebenen Interventionscharakter, ist nicht erforderlich, weil es für den Betreuungs- und Pflegeprozess keine Bedeutung hat.

4. Strukturelle Anforderungen

Die strukturellen Anforderungen an eine individuelle Betreuungs- und Pflegedokumentation werden im Hessischen Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) nicht explizit beschrieben, sondern ergeben sich aus anderen Rechtsnormen sowie fachlichen Ansprüchen. Grundsätzlich gilt, dass die Auswahl eines Dokumentationssystems der Betreiberhoheit zuzuschreiben ist und nicht vorgegeben werden kann. Auch gegen eigens entworfene Dokumentationsformulare ist nichts einzuwenden, wenn sie bestimmte Anforderungen erfüllen. Grundanforderungen für das Führen der Betreuungs- und Pflegedokumentation sind:

Die Dokumentation

- spiegelt Prozesshaftigkeit und Kontinuität wider.
- orientiert sich am realen Arbeitsablauf und dem Verlauf des Prozesses der Betreuung und Pflege.
- verlangt glaubhafte, nachvollziehbare und zeitnahe Eintragungen.
- sichert Transparenz im Hinblick auf die Leistungserbringung und Verantwortlichkeiten.
- bildet die Grundlage für interdisziplinäre Zusammenarbeit.
- beachtet Richtlinien und gesetzlichen Grundlagen über Datenschutz, der Schweigepflicht und dem Umgang mit sensiblen Daten.
- beachtet Grundsätze hinsichtlich des Umgangs mit urschriftlichen Dokumenten.
- ermöglicht einen Zugang für alle am Prozess der Betreuung Pflege Beteiligten

Im Folgenden werden einzelne Anforderungen näher ausgeführt:

4.1. Personenbezogenheit:

Alle Aufzeichnungen, die mit dem Betreuungs- und Pflegeprozess in Zusammenhang stehen, haben personenbezogen zu erfolgen. In diesem Zusammenhang weist die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht darauf hin, dass von wohnbereichsbezogenen Aufzeichnungen wie Übergabebüchern, Verordnungs- und Medikamentenplänen und ähnlichem Abstand zu nehmen ist, da hier immer eine Gefahr von Übertragungsfehlern besteht.

4.2. Dokumentenechtheit:

Alle Aufzeichnungen haben so zu erfolgen, dass keine nachträglichen Änderungen vorgenommen werden können. Bleistifteintragungen sind demzufolge als nicht gültig zu bewerten. Selbstverständlich können Fehleintragungen korrigiert werden. Es muss allerdings zu erkennen sein, wann und von wem die Korrektur vorgenommen wurde (Datum und Handzeichen), und es muss erkennbar sein dass es sich um eine Korrektur handelt. Weiterhin muss der korrigierte Fehleintrag lesbar bleiben.

4.3. Datenschutz/ Einsichtsrechte:

Die Betreuungs- und Pflegedokumentation ist so aufzubewahren, dass sie vor dem Zugriff Unbefugter geschützt ist. Dies bedeutet aber nicht, dass alle Elemente der Dokumentation jederzeit verschlossen gehalten werden müssen. Um die Anforderung einer zeitnahen Dokumentation zu erfüllen ist es unproblematisch, Zusatzformulare wie Trink- oder Bewegungsprotokolle im Zimmer der Betroffenen aufzubewahren. Das Mitführen von Betreuungs- und Pflegedokumentationen während der Pflege oder einzelner Betreuungsangebote ist ebenfalls aus datenschutzrechtlicher Sicht unproblematisch, sofern diese sich im Sichtfeld der Betreuungs- und Pflegemitarbeiter/innen befindet. Einsichtsrecht in die Dokumentation haben alle an Pflege, Betreuung und Behandlung beteiligte Personen, die Bewohnerin bzw. der Bewohner selbst, ggf. ihr bzw. sein gesetzlicher Betreuer sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuungs- und Pflegeaufsicht im Rahmen von Prüfungen.

4.4. Besondere Anforderungen an die EDV-gestützte Dokumentation:

Wesentlich für eine reibungslos funktionierende EDV-Betreuungs- und Pflegedokumentation ist zunächst eine angemessene Hardware-Ausstattung, die es ermöglicht, in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Ausführung von Tätigkeiten diese auch zu dokumentieren. Mindestens aber sollten so viele PC-Arbeitsplätze im Wohnbereich existieren, dass es zu keinem „Dokumentationsstau“ vor dem PC kommen kann. Professionelle EDV-Dokumentationssysteme erfüllen automatisch die Anforderung, dass zu erkennen ist, wer wann welche Eintragung vorgenommen hat. Das Programm soll bei Inaktivität spätestens nach 10 - 15 Minuten eine erneute Passworteingabe fordern. Außerdem ist einmal in 24 Stunden eine Datensicherung auf einem anderen Speichermedium erforderlich. In einigen (vor allem kleineren) Einrichtungen gibt es Versuche, die Dokumentation im Rahmen von Office- oder ähnlichen Programmen nach eigener Konzeption vorzunehmen. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass es dabei zu großen rechtlichen Problemen in Bezug auf Datensicherheit sowie Dokumentenechtheit kommen kann. Es wird daher empfohlen, bewohnerbezogene Daten immer passwortgeschützt zu speichern. Als dokumentenechte Dokumentationsbestandteile können hier lediglich Ausdrucke gewertet werden, die mindestens tagesaktuell erfolgen und darüber hinaus mit Datum und Handzeichen versehen sind. Insgesamt muss das Programm die Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen gewährleisten.

5. Zusatzdokumente

5.1 Standardisierte Assessmentinstrumente

Die Anwendung standardisierter Assessmentinstrumente hat sich in den letzten Jahren insbesondere zur Einschätzung von pflegerischen Risiken in der professionellen Pflege sehr verbreitet. Der Einsatz dieser Instrumente hat sich aber auch aus wissenschaftlicher Sicht gegenüber einer fundierten klinischen Einschätzung von Risikosituationen durch Pflegefachkräfte nicht als überlegen erwiesen.¹⁴ Dennoch können sie natürlich im Rahmen der Prozessplanung und –evaluation eingesetzt werden. Gründe für eine zielgerichtete Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten können zum Beispiel sein:

- Sensibilisierung von unerfahrenen Pflegekräften für Risikofaktoren¹⁵
- „Feindiagnostik“ zur genauen Risikobestimmung bei fehlendem Risikoausschluss z.B. von Mangelernährung¹⁶
- zu wissenschaftlichen Zwecken oder in Projekten, um Menschen einem definierten Personenkreis zuzuordnen
- zur gezielten Einschätzung von Wohlbefinden oder Schmerzzuständen bei Betreuungs- und Pflegebedürftigen, die hierüber keine eindeutigen Selbstauskünfte geben können, z. B. DCM, HILDE, BESD¹⁷

Bei der Anwendung standardisierter Assessmentinstrumente ist zwingend zu beachten, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Anwendung des Instrumentes geschult werden, um keine verfälschten Ergebnisse zu erhalten.

5.2 Bewegungs- und Lagerungsprotokoll

Das Bewegungs- und Lagerungsprotokoll dient als Evaluationsinstrument und Hilfsmittel im Tagesablauf bei Bewohnern, für die aus prophylaktischen Gründen eine individuelle Bewegungsplanung Bestandteil der Betreuungs- und Pflegeplanung ist. Das Protokoll unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der gewissenhaften Ausführung der

¹⁴ Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung, Osnabrück 2010, S. 11

¹⁵ ebd., S. 12

¹⁶ Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Osnabrück 2010, S. 37

¹⁷ DCM = Dementia Care Mapping, HILDE = Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker, BESD = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

geplanten Maßnahmen und kann hilfreich dafür sein, im Mehrschicht-System nachzuvollziehen, welcher Positionswechsel als nächstes erforderlich ist. Es kann auch Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Planung überarbeitungsbedürftig ist, wenn z.B. Betreuungs- und Pflegebedürftige regelhaft geplante Positionen oder Bewegungen nicht tolerieren können oder trotz gewissenhaft ausgeführter Interventionen Hautschädigungen auftreten.

5.3 Trink- und/ oder Ernährungsprotokoll

Nach dem Expertenstandard zum Ernährungsmanagement handelt es sich bei einem Nahrungs- und Trinkprotokoll um ein diagnostisches Instrument: Wenn bei Einzug in die Einrichtung die fachliche Beurteilung ein Risiko für Nahrungs- oder Flüssigkeitsdefizit vermuten lässt, aber auch nach Krankenhausaufenthalt oder veränderter gesundheitlicher Situation, sollte über einen Zeitraum von z.B. 3-5 Tagen das Ess- und Trinkverhalten überprüft werden, um dann ggf. in Abstimmung mit dem Arzt und/ oder Ernährungsfachleuten sowie den Betroffenen Interventionen zur besseren Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit zu planen¹⁸. Die Frage, ob für Betreuungs- und Pflegebedürftige, die nicht mehr zur selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme fähig sind, generell Trink- und Ernährungsprotokolle zu führen sind, ist davon abhängig zu machen, ob bei Unterschreitung von Mindestmengen Folgehandlungen ärztlich verordnet oder mit Betroffenen und/ oder deren Bevollmächtigten vereinbart sind. Dies kann auch zu Entscheidungserfordernissen in ethisch komplexen Fragestellungen führen. Dieser Entscheidungsprozess ist zu dokumentieren¹⁹. Grundsätzlich gilt, dass wenn das Führen eines solchen Protokolls erforderlich ist, die Eintragungen fachlich bewertet und ggf. die erforderlichen Folgehandlungen daraus abgeleitet werden müssen. Wenn es zu begründeten Auslassungen in den Protokollen kommt, müssen diese Gründe ebenfalls dokumentiert werden, damit eine korrekte Bewertung erfolgen kann.

5.4 Nachweise über die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM)

Das HGBP verdeutlicht in § 5 die Umsetzung eines richterlichen Beschlusses zur Erlaubnis der Anwendung von FEM: sie sind „auf das notwendige Maß zu beschränken und unter Angabe der Genehmigung der oder des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen zu dokumentieren“²⁰. Hier kommt der erklärte Wille des Gesetzgebers zum Ausdruck, dass die Anwendung von FEM nicht zu einer Routinehandlung werden darf. Insbesondere aus der Anforderung „sind auf das notwendige Maß zu beschränken“ ergibt sich aus Sicht der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht ein expliziter Dokumentationsbedarf: Nur wenn in der Problembeschreibung genau beschrieben wird in welcher Situation die Anwendung von FEM alternativlos ist (i.S. eines Auslösefaktors) und in der Verlaufsdocumentation jeweils Eintritt und Ende dieser Auslösefaktoren beschrieben werden, kann die Notwendigkeit der Anwendung nachgewiesen werden. Aus diesem Grund ist insbesondere die Anwendung körpernaher FEM lückenlos mit Auslösefaktor, Beginn und Ende zu dokumentieren. Die Anforderung der Dokumentation des Beschlusses mit Angabe des für die Anordnung Verantwortlichen lässt sich dadurch erfüllen, dass der Beschluss (ggf. in Kopie) in die Bewohnerakte eingefügt wird. Sofern eine richterliche Genehmigung nicht vorliegt und beispielsweise in einer akuten nicht vorhersehbaren Krisensituation eine FEM durch Verantwortliche der Einrichtung angeordnet werden, ist dies genauestens unter Angabe des für die fachliche Entscheidung Verantwortlichen zu dokumentieren.

¹⁸ ebd., S. 37

¹⁹ ebd., S. 40

²⁰ HGBP § 5

6. Schlussbemerkung

Dass professionelle Betreuung und Pflege gerade vor dem Hintergrund der unter 1. beschriebenen Zielstellung dokumentiert werden muss ist unstrittig: es ist fachlich geboten, gesetzlich vorgeschrieben²¹ und auch für die Träger aus haftungsrechtlicher Sicht zwingend notwendig. Der Versuch, externen Anforderungen möglichst umfassend nachzukommen, prägt derzeit die Entwicklung der Dokumentation in der stationären Altenpflege in Hessen. Dies hat dazu geführt, dass der eigentliche Sinn der Dokumentation des Betreuungs- und Pflegeprozesses, nämlich diesen gemeinsam mit den Betreuungs- und Pflegebedürftigen zu gestalten, zu beurteilen und zu optimieren, nahezu verlorengegangen ist. Die meisten Pflegenden, die man zum Thema Dokumentation befragt, erleben diese nicht als nützlich für ihre Arbeit, sondern als Belastung oder sogar Zeitverschwendung. Diese Rahmenempfehlung gibt Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Hessen eine Handlungsorientierung. Mit der klaren Ausrichtung jeglicher Dokumentationsleistungen auf den Regelkreis qualitätssichernder Arbeit wird die Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestärkt, der allgemeine Dokumentationsaufwand reduziert und die Pflege- und Betreuungsdokumentation als hilfreiches Arbeitsinstrument zur Umsetzung des Pflegeprozesses genutzt.

Glossar

Bedarf: Die zum Erreichen eines bestimmten Zieles erforderliche Menge, Intensität, Dauer bzw. der hierzu erforderliche Aufwand.²²

Bedürfnisse: Bedürfnisse entstehen aus dem subjektiven oder objektiven Empfinden eines Mangels, einer individuell oder sozial geprägten Zielsetzung oder eines affektiven Wunsches.²³ Es ist grundsätzlich verbunden mit dem Wunsch auf Abhilfe des Mangels.

Biografie: Die Biografie eines Menschen gibt Auskunft über Lebenserfahrungen, Ereignisse, Krisen, Beziehungen und Alltagsgewohnheiten.

Gesundheitliche Risiken: Sie bestehen zum einen aufgrund medizinischer Diagnosen wie z.B. Diabetes mellitus oder Epilepsie und führen zu einem besonderen Beobachtungs- oder Überwachungsbedarf, um Komplikationen zu vermeiden oder frühzeitig erkennen zu können. Diese Maßnahmen werden in Art und Häufigkeit vom Arzt angeordnet. Zum anderen gibt es gesundheitliche Risiken, die ihre Ursache in einer pflegerischen Problematik haben. So ist zum Beispiel die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit Ursache für ein mögliches Dekubitus-, Sturz- oder Kontrakturrisiko. Diese Risiken sind in der Regel multikausal und erfordern eine genaue Beschreibung der Ursache, um gezielte pflegerische Interventionen zur Prophylaxe planen zu können.

Kompetenzen: Im Laufe des Lebens erworbene persönliche Fähigkeiten

Pflegeanamnese: In der Pflegeanamnese wird der pflegerische IST-Zustand beim Einzug beschrieben, um zeitnah eine angemessene pflegerische Versorgung gewährleisten zu können.

²¹ §§ 9 Abs. 1 Nr. 9 und 13 HGB; § 113 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI; § 3 Abs. 2 Nr. 1 u. 2 KrPflG, § 3 Abs. 1 Nr. 1 AltPflG

²² <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/17161/bedarf>

²³ www.sdi-research.at/lexikon/beduerfnis.html

Probleme: Einschränkungen, die dazu führen, dass die Bedürfnisse nicht selbständig erfüllt werden können.

Ressourcen: Kompensationsmöglichkeiten, die zur Lösung eines Problems zur Verfügung stehen. Dies können Restfähigkeiten, Hilfsmittel, soziale Beziehungen o.ä. sein. Fähigkeiten, die nicht in Bezug zu einem Problem stehen, sind in diesem Sinne nicht als Ressourcen zu verstehen.

Literaturverzeichnis:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Osnabrück 2010

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung, Osnabrück 2010

Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen – Textsammlung mit Gesetzgebungsmaterialien, SV Saxonia Verlag Dresden 2012

Käppeli, S. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Praxis, Verlag Hans Huber, Bern 2011

Empfehlungen zur Integration pflegerischer Aspekte, Regierungspräsidium Gießen, Gießen 2010

Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D.: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen, überarbeitete, korrigierte Fassung, Bielefeld, März 2007

Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B.: Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, überarbeitete, korrigierte Fassung, Bielefeld/ Münster, März 2008