DAS DOKUMENTATIONSMINDESTMASS IN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE - zwischen Nutzlosigkeit und Schädlichkeit

Eine Analyse von mehr als 4000 internationalen und nationalen Veröffentlichungen

Durchführung einer Literaturstudie, um Minimalerfordernisse an eine Dokumentation in stationären Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland aus einer juristischen, pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Perspektive zu beschreiben

Auftraggeber des Forschungsauftrags ist das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP). Durchführender ist das Institut für Qualitätssicherung in der Pflege e.V. (IQP).

INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PFLEGE

IQP-Vorstand: Prof. Dr. Behrens (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg), Reiner Kasperbauer (MDK Bayern), Dr. Helmut Platzer (AOK Bayern)

An der Durchführung waren die folgenden Kooperationspartner mitbeteiligt:

Dr. Steffen Fleischer, Prof. Dr. Astrid Herold-Majumdar, Henriette Langner, Dr. Alexander Th. Carey, Prof. Dr. Johann Behrens	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Prof. Dr. Astrid Herold-Majumdar, Michael Schaller, Dr. Steffen Fleischer, Prof. Dr. Johann Behrens	Hochschule für angewandte Wissenschaften München
Prof. Dr. Thomas Klie, RA Jörg Leuchtner	AGP, Institut für angewandte Sozialforschung
Dr. phil. Alexander Th. Carey, M.A.	MDK Bayern

Administration & Redaktion:

Dr. phil. Alexander Th. Carey, M.A.

AGP Sozialforschung Social Research

Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN MÜNCHEN

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis ii

1 Kurzfassung und Empfehlungen der systematischen Übersichtsarbeiten 8

2 Forschungsauftrag, Hintergrund der durchgeführten Studie 24

2.1 Ausgangsproblem 25

3 Der Forschungsauftrag aus der juristischen bzw. pflegerechtlichen Perspektive (Thomas Klie) .. 28

3.1 Operationalisierung des Forschungsauftrags und erkenntnisleitende Fragestellungen aus juristischer bzw. pflegerechtlicher Sicht 28

3.1.1 Rechtsfragen der Pflegedokumentation nach Rechtsgebieten 29

3.1.2 Rechtsfragen aus der Perspektive der Beteiligten 46

3.2 Methodik der Recherche und Bewertung der juristischen bzw. pflegerechtlichen Perspektive 51

3.2.1 Pflegedokumentation in der Rechtsprechung 51

3.2.2 Pflegedokumentation in der pflegerechtlichen Literatur 58

3.3 Ergebnisse: Dokumentationserfordernisse aus juristischer bzw. pflegerechtlicher Perspektive 59

3.3.1 Auswertung der Literatur nach Rechtsgebieten 59

3.3.2 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragen des Auftraggebers aus rechtlicher Sicht 62

4 Der Forschungsauftrag aus der pflegewissenschaftlichen Perspektive (Steffen Fleischer) 70

4.1 Operationalisierung des Forschungsauftrags und erkenntnisleitende Fragestellungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht 70

4.1.1 Fachliche Begründung und Beschaffenheit der Pflegedokumentation in der stationären Langzeitpflege 70

4.1.2 Forschungsfrage und untersuchte Endpunkte aus pflegewissenschaftlicher Perspektive . 73

4.2 Methodik der Recherche und Bewertung der pflegewissenschaftlichen Perspektive 73

4.2.1 Die Fragestellung im PIKE-Schema 73

4.2.2 Recherchestrategie 73

4.2.3 Methodische Limitationen im Teil-Auftrag „Pflegewissenschaftliche Perspektive“ 74

4.2.4 Ein- und Ausschlusskriterien 75

4.2.5 Datenextraktion und Beurteilungskriterien 80

4.3 Dokumentationserfordernisse aus pflegewissenschaftlicher Sicht 81

4.3.1 Beschreibung der eingeschlossenen Studien, Vergleich papiergestützter versus IT-gestützter Dokumentationssysteme 82

4.3.2 Beschreibung der eingeschlossenen Studien - komplexe Rahmenmodelle 84

4.3.3 Limitationen der eingeschlossenen Studien im Teil-Auftrag „Pflegewissenschaftliche Perspektive“ 86

4.4 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellungen des Auftraggebers aus pflegewissenschaftlicher Sicht 87

4.4.1 Empfehlungen zum Mindestmaß des Inhalts der Pflegedokumentation aus pflegewissenschaftlicher Sicht 88

4.4.2 Empfehlungen zum Mindestmaß des Umfangs der Pflegedokumentation aus pflegewissenschaftlicher Sicht 93

5 Der Forschungsauftrag aus der pflegepraktischen Perspektive (Astrid Herold-Majumdar) 96

5.1 Operationalisierung des Forschungsauftrags und erkenntnisleitende Fragestellungen aus pflegepraktischer Sicht 96

5.1.1 Wissensbasierte Pflegedokumentationssysteme als Unterstützung für das Arbeitsbündnis in der Langzeitpflege Älterer 96

5.1.2 Begriffsklärung „Pflegedokumentation“ 99

5.1.3 Arbeitsdefinition „Pflegedokumentation“ 108

5.1.4 Der Nutzen von Pflegedokumentation aus pflegepraktischer Sicht 113

5.1.5 Mögliche unerwünschte Wirkungen der Pflegedokumentation 124

5.1.6 Zusammenfassung der Forschungsfragen und der untersuchten Endpunkte aus pflegepraktischer Perspektive 124

5.2 Methodik der Recherche und Bewertung der pflegepraktischen Perspektive 125

5.2.1 Die Fragestellung im PIOS-Schema 125

5.2.2 Recherchestrategie 126

5.2.3 Methodische Diskussion für die Literaturstudie: Limitationen 127

5.2.4 Methodische Limitationen des Review im Teil-Auftrag „Pflegepraktische Perspektive“ 128

5.2.5 Ein- und Ausschlusskriterien 132

5.2.6 Rechercheergebnisse „Pflegepraktische Sicht“ 150

5.3 Dokumentationserfordernisse aus pflegepraktischer Perspektive 156

5.3.1 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Lebensqualität der Bewohner..... 156

5.3.2 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte 162

5.3.3 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Handlungsleitende Eigenschaften 167

5.3.4 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Interdisziplinäre Kommunikation 171

5.4 Ergebnisdiskussion und Forschungsdesiderate 173

5.4.1 Ansatzpunkte für eine Forschungsagenda “Wissensbasierte Pflegedokumentationssysteme als Unterstützung für das Arbeitsbündnis in der Langzeitpflege Älterer” 178

5.4.2 Empfehlung: Mindestanforderung Pflegediagnostik 184

5.4.3 Empfehlung für das Dokumentationsmindestmaß in der stationären Altenpflege aus pflegepraktischer Sicht 197

5.5 Beantwortung der Fragestellungen des Auftraggebers aus pflegepraktischer Sicht 208

6. Literatur 218

7 Anhang i

7.1 Suchstrategien in elektronischen Datenbanken i

7.1.1 Pflegedokumentation aus pflegepraktischer Perspektive i

7.1.2 Pflegedokumentation aus pflegewissenschaftlicher Perspektive i

7.2 Exzerptraster zur Studienanalyse iii

7.2.1 Teil-Review Pflegewissenschaftliche Perspektive iii

7.3 Eingeschlossene Studien - pflegewissenschaftliche Perspektive v

7.3.1 Becker 2012 v

7.3.2 Daly 2002 x

7.4 Ausgeschlossene Studien - Projektteil pflegepraktische Perspektive - Häufige Ausschlussgründe mit beispielhafter Nennung von Studien, die im Volltext analysiert wurden xiii

7.5 Ausgeschlossene Studien - Projektteil pflegewissenschaftliche Perspektive xvii

7.6 Recherche rechtliche Grundlagen xviii

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Nutzenmodell der Pflegedokumentation……..10

Abbildung 2: Faktorenmodell Pflegedokumentation und Kriterien für positiven Nutzen der einzelnen Pflegeprozessphasen……14

Abbildung 3: Ergebnis „Mindestmaß der Pflegedokumentation“……16

Abbildung 4: PRISMA Flussdiagramm Teil-Auftrag Pflegewissenschaftliche Perspektive 811

Abbildung 5: Konzept der hierarchischen Produktionsplanung (und -steuerung) (Quelle: Springer Gabler Verlag 2014)..... 1055

Abbildung 6: Modell Pflegedokumentationssystem als Unterstützungsprozess des Pflegeprozesses im Arbeitsbündnis mit der BewohnerIn (Eigene Darstellung) 1100

Abbildung 7: "Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge - deutsche KlientInnen stationär" (Abb. aus Heislbetz 2009: 294)..... 1122

Abbildung 8: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt Lebensqualität (BewohnerIn), Quality of Life (QoL) 1433

Abbildung 9: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt Soziale Teilhabe (BewohnerIn), participation 1444

Abbildung 10: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt Qualität des Arbeitslebens (Pflegefachperson), Quality of working life (QoWorkL) 1455

Abbildung 11: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs, health care need 1466

Abbildung 12: Identifikation relevanter Bericht zum Endpunkt Kommunikation, communication 14747

Abbildung 13: Evidenzhierarchie nach Evans (Abb. aus Evans 2003: 79) 1500

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erläuterungen der Faktoren, die Einfluss auf die Pflegedokumentation haben……11

Tabelle 2: Faktorenmodell „Pflegedokumentation“……13

Tabelle 3: Übersicht über die RAI-Familie 777

Tabelle 4: Problemfelder, für die Abklärungshilfen im RAI angeboten werden 78

Tabelle 5: Risk of Bias Tabelle Daly 2002..... 82

Tabelle 6 Risk of Bias Tabelle Becker et al. 2012 und Becker und Behrens 2012 85

Tabelle 7: Empfohlene Qualitätsindikatoren-Pflegeprozess-Matrix zu inhaltlichen Minimalanforderungen an eine Pflegedokumentation..... 89

Tabelle 8: Interne Qualitätsentwicklung Indikatoren-Pflegeprozess-Matrix zu inhaltlichen Minimalanforderungen an eine Pflegedokumentation……92

Tabelle 9: Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre 1034

Tabelle 10: Untersuchungsschema 1255

Tabelle 11: Häufige Ausschlussgründe bei der Volltextanalyse 1344

Tabelle 12: Übersicht über alle Treffer nach Endpunkt und Datenbank Stand 02/2014 1355

Tabelle 13: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität stationär versorgter KlientInnen Deutschland im Ländervergleich (Tab. aus Heislbetz 2009: 397) 1611

Tabelle 14: Validität von Pflegediagnosen-Klassifikation, aus: Müller-Staub 2009:356 1966

Tabelle 15: Wirksame Tools für das Pflegedokumentationssystem in der stationären Altenpflege 20707

Tabelle 16: Forschungsagenda “Wissensbasierte Pflegedokumentationssysteme als Unterstützung für das Arbeitsbündnis in der Langzeitpflege Älterer"……217

Vorbemerkung Gender Correctness

Um im Text weibliche und männliche Vertreter gleichermaßen anzusprechen, wird die weibliche Form mit Binnen-„I“ verwendet.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AHCPR	Agency for Healthcare Policy and Research
AVPfleWoqG	Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BESA	«BESA» ist die Abkürzung für das «Bewohner/-innen- Einstufungs- und -Abrechnungssystem». Mit diesem System werden die Pflegeleistungen in der Schweiz erfasst, die nötig werden, wenn Bewohnerinnen und Bewohner infolge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen Unterstützung benötigen. Ab Januar 2013 werden die BESA-Leistungen in zwölf Stufen eingeteilt (bisher vier). Jede dieser Stufen steht für eine Zeiteinheit bzw. einen Pflegeaufwand von 20 Minuten pro Tag.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRK	Behindertenrechtskonvention
BSG	Bundessozialgericht
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMS	Center for Medicare and Medicaid Services
CNO	College of Nurses Ontario

CRD	Centre for Reviews and Dissemination: Abteilung der Universität York; gehört zum National Institute for Health Research
CT	Kontrollierte Studie
DCM	Dementia Care Mapping
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ENP®	European Nursing Care Pathways (Recom-Verlag, Deutschland)
ENTREQ	Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research
EU	Europäische Union
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
FQA	Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtung – Qualitätsentwicklung und Aufsicht
HCFA	Health Care Financing Administration
H.I.L.DE	Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker
ICD	International Classification of Diagnosis
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICNP®	International Classification of Nursing Practice (WHO)
IfSG	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)
KG	Kammergericht
KVK	Karlsruher Virtueller Katalog
KVR	Kreisverwaltungsreferat
l	Liter
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
LG	Landgericht
LPK	Lehr- und Praxiskommentar
LQ	Lebensqualität
LSG	Landessozialgericht

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (seit 2008; vorher: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.)
MDS 3.0	Minimum Data Set (MDS) des Resident Assessment Instruments (RAI)
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
Mio.	Millionen
MPSV	Verordnung über die Erfassung, Bewertung und Abwehr von Risiken bei Medizinprodukten
MuG IV	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in vollstationären Einrichtungen
n	Anzahl der in die Stichprobe eingeschlossenen Untersuchungseinheiten (z.B. StudienteilnehmerInnen, in diesem Fall: wissenschaftliche Berichte)
N	Anzahl der potentiellen Untersuchungseinheiten in der Grundgesamtheit
NANDA-I	Bis zum Jahr 2002 stand das Akronym "NANDA" für "North American Nursing Diagnosis Association". Im Jahr 2002 wollte die Organisation der weltweiten Expansion und den vielen internationalen Mitgliedern mit einer neuen Namensgebung gerecht werden. Seitdem ist die offizielle Bezeichnung „**NANDA International"** (und **NANDA International, Inc.** seit 2011) mit der Abkürzung „**NANDA-I**". Seitdem steht NANDA nicht mehr für „North American" sondern stellt eine Marke dar. **NANDA-I** ist eine internationale Organisation, derzeit mit Sitz in Kaukauna, Wisconsin, USA, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Fachsprache (Terminologie) in der Pflege zu entwickeln, zu präzisieren und zu fördern und damit einen Wissenskanon aufzustellen und stetig weiterzuentwickeln. (vgl. NANDA International, Inc , 2014, About us, verfügbar unter: URL: http://www.nanda.org/about-nanda-international.html, letzter Zugriff 10.09.2014). Mit der Fachsprache kann die klinische Beurteilung durch Pflegefachpersonen hinsichtlich Diagnose, Intervention und Ergebnis, das durch pflegerische Maßnahmen beeinflusst werden kann, eindeutig bezeichnet und kommuniziert werden. Dabei soll die professionelle Zusammenarbeit zum Wohle der PatientIn (Person mit Pflegebedarf) sowohl der Pflegenden untereinander als auch interdisziplinär und mit der Öffentlichkeit befördert werden. **NANDA-I** entwickelt Klassifikationssysteme für Pflegediagnosen (Nursing Diagnosis, NANDA-I), Interventionen (Nursing Interventions Classification, NIC) und Ergebnisse (Nursing Outcomes Classification, NOC), die in der so genannten **NNN-Nomenklatur** miteinander verknüpft sind. Dies fördert u.a. den internationalen Austausch der Gemeinschaft der Forschenden in der Pflege und in der Versorgungsforschung, weil so Ergebnisse z.B. eindeutig pflegerischen Interventionen zugeordnet werden können und weil ein internationales Forschungsteam

	eindeutig über die zu untersuchenden Phänomene kommunizieren kann. Der **Unterschied zwischen einer Pflegediagnose und einer medizinischen Diagnose** besteht darin, dass sich medizinische Diagnosen mit der Beurteilung eines krankheitsbezogenen oder medizinischen Zustandes befassen, während Pflegediagnosen sich mit der Reaktion eines Menschen auf ein akutes oder potentielles Gesundheitsproblem oder einen Lebensprozess (Geburt, Erwachsen werden, Altern, Sterben) beschäftigt. Dabei stehen pflegespezifische Phänomene im Fokus, wie z.B. die „Körperbildstörung“, die als Reaktion auf die halbseitige Lähmung nach einem Schlaganfall entstehen kann. Der spezifische Blickwinkel der Pflege kann somit in das Behandlungsprogramm gezielt eingebracht und im interdisziplinären Behandlungsteam ausgetauscht werden. Pflegediagnosen tragen dazu bei, dass das Behandlungsprogramm spezifischer und effektiver auf die PatientIn zugeschnitten werden kann. Der pflegediagnostische Prozess sieht vor, die Sichtweise des/r PatientIn, wie er/sie ihre Situation sieht und deutet, konsequent einzubeziehen. Die Gültigkeit und Qualität der Pflegediagnose werden dadurch wesentlich bestimmt.
NBA	Neues Begutachtungsassessment, Bezeichnung eines weiterentwickelten Erhebungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zum Zwecke der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach SGB XI (Pflegesach- und Geldleistungen). Gemessen wird nicht die „Pflegezeit, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen“ (Gansweid et al. 2010: 54).
NDA	National Disability Authority
NEXT-Studie	nurses' early exit study: Die NEXT-Studie untersucht die Ursachen, Umstände und Folgen des vorzeitigen Berufsausstiegs aus dem Pflegeberuf. NEXT wurde durch die Europäische Union (QLK6-CT-2001-00475) finanziert und gleichzeitig in Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Polen, Schweden und der Slowakei durchgeführt.
OBRA 87	Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, umfassende Reform der stationären Langzeitpflege in den USA mit verpflichtender Qualitätssicherung
OLG	Oberlandesgericht
PC	Personal Computer
Pflege TÜV	Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (§ 115 Abs. 1a SGB XI) müssen die Landesverbände der Pflegekassen sicherstellen, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden. Dabei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sowie gleichwertige Prüfergebnisse zugrunde zu legen. Die in der Alltagssprache verwendete Bezeichnung der

	Qualitätsprüfung und der Bescheinigung im Transparenzbericht „Pflege-TÜV“ nimmt Bezug zur Abkürzung „TÜV“, die für „Technischer Überwachungsverein“ steht. Der TÜV war ursprünglich ein Dampfkesselrevisionsverein, dessen Zweck darin bestand: "Mensch, Umwelt und Sachgüter vor den nachteiligen Auswirkungen der Technik zu bewahren" (vgl. TÜV SÜD AG, Konzernbereich Unternehmenskommunikation, Andreesen Viegas, Matthias (2013), URL: http://www.tuev-sued.de/tuev-sued-konzern/tuev-sued-gruppe/geschichte, letzter Zugriff am 12.09.2014). Damit soll die im allgemeinen öffentlichen Interesse stehende Qualitätssicherung und Erfüllung von Mindestanforderungen an die Pflegeleistungen zum Ausdruck gebracht werden.
PfleWoqG	Pflege- und Wohnqualitätsgesetz
PICOS-Schema	„PICOS“ steht für **P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome und **S**tudy Designetting und stellt eine Systematik dar, mit der ein Studiendesign kurz, zusammenfassend beschrieben werden kann. Es ist ein Hilfsschema für die Formulierung einer klinischen Frage zur Wirkung von Interventionen: Patient, Intervention, Vergleichsintervention (Comparison), Zielgrösse (Outcome)
PIKE	Patient, Intervention, Kontrollintervention, Ergebnismaß
PIOS-Schema	„PIOS“ steht für **P**opulation, **I**ntervention, **O**utcome und **S**etting und stellt eine Systematik dar, mit der ein Studiendesign kurz, zusammenfassend beschrieben werden kann.
POP®	POP steht für "PraxisOrientierte Pflegediagnostik" und ist ein Klassifikationssystem für Pflegediagnosen, denen exemplarische Pflegeziele und Pflegemaßnahmen mit anleitendem Charakter zugeordnet wurden. POP liegt derzeit ausschließlich in deutscher Sprache vor. Eine Pflegediagnose wird in der POP-Klassifikation wie folgt definiert: „Pflegediagnosen sind Beschreibungen konkreter pflegerischer Einschätzungen von menschlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Reaktionsweisen im Lebensprozess.“ (Stefan/Allmer/Schalek et al. 2013)
PPR	Pflegepersonalregelung
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PTV	Pflegetransparenzvereinbarung
QoL	Lebensqualität, englisch: quality of life
QoWorkL	Qualität des Arbeitslebens, englisch: quality of worklife
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinie
RAI	Resident Assessment Instrument
RAP	Resident Assessment Protocol

RCT	Randomisiert kontrollierte Studien
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SIS	Strukturierte Informationssammlung
SQUIRE	Standards for Quality Improvement Reporting Excellence
StGB	Strafgesetzbuch
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
t0, t1	t= time: Erhebungszeitpunkt; t0= Zeitpunkt zu Beginn der Studie, t1= erster Messzeitpunkt
UNO	United Nations Organization, Vereinte Nationen
VG	Verwaltungsgericht
WBVG	Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz)
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life: Messinstrument zur Erhebung der wahrgenommenen, individuellen Lebensqualität mit 26 Items in den Bereichen physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Umgebung bzw. Lebensbedingungen. “BREF” steht für die gekürzte Version.

1 Kurzfassung und Empfehlungen der systematischen Übersichtsarbeiten

Die Pflegedokumentation ist ein seit langem beachteter und wiederkehrend diskutierter Aspekt der Tätigkeit professionell Pflegender. Unsicherheit besteht über die Art, die Weise und den erforderlichen Umfangs einer Pflegedokumentation. Weitere Brisanz erfährt die Diskussion durch den Zeitaufwand, der für jede Dokumentation, auch für die Dokumentation in der Pflege benötigt wird. Bestenfalls stehen hierbei Überlegungen im Vordergrund, so zu dokumentieren, wie es für die Steuerung des Pflegeprozesses notwendig ist. So hat z.B. Anfang des Jahres 2014 die Diskussion um die Pflegedokumentation durch die Veröffentlichung des Abschlussberichtes der Ombudsfrau Frau Beikirch bundesweit erneute Aufmerksamkeit erfahren.

Aus pflegerischer Sicht kann allgemein festgestellt werden, dass die Pflegedokumentation ein Instrument der professionellen Pflege ist.[1] Sie ist unabdingbar, um den Pflegeprozess nachvollziehbar zu gestalten, auszuwerten und bei Bedarf anzupassen. Dabei muss die Pflegedokumentation fachlich und inhaltlich begründet sowie nachvollziehbar sein. Zudem muss sie Transparenz innerhalb des Pflegeteams schaffen und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen ermöglichen. Dabei soll in einer Pflegedokumentation die Perspektive des pflegebedürftigen Menschen sowie relevanter Bezugspersonen einfließen und der Aushandlungsprozess deutlich werden.

Die Pflegedokumentation sollte inhaltlich an die Ansprüche einer Einrichtung angepasst sein und den Pflegenden Raum zur Reflexion bieten[2]. Umfang und Inhalt der Pflegedokumentation, die auf fachwissenschaftlichen Erkenntnissen basieren soll, liegen im Verantwortungsbereich der Pflegenden bzw. der Einrichtung. Pflegende benötigen zur Umsetzung ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen, die von der Einrichtungsleitung zur Verfügung gestellt werden müssen.

Neben der pflegerischen Relevanz der Pflegedokumentation hat diese jedoch auch aus Sicht von Personen oder Organisationen, die mit der Pflegedokumentation in Berührung kommen, eine große Bedeutung. Hierzu zählen BewohnerInnen und ihre relevanten Bezugspersonen, Unternehmen und Leistungserbringer, Leistungsträgern sowie nach dem Heimrecht zuständige Behörden.

In diesem Sinn haben Dokumentationen somit unterschiedliche Funktionen nach innen und nach außen:

a) Sie dienen der Informationsweitergabe zwischen unterschiedlichen Fachpflegenden und unterstützenden Berufen, die sich um dieselben Pflegebedürftigen kümmern, um die Pflege-Arbeit zu ermöglichen und zu erleichtern.

[1] Vgl. Statement MDK Bayern am 24.07.2014 zum Gespräch mit Staatssekretär Karl-Josef Laumann in München.

[2] Ebda.

b) Sie dienen der Kontrolle von außen und der Abrechnung.

c) Sie dienen vor allem der Sicherheit der Pflegebedürftigen, dass die Qualität der Pflegeleistungen ihren individuellen – als Bedarf anerkannten – (Teilhabe-)Bedürfnissen entspricht.

Zwischen diesen Funktionen von Dokumentationen gibt es Überschneidungen, aber sie sind doch nicht identisch. So bezweckt die Kontrolle von außen auch die Förderung von Organisationen, die die Funktionen a) und c) erfüllen können. Und doch ist weltweit und in allen Branchen empirisch zu beobachten, dass für die Funktion b, also für Kontrolle von außen und die Abrechnung, anderes, manchmal weniger, manchmal mehr dokumentiert wird als für die interne, die Arbeit erst ermöglichende und erleichternde Informationsweitergabe (Dokumentationszweck a). Daraus ergeben sich nicht selten zwei Dokumentationssysteme, die parallel geführt werden und zweifach Arbeit machen. Die internationale Diskussion über Systeme der Qualitätssicherung ist sich mittlerweile darüber hinaus einig, dass jedes Dokumentationssystem als System von Anreizen (Incentive) wirkt (Behrens 1999).

Bei allen Entscheidungen in der Pflege und im Gesundheitswesen ist zu fragen:

1. Gehört die Maßnahme in den Bereich der zwar nutzenarmen, aber auch unschädlichen Maßnahmen?

2. Gehört die Maßnahme in den Bereich mit nachgewiesenem nützlichen Effekt, bei dem der Nutzen die Mühe und die Belastungen deutlich überwiegt?

3. Gehört die Maßnahme in den Bereich schädigender Maßnahmen?

Typischerweise kann dieselbe Art von Maßnahmen je nach ihrer Dosis dem ersten, zweiten oder drittem Bereich angehören, also bei zu niedriger Dosis unschädlich und unnütz, bei richtiger Dosis wirksam und bei zu hoher Dosis schädlich sein. Auch für die Pflegedokumentation gibt es zweifellos einen schädlichen Bereich und einen unschädlichen, aber nutzenarmen Bereich. Dokumentationsanforderungen sind nur im mittleren, wirksamen Bereich zu rechtfertigen, weil sie Ressourcen kosten, die den Pflegebedürftigen woandes auch hätten nutzen können.

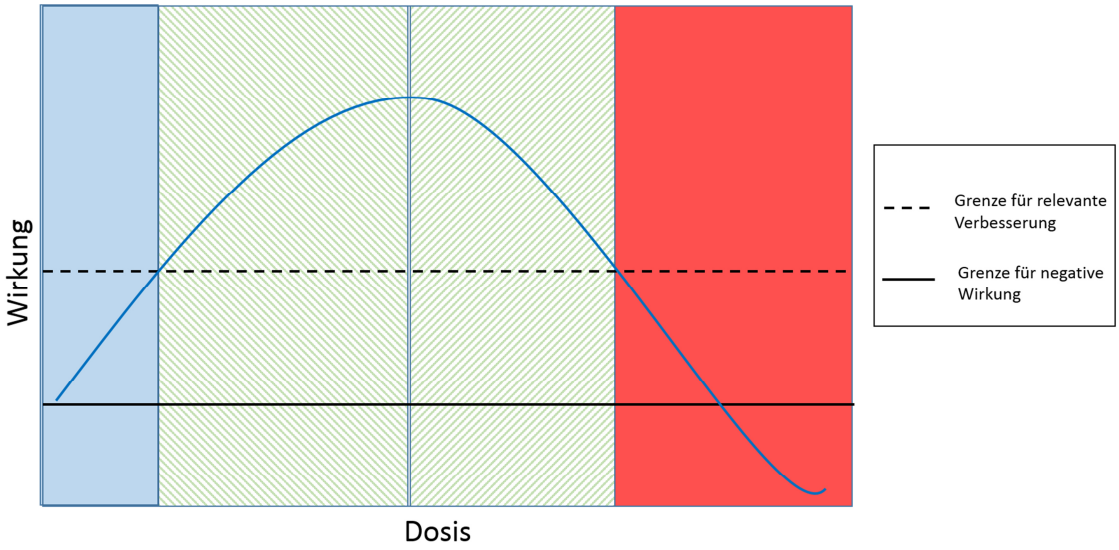

Abb. 1: Nutzenmodell für die Pflegedokumentation

Gift wird eine Dokumentation offensichtlich dann,

- wenn hochqualifizierte Fachpflegekräfte im Stationszimmer überwiegend dokumentieren und Gespräch und Pflege fast ausschließlich Hilfskräften überlassen (müssen),
- wenn, wie in der Literatur häufig festgestellt, pflegebedürftige BewohnerInnen die Dokumentation als Überwachung empfinden, weil sie dabei kein Wort mitzureden haben und der fachliche „Bedarf“ keinem „Bedürfnis“ entspricht,
- wenn die für die Dokumentation genutzten Assessments nicht zuverlässig feststellen, was sie feststellen sollen (denn eine Dokumentation mit nicht validen Assessments ist schlechter als überhaupt keine Dokumentation),
- wenn Fachpflegende direkt von dokumentierten Beobachtungen (Assessments) zu komplexen Pflegehandlungen übergehen, anstatt die Pflegebedürftigen die Assessments bewerten und ihre eigenen Prioritäten und coping-Strategien bestimmen zu lassen („Aufbau interner Evidence“, z.B. im recovery auch mit den Angehörigen),
- wenn die Dokumentation falsche Anreize für Handlungen setzt, die sonst nicht durchgeführt worden wären,
- wenn viel Zeit statt für andere wichtige Pflegehandlungen für Assessments aufgewandt wird, die einer einfachen Einschätzung von Fachpflegenden nicht überlegen sind (Beispiele Dekubitus, Sturz) oder wenn an sich gut konzipierte Assessments tatsächlich in der Praxis unzulänglich umgesetzt werden (Beispiele RAI, Dokumentation aller Schritte des Pflegeprozesses),
- wenn ein Konzept als „Musterdokumentation“ missverstanden wird.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) hat – diese Diskussion aufgreifend – die Durchführung einer Literaturstudie ausgeschrieben (Az: Z2/0271.01-1/96). Das Institut für Qualitätssicherung in der Pflege e.V. (IQP) hat den Auftrag zur Bearbeitung erhalten. Kooperationspartner des IQP sind das Institut für Gesundheits- und Pflegewissen-

schaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. Fleischer und Prof. Dr. Behrens), das AGP, Sozialforschung der Ev. Fachhochschule Freiburg (Prof. Dr. Klie) und die Hochschule für angewandte Wissenschaften München (Prof. Dr. Herold-Majumdar).

Im Rahmen des Forschungsauftrags galt es, Dokumentationserfordernisse in der stationären Langzeitpflege aus drei zusammenhängenden Perspektiven zu untersuchen und literaturgestützt Aussagen respektive Empfehlungen über/für ein nützliches Mindestmaß, gewissermaßen als Minimalanforderungen, an Dokumentation in der stationären Langzeitpflege zu treffen. Die drei Perspektiven, die es gemäß des Auftrags des StMGP einzunehmen galt, waren: 1. die juristische Perspektive, 2. die pflegewissenschaftliche Perspektive und 3. die pflegepraktische Perspektive.

Aus juristischer Sicht galt es darzustellen, welche pflegerischen Dokumentationen in der stationären Altenpflege aus gesetzlichen Gründen erforderlich sind. Dabei sollte auch beleuchtet werden, welche pflegerischen Dokumentationen in welchem Umfang aufgrund der aktuellen Rechtsprechung in den unterschiedlichen Rechtsbereichen notwendig sind. Die juristischen Anforderungen an die Dokumentation setzen selbstverständlich voraus, daß es Assessments gibt, die die zu dokumentierenden Tatsachen zuverlässig feststellen. Eine nicht valide Dokumentation erfüllt rechtliche Anforderungen nie.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht sollte unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Erkenntnisse dargestellt werden, welche Inhalte in welchem Umfang aus professioneller (pflegefachlicher) Sicht in der stationären Altenpflege tatsächlich zu dokumentieren sind. Hierbei war es unumgänglich festzustellen, für welche Inhalte es valide Asssessments gibt und inwieweit Dokumentationsinstrumente die Ziele der Dokumentation wirksam erfüllen.

Aus pflegepraktischer Sicht sollte erörtert werden, welche dokumentierten Inhalte in welchem Umfang für eine Pflegeeinrichtung zur reibungslosen Durchführung der Pflege erforderlich sind. Zudem sollten Anforderungen an eine Pflegedokumentation belegt werden, welche ein effizientes Arbeiten ermöglichen.

Die konzeptuelle Grundlage, um sich dem Forschungsvorhaben „Mindestmaß der Pflegedokumentation“ zu nähern, war die Überlegung, welche Faktoren auf die Pflegedokumentation im Sinne einer Impact-Analyse einwirken. Hierzu wurden alle Faktoren, die auf der Grundlage des gegenwärtigen Erkenntnisstands bekannt sind, gelistet und alphabetisch geordnet (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Erläuterungen der Faktoren, die Einfluss auf die Pflegedokumentation haben (in alphabetischer Reihenfolge)

Abrechnung und Erlössicherung:	Abrechnungsnachweise gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung zur Sicherung der Erlöse für die Pflegeeinrichtungen
Arbeitsorganisation/ Prozesssteuerung	Steuerung des Pflegeprozesses, um erwünschte Wirkungen der Pflegeinterventionen beim pflegebedürtigen Menschen belegbar („evident“) zu erreichen (Annahme aus dem gegenwärtigen Kenntnisstand: Mit der Pflegeintervention werden u.U. auch unerwünschte Wirkungen

	hervorgerufen)
Datenschutz	Einhaltung des Datenschutzes in der Pflegedokumentation
Dokumentations-technik	Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik (IKT) in der Pflegedokumentation
Externe Faktoren	Faktoren, die von außerhalb der Pflegeeinrichtung kommen, z.B. Überwachungshandeln von Behörden
Haftungsrecht	Rechtlicher Faktor zur Gewährleistung von zivilrechtlichen/strafrechtlichen Ansprüchen bei Mängeln in der Patientensicherheit und Versorgungssicherheit von pflegebedürftigen Menschen
Pflegefachpersonen und Hilfspersonen	Verantwortliche Durchführende in der Umsetzung der validen Pflegedokumentation
Pflegeführungskräfte	Bewertung von Pflegerisikosituationen und Verantwortliche in der Anleitung der Pflegefachpersonen und Hilfskräfte in der Durchführung der Pflegedokumentation
Pflegewissenschaft	Evidenzbasierung der Pflegeinterventionen (einschließlich der Intervention „Pflegedokumentation“), um erwünschte Wirkungen beim pflegebedürftigen Menschen zu erreichen und unerwünschte Wirkungen zu minimieren
Qualitätssicherung	Faktoren, die die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität (Pflege-Outcome: Gesundung, Heilung, Linderung etc. von Krankheiten und die Teilhabe) sicherstellen

Wie aus der Beschreibung der aufgelisteten Wirkungsfaktoren bereits hervorgeht, überschneiden sich diese Faktoren teilweise.

Diese Wirkungsfaktoren wurden hypothetisch, auf der Grundlage von Expertenwissen, qualitativ hinsichtlich zweier Dimensionen bewertet[3]:

a) Welchen Einfluss hat der Faktor quantitativ, d.h. hinsichtlich der zeitlichen Aufwände zur Erstellung der Pflegedokumentation?

b) Welchen Einfluss hat der Faktor qualitativ, d.h. hinsichtlich der funktionalen Rollenerfüllung der Pflegedokumentation (Pflegefachliche Relevanz, Erleichterung der Informationsweitergabe, Versorgungssicherheit)?

[3] Diese auf einander bezogenen Dimensionen wurden als 50:50-Ansatz gewichtet, da die zu investierenden Zeitaufwände als auch die funktionale Erfüllung der Rolle „Pflegedokumentation“ als gleichgewichtige Argumente für die Effektivität bzw. Effizienz in der öffentlichen Diskussion gelten.

Diese entsprechend bewerteten Wirkungsfaktoren wurden mit einem Scoring-Ansatz miteinander in Beziehung gesetzt und ausgewertet. Um graduelle Unschärfen in der qualitativen Bewertung zu kompensieren, wurden – anhand des Scoring-Ergebnisses – ein Cluster-Ranking erstellt und die Bedeutungsgruppen der Faktoren zusammengeführt (siehe Tabelle 2).

Faktorenmodell "Pflegedokumentation"				
Faktoren	Quantität der Wirkung auf die Pflegedokumentation	Qualität der Wirkung auf die Pflegedokumentation	Scoring-Ergebnis	Cluster-Ranking
Abrechnung	1	0,1	0,1	2
Arbeitsorganisation/Prozesssteuerung	2	0,1	0,2	2
Datenschutz	0,1	1	0,1	2
Dokumentationstechnik	0,5	0,6	0,3	2
Externe Faktoren	0,5	0,1	0,05	3
Haftungsrecht	0,4	0,1	0,04	3
Pflegefachpersonen	2	2	4	1
Pflegeführungskräfte	2	2	4	1
Pflegewissenschaft	1	3	3	1
Qualitätssicherung	0,5	1	0,5	2

Tabelle 2: Faktorenmodell „Pflegedokumentation“ (Quelle: Carey, A.Th.)

Nach diesem Scoring-Modell und der Clusterung konnten in Folge die wichtigsten, mit großer Wirkung auf die Pflegedokumentation festgestellten Faktoren identifiziert werden: die Führungskräfte, Pflegefachpersonen und –hilfskräfte auf der einen Seite, auf der anderen Seite die „Pflegewissenschaft“, um die Evidenzbasierung der Pflegeinterventionen und die Erfüllung der pflegefachlichen Anforderungen in der Pflegedokumentation sicherzustellen. Diese Ebene bezeichnen wir als NutzerInnen-Ebene. Die zweite Gruppe der Wirkungsfaktoren – die Einrichtungsebene, ist ebenfalls wichtig. Sie steht allerdings in diesem Scoring-Modell in ihrem Einfluss auf die Pflegedokumentation nicht an erster Stelle. Diese sind (in der Reihenfolge der Wirkungsintensität): Qualitätssicherung, Dokumentationstechnik, Arbeitsorganisation/Prozesssteuerung, Datenschutz und Abrechnung. Zu guter Letzt finden sich in der dritten Gruppe die Wirkungsfaktoren des Haftungsrechts und externe Faktoren, wie das Überwachungshandeln von Behörden. Diese Schlussfaktoren resultieren aus dem Sachverhalt, dass zwar die Sicherstellung der rechtlichen und institutionellen Vorgaben in der Pflegedokumentation ggf. sehr zeitaufwändig in den Einrichtungen der Langzeitpflege gehandhabt, jedoch die pflegefachliche Qualität der Pflegedokumentation nicht unterstützt wird. Diese Einordnung hat sich auch nach Durchführung der Literaturstudie insbesondere im Beitrag aus rechtlicher Perspektive bestätigt.

Auf dieser Grundlage konnten für die Bearbeitung aus pflegepraktischer und –wissenschaftlicher Perspektive insgesamt 18 Aspekte festgelegt werden, die für diese Analyse arbeitsteilig in Halle („pflegewissenschaftlich“) und in München („pflegepraktisch“) gesichtet wurden.

Für die Erstellung der Übersichtsarbeit wurden von den Kooperationspartnern Recherchen in einschlägigen Datenbanken vorgenommen. Insgesamt wurden in den beiden pflegefachlichen Forschungsaufträgen mehr als 4000 Literaturquellen auf ihre Eignung hin überprüft. Bei der Analyse der Veröffentlichungen erstaunte, wie viel Dokumentationsarbeit in Deutschland aufgewendet wird, deren tatsächlich bewirkter Nutzen nicht untersucht worden ist.

Die Pflegedokumentation ist im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess zu sehen. Da entsprechend der Fragestellung des Auftraggebers nach den Minimalbausteinen bzw. den Minimalanforderungen der Pflegedokumentation zu forschen war, wurde hierfür der 4-stufige Pflegeprozess unterlegt, der der WHO 1974 als Vorlage zur Festschreibung des Pflegeprozesses als Bestandteil der pflegerischen Arbeit diente[4]: Assessment, Planning, Intervention, Evaluation (siehe Abb. 2). Die selbstverständlich notwendige Informationserhebung und die im 5-stufigen Pflegemodell angegebene Diagnosephase kann man als integrativer Bestandteil des Assessments ansehen. Im Grunde sind begründete Pflegediagnosen stets Ergebnis von (valide) durchgeführten Assessment(-Instrumenten). Auch das am weitesten verbreitete 6-stufige Modell[5] kann mit den gleichen Argumenten auf das 4-stufige zurückgeführt werden[6]. In der folgenden Abbildung finden sich nun auf der Grundlage des Erkenntnisstands für jede Pflegeprozessphase die entsprechenden Minimal-Bausteine der Pflegedokumentation und – in stark verkürzter Form – die jeweiligen Dokumentationskriterien für einen positiven Nutzen.

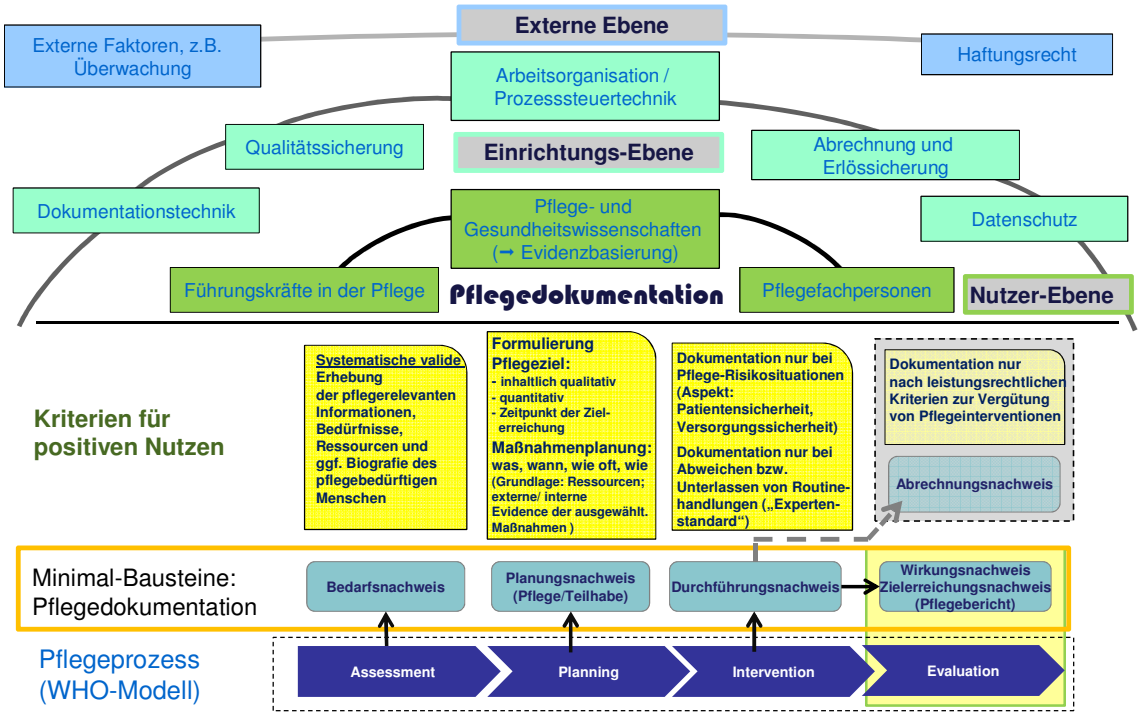

Abb. 2: Faktorenmodell Pflegedokumentation und Kriterien für positiven Nutzen der einzelnen Pflegeprozessphasen (Quelle: Carey, A.Th.)

Auf dieser Grundlage kann man erkennen, dass – abgeleitet vom mehrstufigen Pflegeprozess – die Pflegedokumentation als Minimalerfordernis mehrstuftig aufgebaut ist. Die Durchführung eines Assessments mit validen und fachspezifischen adäquaten Instrumenten führt zu einem

[4] Vgl. WHO 1988; siehe auch: Ashworth et al. 1987, 35ff.; MDS 2005.

[5] Vgl. Fiechter/Meier 1998.

[6] Die Phase „Festlegung der Ziele“ gehört zur Phase des plannings.

Bedarfsnachweis mit begründeten Pflegediagnosen (siehe insbesondere Kap. 5). Entscheidend sind hierbei die systematische Erhebung der pflegerelevanten Informationen und der für die Pflege maßgeblichen Bedürfnisse und Ressourcen des Pflegeklienten (interne Evidence), ggf. unter besonderer Berücksichtigung der Klientenbiografie (bei lang andauernden Krankheiten, z.B. Demenz). Der Planungsnachweis, auf der Grundlage des Bedarfsnachweises, soll die Pflegeziele qualitativ, quantitativ mit Zeitplan und die pflegerischen Maßnahmen auf der Grundlage eines ressourcenorientierten Ansatzes festhalten. Ferner ist an dieser Stelle anzumerken, dass es keine Pflegebedürftigen nach der Definition der Pflegeversicherung gibt, die nicht zugleich "behindert" i.S.d § 2 SGB IX sind[7]. Folglich ist für Menschen mit Behinderung bei Bezug von Rehabilitationsleistungen ein „Teilhabeplan" zu erarbeiten und in seiner Verwirklichung nachzuhalten. Ihre Erstellung hat gemeinsam mit den Klienten ("Aufbau interner evidence") zu erfolgen. Teilhabepläne passen gut zur Pflegeplanung, die sich als Teil der Teilhabeplanung darstellen lässt. Sie wären für jeden pflegebedürftigen Menschen nachzuhalten, müssen aber, soweit es nicht Abweichungen oder bedeutsame Zielerreichungen gibt, in ihren "Vollzug" keineswegs täglich dokumentiert werden. Die Planung der unterschiedlichen Hilfen hat integriert zu erfolgen. Fachlich ist dies eine Selbstverständlichkeit, gesetzlich normiert ist dies dort, wo das SGB IX Anwendung findet und dort wo Anspruch auf Case Management besteht, etwa gem. § 7a SGB XI oder § 11 (4) SGB V[8]. Der eingesetzte Aufwand für den Bedarfsnachweis (mit validen Instrumenten) und den Planungsnachweis (Teilhabeplan) sollte nicht oder nur unter vorrangiger Berücksichtigung der notwendigen pflegefachlichen Anforderungen geändert werden. Hierfür ist ein geeignetes Effektivitätscontrolling in den Einrichtungen der Langzeitpflege einzuführen. Ein in der Pflegeintervention früh etabliertes wirksames Effektivitätscontrolling führt zu einer Effizienzsteigerung des Pflegeprozesses, da in der Umsetzung der Pflege- und Teilhabeplanung im Durchführungsnachweis auf mehr oder weniger zahlreiche dokumentierten Routinehandlungen verzichtet werden kann.

Auch aus rechtlicher Perspektive steht einer Verschlankung des Durchführungsnachweises und damit einer Aufwandsreduzierung in dieser Stufe der Pflegedokumentation nichts entgegen (siehe Kap. 3). Entscheidend an dieser Stelle ist, dass die Pflege-Risikosituationen hinsichtlich der Klienten- bzw. Versorgungssicherheit von der verantwortlichen Pflegeführungskraft kognitiv und dokumentatorisch erfasst werden und Maßnahmen zur Risikominimierung eingeleitet werden, die ebenfalls zu dokumentieren wären. Weiterhin sind die Pflegeinterventionen zu dokumentieren, die ein Abweichen bzw. Unterlassen von allgemein anerkannten fachlichen Standards beinhalten. Die zur Vergütung notwendigen Abrechnungsnachweise sollten – auch aus Gründer zur Einhaltung des Datenschutzes – aus dem Erstellungsprozess der Pflegedokumentation EDV-technisch und organisatorisch herausgelöst werden. Hier können – nach Stand der Erkenntnisse der Organisationstheorie – ebenfalls Potenziale zur Aufwandsreduzierung in der Pflegedokumentation gehoben werden. Im letzten Schritt der Evaluation über die durchge-

[7] Siehe auch Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG).

[8] Ebda.

führte Pflegeintervention wird im Pflegebericht das Abschließen der Maßnahmen hinsichtlich der erreichten (erwünschten und unerwünschten) Wirkungen, der Erreichung individueller Pflegeziele im Bereich selbstbestimmter Teilhabe (Zielerreichung auf der Grundlage des Planungsnachweises) dokumentiert.

Nach Durchführung der Literaturstudie hinsichtlich der Fragestellung des Dokumentationsmindestmaßes in der stationären Altenpflege aus rechtlicher, pflegewissenschaftlicher und pflegepraktischer Perspektive ergibt sich als integrales Gesamtergebnis der einzelnen Bereiche folgendes Bild (siehe Abb. 3):

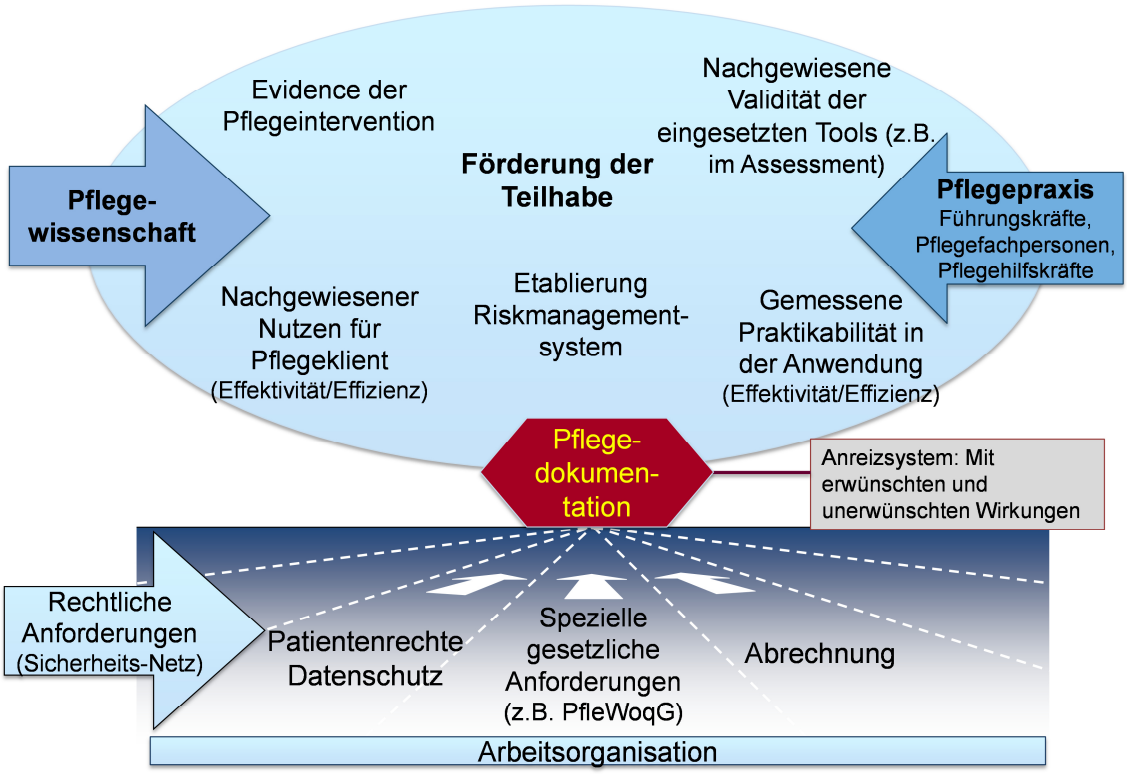

Abb. 3: Ergebnis „Mindestmaß der Pflegedokumentation“ (Quelle: Carey, A.Th.)

Die grundsätzliche Voraussetzung der beteiligten AutorInnen in der Studie geht von einem allgemeinen Verständnis der Pflegedokumentation als eines Anreizsystems aus, das das Verhalten der involvierten NutzerInnen (Führungskräfte, Pflegefachpersonen, Hilfspersonen) unmittelbar in einem positiven Verständnis steuert, in einem negativen Verständnis „manipuliert“. Ein solches System führt nach der Luhmannschen Systemtheorie[9] bei einer fehlenden Permeabilität der NutzerInnen-Schnittstellen für die maßgeblichen (pflegefachlichen) Informationen im Dokumentationssystem zu einer Dysfunktionalität der Dokumentation. Das bedeutet, dass der Anteil der unerwünschten Wirkungen rapide zunimmt, während die erwünschten

[9] Siehe insbesondere Luhmann: Soziale Systeme 1984.

Wirkungen abnehmen oder „umgedeutet“ werden. Diese Umdeutung kann man z.B. an der Tatsache erkennen, dass die „Pflegedokumentation“ leicht als „Sündenbock“ für andere „versteckte“ Ursachen hergenommen wird. Die NutzerInnen erleben sich hierbei im Dokumentationssystem als ‚ohne (Gestaltungs-)Macht‘ – also als „Ohnmächtige“. Entsprechend muss eine nutzenbringende - nach Luhmann eine *autopoietische* – Pflegedokumentation die Permeabilität des Informationsflusses zwischen den bekannten Hauptfaktoren, Pflegeführungskräfte, Pflegefachpersonen/-hilfspersonen, und dem Erkenntnisstand der Pflege- und Gesundheitswissenschaften an der Schnittstelle zum Dokumentationssystem sicherstellen. Nur dann kann das Steuerungspotenzial der Pflegedokumentation hinsichtlich der internen (und externen) Evidence, aber besonders für den eigentlichen Zweck der bedürfnis- und bedarfsgerechten Versorgung des Pflegeklienten (wieder) erreicht und realisiert werden. Darauf weist das obige Ergebnisbild hin.

Die rechtlichen Anforderungen in der Pflegedokumentation sind als „Sicherheitsnetz“ anzusehen, so dass die Klienten- und Versorgungssicherheit gewährleistet sind. Wie Kap. 3 aufzeigt, ist das Sicherheitsnetz mit den rechtlichen Anforderungen des Datenschutzes, der Patientenrechte, des Haftungsrechts, speziellen gesetzlichen Anforderungen (z.B. das PfleWoqG) und leistungrechtlichen Vergütungsbestimmungen nicht so zu verstehen, dass alle anderen Anforderungen hierunter subsummiert werden. Die Literaturstudie aus rechtlicher Perspektive zeigt auf, dass es in der Pflegedokumentation einen „unbestimmten“ Gestaltungsraum gibt, den es zu füllen gilt – nämlich durch die pflegefachlichen Anforderungen – im Sinne der Luhmannschen Permeabilität.

Nach der Durchführung der Literaturstudie konnte ebenfalls herausgearbeitet werden, dass die Pflegewissenschaft und die Pflegepraxis hierbei „Hand in Hand“ arbeitet und arbeiten muss, um die Pflegedokumentation auf ihre ureigenen Funktionalitäten (zurück) zu führen. Die methodischen Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Objektivität) sollen mit den eingesetzten Assessment-Instrumenten gewährleistet und die Evidence von Pflegeinterventionen mithilfe entsprechender Forschungsvorhaben sichergestellt sein. Nur diese Informationen führen zu einer qualitativen Weiterentwicklung der Pflege bzw. der einzelnen pflegerischen Interventionen und folglich auch der Pflegedokumentation. Anhand der Literaturstudie, insbesondere in den Kap. 4 und 5, zeigte sich, dass es wissenschaftliche Belege von Wirksamkeitsnachweisen mit guter Evicence, die als Minimalanforderungen an die Pflegedokumentation – auch im Rahmen von Pflegesystemen, wie z.B. mit dem insbesondere international weit verbreiteten RAI – zu stellen sind, bis jetzt noch nicht ganz hinreichend existieren.

Hier gilt es, die entscheidende Frage nach einem nachzuweisenden Nutzen für den Pflegeklienten bzw. die Praktikabilität der Dokumentationsanwendung immer wieder zu stellen und nicht selbstverständlich vorauszusetzen. Es ist offensichtlich, dass ohne nachgewiesenen Nutzen hinsichtlich der oben beschriebenen Funktionen, ein Pflegedokumentationssystem, das sich für die NutzerInnen eben auch als Belastung (und „Ressourcenverschwendung“) herausstellen kann, eigentlich nicht „betrieben“ werden sollte. Man sollte, darauf weisen Kap. 4 und insbesondere Kap. 5 hin, den nachgewiesenen Nutzen immer auch im Verhältnis zu den eingesetzten MitarbeiterInnen-Ressourcen sehen. Wirtschaftlichkeitserwägungen und die Frage nach der Höhe der Aufwände (Zeit, Kosten, Fehlallokationen), die eine Pflegefachperson bzw. –

hilfsperson an die Pflegedokumentation innerhalb der jeweils spezifischen Arbeitsorganisation binden, ist ein entscheidendes Thema in der Bewertung eines Pflegedokumentationssystems. Da die Pflegedokumentation immer in Abhängigkeit der Arbeitsorganisation bzw. auch von der Einrichtungsorganisation (BewohnerInnenzahl, Aufbau- und Ablauforganisation) betrieben wird, muss die jeweilige einrichtungsspezifische Pflegedokumentation auch variabel gestaltet werden können. Folglich ist – als Minimalanforderung – mit einem betriebsinternen, wirksamen Effektivitäts- und Effizienzcontrolling der Pflegedokumentation ein eindeutiger Nutzen-Wert für den Pflegeklienten und die Pflege-MitarbeiterInnen nachzuweisen. Hier sind die Pflegewissenschaft, die Informatikwissenschaft[10] und die Pflegepraxis gemeinsam gefordert. Am Ende des Kap. 5 wird daher in diesem Zusammenhang auf den notwendigen weiteren Forschungsbedarf hingewiesen.

Ein weiteres gemeinsames Ergebnis der Literaturstudie aus Sicht einer Minimalanforderung ist die notwendige Etablierung eines Risk-Management-Systems, das medizinische und pflegerische Risiko-Situationen in der Einrichtung identifiziert, das Führungssystem entsprechend sensibilisiert und die Arbeitsorganisation nach Identifizierung von Risiken entsprechend weiterentwickelt. Das erforderliche Struktur-Instrument wurde mit dem „Bayerischen Rahmenhygieneplan des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit für Infektionsprävention in stationären Einrichtungen für ältere Menschen und pflegebedürftige Volljährige“ bereits geschaffen. Der eigentliche Auftrag der Infektionsprävention könnte hier ohne thematische Schwierigkeiten auf alle Themen der Klienten- und Versorgungssicherheit erweitert werden. Die bereits existierenden Management- und betriebsorganisatorischen Strukturen zur Infektionsprävention können als Basis genommen werden und erfordern keinen „Neu-Aufbau“ von Stellen.

Zu guter Letzt plädieren die AutorInnen der Literaturstudie für einen „Paradigmenwechsel“ in der Pflege. Da, wie bereits in der Ausführungen zum Teilhabeplan festgestellt, eine normative Affinität zwischen dem Verständnis von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI und der legalen Definition von Behinderung gemäß § 2 SGB IX vorhanden ist, sollten die Curricula der entsprechenden Ausbildungs- und Weiterbildungsinstitute in der Pflege hinsichtlich dem besonderen und anspruchsvollen Aspekt der „selbstbestimmten Teilhabe“ als Ziel von Pflege und Therapie und im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe im Allgemeinen, aber noch wichtiger als berufsethischer Auftrag der Pflegefachpersonen im Besonderen überarbeitet und angepasst werden. Der Leitbegriff hierfür ist in anderen, besonders schulischen Kontexten und Kindertagesstätten, Kindergärten und Kinderkrippen die Idee der Inklusion. Die Förderung selbstbe-

[10] An dieser Stelle kann darauf hingewiesen werden, dass die Europäische Kommission derzeit ein Kompetenzprofil für einen „Gesundheitsversorgungsexperten Vernetzung und Datenverwaltung“ (health care expert network and database) entwickelt (hat). Auf Grund der steigenden Präsenz im Gesundheitswesen von neuen telemedizinischen bzw. e-health-Techniken, Medizinprodukten und technischer Diagnostik wird zum medizinischen und Pflegefachwissen das entsprechende technische Know-how benötigt. Die EU prognostiziert in ihrem Gesundheitsstrategieprogramm (2012) daher die Veränderung von Arbeitsstrukturen und die Entwicklung von neuen Berufsschwerpunkten im Gesundheitswesen. Mit dem Einsatz neuer Techniken können qualifizierte Dienstleistungen z.B. auch für versorgungsschwache Regionen angeboten werden (siehe Europäische Kommission: http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/swd_ap_eu_healthcare_workforce_en.pdf).

stimmer Teilhabe muss in der Pflegepraxis und in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften die normative Leitidee sein, von der das professionelle Handeln in der Pflege abgeleitet wird. Auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der gerade in der Überprüfungsphase ist, unterstreicht die normative Nähe zu § 2 SGB IX noch stärker.

Mit der Fragestellung des Mindestmaßes der Pflegedokumentation kann **zusammenfassend** und **aus der gemeinsamen Sicht** der drei Perspektiven (rechtlich, pflegewissenschaftlich, pflegepraktisch) synoptisch folgendes festgestellt werden[11] (die Reihenfolge der Ergebnisse ist an die Logik des Pflegeprozesses angelehnt):

- **Die elementaren Hauptfaktoren** für die Qualität und die Effektivität bzw. Effizienz der Pflegedokumentation sind die NutzerInnen – Pflegeführungskräfte, Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte – und die Pflegeklienten. Als weiterer Faktor sind hier die Disziplinen „Pflege- und Gesundheitswissenschaften" zu nennen, da die Evidencebasierung von Assessmentinstrumenten und Pflegeinterventionen (einschließlich der Intervention „Dokumentation") entscheidend für die Qualität der Pflegeleistungen und damit auch für die Qualität der Pflegedokumentation ist.

- Die weiteren Faktoren für die Qualität der Pflegedokumentation als **mittelbare Unterstützungsfunktionen** sind (in der Reihenfolge einer absteigenden Nutzenintensität): Qualitätssicherung, Dokumentationstechnik, Arbeitsorganisation, Prozesssteuerungstechnik, Datenschutzkonformität und Abrechnung.

- Die von der Gewichtung her **geringsten Faktoren** resultieren aus externen Anforderungen seitens Institutionen, z.B. Überwachungshandeln, und dem Haftungsrecht. Hier kann man die folgende Logik zu Grunde legen: gut geschultes Pflegepersonal führt automatisch zur Anforderungserfüllung der externen Faktoren.

- Sowohl aus dem Berufs- als auch aus dem Haftungsrecht sowie den gesetzlich geregelten Patientenrechten lässt sich die **Pflicht zu einer pflegerischen Dokumentation** ableiten. Dabei haben aus pflegerechtlicher Sicht angesichts des Primats der Sicherstellung einer pflegefachlichen Versorgung die professionellen Anforderungen an eine eigene und nicht aus medizinrechtlichen Vorgaben abgeleitete Pflegedokumentation zur Sicherung eines tragfähigen Pflegeprozesses im Vordergrund zu stehen (**„Sicherheits-Netz"**).

- Die vielfach behauptete **haftungsrechtliche Bedeutung der Pflegedokumentation** ist undifferenziert, vorfachlich und ohne jeden auch haftungsrechtlich relevanten Risikobezug konstruiert. Vor allem wird mit dem strafrechtlichen Konzept der Garantenstellung eine generalisierte kustodiale Pflegevorstellung begründet, die weder menschen-,

[11] Jeder einzelne Beitrag liefert seine individuelle und fachspezifische Ergebniszusammenstellung als jeweils letztes Kapitel des Abschnitts: für die juristische bzw. pflegerechtliche Perspektive: Kap. 3.3; für die pflegewissenschaftliche Perspektive: Kap. 4.4; für die pflegepraktische Perspektive Kap. 5.5.

noch berufs- noch haftungsrechtlich belastbar ist. Sie birgt die Gefahr, die Pflegedokumentation eindeutig in den schädlichen Bereich der Dosis-Wirkungskurve zu treiben.

- Gesetzliche Spezifizierungen einer Dokumentationspflicht ergeben sich aus einer Reihe von Einzelgesetzen, bezogen auf spezifische Risiken. Generell gibt es (sinnvollerweise) **keine gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der jeweiligen Konzeption, Ausgestaltung und Differenzierung der Pflegedokumentation**. Diese werden auf untergesetzlicher Ebene normiert. Alle drei fachlichen Perspektiven haben in der Literaturstudie auf der Grundlage unterschiedlicher Argumentationsstränge herausgearbeitet, dass die derzeit aufgrund sozialadministrativer Vorgaben geprägten Dokumentationsverpflichtungen dringend der Revision bedürfen. Sie stehen im eklatanten Widerspruch zu pflegefachlichen und inzwischen auch zu gesetzlichen Vorgaben.

- Die **Minimal-Bausteine der Pflegedokumentation** müssen aus folgenden Bestandteilen obligatorisch bestehen: individueller Bedarfsnachweis, Planungsnachweis (individueller selbstbestimmter Teilhabeplan), Durchführungsnachweis, Pflegebericht (dokumentierte Wirkungen [einschließlich der unerwünschten Wirkungen] der Pflegeinterventionen und der Zielerreichungsnachweis). Insbesondere muss ein besonderer Fokus in der Dokumentation von Absprachen mit anderen professionellen Akteuren oder von Verordnungen liegen. Diese Absprachen sind auf Grund der internen Evidence relevant und ein notwendiger Bestandteil der Pflegedokumentation. Die Dokumentationsnotwendigkeiten können interprofessionell geteilte Verantwortlichkeiten (insbesondere auch bei Delegationen) mit sich bringen. Daher ist die Klärung obligatorisch, was wer wie und wann in einer Gesamtdokumentation zu dokumentieren hat.

- Der aus einer minimalistischen Sicht resultierende **notwendig bestehende Umfang** der in einer **Pflegedokumentation** respektive in einer **Pflegeplanung** zu dokumentierenden Inhalte ergibt sich aus dem jeweiligen Ziel und Zweck, dem die Pflegedokumentation dient:

    - In der **Pflegeprozessplanung** sind alle für die Beurteilung indizierter pflegerischer Handlungen, für das Erkennen risikorelevanter Umstände und die Würdigung persönlicher Präferenzen und Willensäußerungen der PflegeheimbewohnerInnen respektive Pflegeklienten zu berücksichtigen. In die Pflegeplanung haben die für die Gestaltung des Pflegeprozesses und das Erkennen von Risiken erforderlichen Informationen (individuelle Ziele aus der Pflegeprozessplanung, Ressourcen, Veränderungen) Eingang zu finden, aus denen sich die jeweils und von wem zu ergreifenden Maßnahmen ergeben. Die Pflegewissenschaft verlangt in den Phasen des assessments und des plannings eine Einschränkung der Informationserhebung (nur) auf Outcome-relevante Bereiche, wie es z.B. im Tracking-Konzept der Outcome-Pflegephasen-Matrix unter Kap. 4.4 beschrieben ist. Keinesfalls soll eine „ganzheitliche“ Datensammlung über alle ABEDLs erfolgen.

    - Von größter Bedeutung ist die Dokumentation der **Adhärenz** (selbstbestimmte, zustimmende und mitwirkende Beauftragung), des Informed-Consent in

der Pflegeplanung und alltäglich in der Dokumentation des Pflegeprozesses, soweit es um Weigerung, versagte Einwilligungen oder fehlende Akzeptanz geht. Die Dokumentation der Einbindung von Angehörigen bzw. u.U. Betreuern soll situationsspezifisch erfolgen.

  - Aus der jeweiligen, den Bereich der Organisation des Pflegedienstes zugeordneten Einteilung von MitarbeiterInnen respektive den anderen an der Pflege und Unterstützung beteiligten Personen hat sich zweifelsfrei zu ergeben, wer wann für welche Aufgaben und für welche BewohnerInnen bzw. Pflegeklienten für die Umsetzung der Pflegeplanung verantwortlich war und ist. Auf diese Weise lässt sich in einer haftungsrechtlich belastbaren Art die Einlösung der Organisationsverantwortung und die persönliche Verantwortung von einzelnen MitarbeiterInnen – oder sonst an der Pflege und Unterstützung Beteiligten – rekonstruieren.

- Die – aus Sicht der Pflegewissenschaft und Pflegepraxis – **qualitativen Schwerpunkte in der Pflegedokumentation** müssen auf dem Bedarfsnachweis, dem Planungsnachweis und dem Pflegebericht mit den erreichten Wirkungen und der Zielerreichungsprüfung liegen. Sie setzen den Aufbau interner Evidence mit dem je einzigartigen Pflegeklienten voraus. Der Aufbau interner Evidence beinhaltet die individuellen Teilhabeziele des pflegebedürftigen Menschen und die Verfügbarkeit (möglichst) evidencebasierter Pflegemaßnahmen zu ihrer Erreichung. Er ist weniger defizit-, sondern an den klientenspezifischen Zielen (Bedürfnissen) und seinen aktivierbaren Ressourcen orientiert. Der Bedarfsnachweis benötigt obligatorisch eine systematische Herangehensweise mit (möglichst) validen Instrumenten. Ob dazu eine Checkliste, ein Instrument wie NANDA-I oder RAI oder zur Vorbereitung Hilfen, wie z.B. die Verstehende Diagnostik geeignet ist, wird in den einzelnen Abschnitten des vorliegenden Abschlussberichts erörtert.

- **Eine Aufwandskonzentration der Pflegedokumentation auf Bedarfs- und Planungsnachweis erleichtert und reduziert substanziell den Durchführungsnachweis.** Der Durchführungsnachweis kann daher verringert werden auf die Begründung von Pflegehandlungen, die vom Pflegeplan bzw. von anerkannt allgemeingültigen fachspezifischen Standards abweichen. Er soll nur jene erwünschten (incl. unerwünschten) Wirkungen und Risikomaßnahmen dokumentieren, die eine veränderte Bewältigung der MitarbeiterInnen in der stationären Langzeitpflege und des pflegebedürftigen Menschen erfordern.

- Die beiden Konzepte DEMIAN II und IdA weisen im Kern eine Nähe zu **personenzentrierten Versorgungsansätzen** auf. Für diese gibt es z.T. bereits empirische Nachweise in Bezug auf die Reduzierung von Antipsychotika (Fossey et al. 2006). Die formulierten Empfehlungen sind damit zwar nicht direkt empirisch belegt, die Ergebnisse von Fossey et al. (2006) stützen aber indirekt die aus der Theorie abgeleiteten Empfehlungen. Zudem decken sich die Modelle mit den Empfehlungen des Trackingkonzepts der

Outcome-Pflegeprozess-Matrix (siehe Kap. 4.4), insbesondere mit den dort benannten Aspekten der Sozialstrukturellen Indikatoren.

- Die Verwendung **pflegediagnostischer Taxonomien** kann aus pflegewissenschaftlicher Perspektive theoriegestützt empfohlen werden. Die empirische Begründung der Taxonomien ist allerdings problematisch, da bei der Begründung von Inhalten der Pflegedokumentation ebenfalls nur festgestellt werden kann, dass keine Studien existieren, die (un)erwünschte Wirkungen untersuchen.

- Wie weit eine Pflegedokumentation den funktionellen Anforderungen entspricht, und daher sowohl den nutzlosen als auch den schädlichen Bereich einer entweder zu geringen oder zu umfangreichen Pflegedokumentation vermeidet, ist nur empirisch zu beantworten. **Der Nutzen muss auf alle Fälle empirisch belegt werden**. Aus dieser Forschungslage ergibt sich die klare Empfehlung, die Wirkung jedes neuen Pflegedokumentationssystems auf den **Nutzen** für die Pflegeklienten in kontrollierten Studien zu prüfen, bevor es implementiert wird. Pflegedokumentationssysteme binden zu große Ressourcen (die für die Pflegeklienten auch anders eingesetzt werden könnten), als dass Systeme ohne nachgewiesen Nutzen implementiert werden dürften - selbst wenn ihr Aufwand im Einzelfall gering wäre. Daher sind in stationären Pflegeeinrichtungen geeignete Instrumente zu einem Effektivitäts- und Effizienz-Controllings einzuführen, um den „Nutzen"-Gewinn im Verhältnis zu den Aufwänden (Zeit, Kosten, Fehlallokationen) beim Pflegeklienten und bei den NutzerInnen nachzuweisen.

- Um fachspezifische Risiken und solche, die in der nicht adäquaten Versorgung von Pflegeklienten liegen und die ggf. aufgrund von berufs-, haftungsrechtlichen oder anderen rechtsspezifischen Anforderungen (z.B. PfleWoqG) resultieren, zu bewältigen, sollte ein **betriebsspezifisches Riskmanagement-System** etabliert werden. Hierfür kann auf die bereits existierenden Strukturvorgaben anhand des „Bayerischen Rahmenhygieneplans" zürückgegriffen werden. Allerdings weist der Vertreter der Pflegewissenschaft in dieser Literaturstudie darauf hin, dass die Verwendung derzeit existierender standardisierter Instrumente des Risikoassessments nicht empfohlen werden kann, da der Nutzen auf pflegerische Outcomes nicht belegt ist.

- In diesem Zusammenhang gilt es, den **Aufbau einer fachlichen Kompetenz zur Führung einer adäquaten Pflegedokumentation** mithilfe von spezifisch zielorientierten Weiterbildungsangeboten zu fördern. Diese sollte risikoorientiert, pflegefachlich unterstützend, an individuelle Zielsetzungen der Pflegebedürftigen ebenso gekoppelt, wie an den Patientenrechten orientiert sein.

- Sofern aus **abrechnungsrechtlichen Gründen** das Abzeichnen und die Dokumentation jeweils erbrachter Dienstleistungen erforderlich sind, hat dies zu geschehen. Für den ambulanten Bereich und für Wohngruppen ist dies teilweise vorgeschrieben, für den stationären Bereich ist dies regelmäßig nicht der Fall. Die Dokumentation der erbrachten Dienstleistungen lässt sich ohne weiteres EDV-gestützt in einer gesonderten Datei vornehmen, ohne dass bei Abrechnungsprüfungen Einsicht in die Dokumentation des Pflegeprozesses genommen werden muss. Grundsätzlich wird insbesondere von der

stringenten Trennung von Pflegedokumentation und Abrechnungsdokumentation eine spürbare Entlastung des primären Pflegeprozesses erwartet.

Fazit: Nur mit einer Veränderung der formalen Anforderungen durch Aufsichtsbehörden an die Pflegedokumentation ist der genuine Zweck der schriftlichen Dokumentation von Pflegeplanung und Pflegeprozess noch nicht erfüllt. Insofern offenbaren sich neben Asymmetrien zwischen Aufsichtsinstanzen und Leistungsträgern auf der einen Seite und Leistungserbringern respektive Pflegefachpersonen auf der anderen Seite erhebliche Professionalisierungsdefizite beim Thema Pflegedokumentation.

Empfehlung: Eine großflächige Beteiligung an der Implementation des SIS durch den Freistaat Bayern und die Vertragspartner im Leistungserbringungsrecht der Pflegeversicherung – verbunden mit einer Neuverhandlung des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 2 SGB XI - würde sich anbieten und die Verbindung von Entbürokratisierung und Professionalisierung der Pflege überzeugend unterstützen.

2 Forschungsauftrag, Hintergrund der durchgeführten Studie

Im Rahmen des Forschungsauftrags galt es, Dokumentationserfordernisse in der stationären Langzeitpflege (d.h. die so genannte „Pflegedokumentation“) aus verschiedenen Perspektiven zu untersuchen und literaturgestützt Aussagen respektive Empfehlungen über/für ein Mindestmaß, gewissermaßen als Minimalanforderungen, an Dokumentation in der stationären Langzeitpflege zu treffen. Die drei Perspektiven, die es gemäß des Auftrags des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) einzunehmen galt, waren: 1. die juristische Perspektive, 2. die pflegewissenschaftliche Perspektive und 3. die pflegepraktische Perspektive.

Aus juristischer Sicht galt es darzustellen, welche pflegerischen Dokumentationen in der stationären Altenpflege aus gesetzlichen Gründen erforderlich sind. Dabei sollte auch beleuchtet werden, welche pflegerischen Dokumentationen in welchem Umfang aufgrund der aktuellen Rechtsprechung in den unterschiedlichen Rechtsbereichen gefordet werden.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht sollte unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Erkenntnisse dargestellt werden, welche Inhalte in welchem Umfang aus professioneller (pflegefachlicher) Sicht in der stationären Altenpflege tatsächlich zu dokumentieren sind.

Aus pflegepraktischer Sicht sollte erörtert werden, welche dokumentierten Inhalte in welchem Umfang für eine Pflegeeinrichtung zur reibungslosen Durchführung der Pflege erforderlich sind. Zudem sollten Anforderungen an eine Pflegedokumentation belegt werden, welche ein effizientes Arbeiten ermöglichen.

Als notwendige Voraussetzung dieser Forschungsstudie ist die Klärung bzw. Festlegung, was unter der Dokumentation in der stationären Langzeitpflege, sprich die Pflegedokumentation verstanden wird. Die Ansprüche hier an eine Pflegedokumentation sind je nach Blickwinkel ganz unterschiedlich. Es ergeben sich nicht nur unterschiedliche Perspektiven aus juristischer und pflegewissenschaftlicher bzw. pflegepraktischer Sicht, sondern vielmehr auch aus Erwartungen bzw. Anforderungen aus Sicht von Personen oder Organisationen, die mit der Pflegedokumentation in Berührung kommen wie BewohnerInnen, Unternehmen und Leistungserbringer, Leistungsträgern sowie nach dem Heimrecht zuständige Behörden.

Der juristische Teil dieser Arbeit überprüft anhand der derzeit in Deutschland gebräuchlichen Ausrichtung der Pflegedokumentation die rechtlichen Hintergründe. Es wird herausgearbeitet, welche Aspekte der Pflegedokumentation für eine fachgerechte Versorgung der auf Pflege angewiesenen Menschen in der stationären Altenhilfe unverzichtbar ist. Dazu wird die Pflegedokumentation unter Beachtung der einzelnen Rechtsgebiete sowie der Perspektiven unterschiedlicher Akteure in den Fokus genommen.

Im pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Teil dieser Forschungsarbeit wird von einem konkretisierten, aber auch erweiterten Verständnis der Pflegedokumentation im Sinne eines Unterstützungssystems für die umfassende Planung und Steuerung der Pflege ausgegangen. Dabei werden alle Bestandteile, die in den einzelnen Phasen des Pflegeprozesses ver-

wendet werden, wie z.B. Assessment, Diagnostiktools, Maßnahmenplanung und Verlaufsbericht betrachtet.Unter Berücksichtigung des Forschungsauftrags, die Dokumentationserfordernisse in der stationären Langzeitpflege auf der Grundlage von drei Perspektiven zu beleuchten, war es für das Studiendesign notwendig, eine methodische Trennung zwischen dem Ansatz der Pflegepraxis und dem der Pflegewissenschaft durchzuführen. Dieser analytische Schnitt, die Pflegedokumentation in der stationären Langzeitpflege von der Pflegepraxis und von der Pflegewissenschaft her zu betrachten, erscheint auf den ersten Blick etwas schwierig, lassen sich fundierte Aussagen zu pflegepraktischen Aspekten doch auch nur unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Qualitäts- bzw. Gültigkeitskriterien anstellen. Auch auf den zweiten Blick wird dieses Problem nicht unbedingt besser fassbar, wenn man bedenkt-, dass pflegewissenschaftliche Aussagen zu diesem Themenfeld natürlich auch immer die Pflegepraxis einschließen, wenn nicht sogar fokussieren. Insofern wurde für eine sinnvolle Koordination der Arbeitspakete zwischen den Kooperationspartnern eine eher nominaldefinitorische Abgrenzung dahingehend vorgenommen, dass pflegewissenschaftliche Aspekte ausschließlich Aspekte der Ergebnisqualität von Pflege auf der Ebene der Pflegebedürftigen umfassen. Die Perspektive der Pflegepraxis fokussiert in diesem Forschungsdesign besonders auf die nachgewiesenen wirksame Effekte der pflegerischen Leistungen für den pflegebedürftigen Menschen und seinen Bedürfnissen auf der Grundlage eines zielorientierten (und kybernetischen) Pflege(steuerungs)prozesses. Das hierzu notwendige Pflegedokumentationssystem unterstützt und fördert eine hohe Pflegequalität über eine obligatorische Nutzenbewertung nach Effektivität- und Effizienz-Kriterien.

Diese Definition und nominaldefinitorische Abgrenzung spiegelt nicht die Auffassung der Autorinnen beider Teilberichte (pflegewissenschaftliche bzw. pflegepraktische Aspekte) wider, sondern folgt der Logik, die durch den Auftraggeber vorgegeben wurde. Die AutorInnen der Teilberichte sehen beide Aspekte als zusammengehörig und untrennbar an.

2.1 Ausgangsproblem

Die Dokumentation pflegerischer Tätigkeiten sowie die Verschriftlichung des Pflegeprozesses (also der Pflegeplanung) wird in der vorliegenden Literatur zur Thematik zumeist als sinnvolles Instrument betrachtet, das eigentlich der Arbeitserleichterung dienen soll, indem es Versorgungsschritte sowie Informationen für alle an der Versorgung Beteiligten übersichtlich und nachvollziehbar darstellt. A priori wird davon ausgegangen, dass dieses Instrument zur Verbesserung der Bewohnerversorgung führt. Selten werden die entscheidenden Fragen zur Wirkung oder Nebenwirkungen gestellt, geschweige denn beantwortet. Es scheint, als wäre der argumentative Hinweis auf die Kybernetik im Sinne eines systematischen Problemlösungsprozesses bereits hinreichend plausibel, um die Wirksamkeit des verschriftlichten Pflegeprozesses auf den eigentlichen Pflegeprozess und insbesondere auf die pflegerischen Outcomes zu begründen. Die Erfahrungen aus der biomedizinischen Forschung erlauben eine gewisse Skepsis auf diese „naive“ Sichtweise. So gibt es in der biomedizinischen Forschung etliche Ansätze, die hoch plausibel erschienen, sich jedoch in klinischen Studien als wenig oder gar nicht wirksam erwiesen, manche sogar als schädlich. Als klassisches Beispiel aus der Pflege sei hier das so genannte Eisen und Föhnen erwähnt, dass mit einer hoch plausiblen Theorie der Hyperämisie-

rung durch Temperaturwechsel wirken sollte, jedoch in klinischen Studien den Wirksamkeitsnachweis schuldig blieb und sogar eher zu Hautschädigungen führte. Insofern gilt es auch für die mittlerweile schon fast „ritualisiert“ durchgeführte Pflegedokumentation die entscheidenden Fragen zu stellen:

1. Dient sie als Arbeitserleichterung und –instrument für die Pflegekräfte, um Arbeits- und Pflegeprozesse besser gestalten zu können?

2. Ist die Dokumentation eine eigenständige Intervention, die derartige Opportunitätskosten birgt, dass nachgewiesene wirksame Pflegeinterventionen nicht durchgeführt werden können bzw. die Wirksamkeit der Interventionen nicht ermöglicht?

3. Ist sie ein Instrument, das zur Verbesserung der Bewohnerversorgung beiträgt?

Im dritten Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege wird ersichtlich, dass die Pflegedokumentation vorwiegend an der rechtlichen Absicherung der Träger sowie an den Anforderungen von externen Qualitätskontrollen durch Pflege- bzw. Krankenkasse orientiert ist. Die Anforderungen der Pflegekräfte, aber auch die der NutzerInnen[12] treten in den Hintergrund (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) 2012). Der jährliche Aufwand für Pflegedokumentation beläuft sich auf 2,7 Milliarden Euro, wobei 1,9 Milliarden Euro auf das Ausfüllen der Leistungsnachweise entfallen (Statistisches Bundesamt 2013). Diese Zahlen geben eine gewisse Orientierung über die Größenordnung und die Relevanz des Forschungsthemas. Die Vermutung der AutorInnen gehen dahin, dass der der Leistungsnachweis nur einen marginalen Nutzen für die Pflegeprozesssteuerung hat. Es wird weiterhin vermutet, dass die Pflegedokumentation überwiegend nach leistungsrechtlichen Kriterien und weniger nach den für die pflegebedürftige Person bedeutsamen Informationen ausgerichtet wird - nach dem Grundsatz „dokumentiert wird, was bezahlt wird“. Diese Sichtweise ist der nutzerInnen- und qualitätsorientierten Ausrichtung des Pflegeprozesses nicht zuträglich.

Cum grano salis kann man konstatieren, dass die Pflegedokumentation eher ritualisiert, als eine Art tradierte Gewohnheit, Anwendung findet. Auf der Grundlage des jetzigen Erkenntnisstands kann zumindest die erste Frage, ob sie als Arbeitserleichterung und Arbeitsinstrument dient, um Arbeits- und Pflegeprozesse besser gestalten zu können, verneint werden. Die zweite Frage lässt sich nicht eindeutig beantworten. Die oben angeführten Kosten durch die Pflegedokumentation und die resultierenden Implikationen aus der Beantwortung der ersten Frage legen jedoch nahe, dass auch hier eher eine negative Antwort zu erwarten ist. Die dritte Frage lässt sich beim jetzigen Stand nicht beantworten. Sie macht es jedoch notwendig, Formen oder Systeme der Pflegedokumentation immer vor dem Hintergrund von Outcomes auf der Ebene der NutzerInnen und AnwenderInnen zu betrachten. Fasst man die Pflegedokumentation als ein Instrument des Pflegemanagementsauf, ergibt sich in der Folge die Frage nach der „Dosis“ einer solchen Intervention. Eine zu niedrige „Dosis“ kann den gewünschten Effekt auf Outcomes nicht erreichen (sie erreicht gewissermaßen nicht das „therapeutische“ Niveau).

[12] Als NutzerInnen werden im Rahmen des genannten Berichts die Pflegebedürftigen bezeichnet

Eine zu hohe „Dosis“ wiederum konterkariert die eigentlich intendierte Wirkungt und wäre eher schädlich (hier wird das „therapeutische“ Niveau überschritten und erreicht gewissermaßen eine schädliche „Dosis“).

3 Der Forschungsauftrag aus der juristischen bzw. pflegerechtlichen Perspektive (Thomas Klie)

3.1 Operationalisierung des Forschungsauftrags und erkenntnisleitende Fragestellungen aus juristischer bzw. pflegerechtlicher Sicht

Im Rahmen der Literaturstudie geht es um die Darlegung des aktuellen Literatur- und Forschungsstandes zu Fragen der Pflegedokumentation in der stationären Langzeitpflege. Aus juristischer Sicht sollen insbesondere folgende Fragen bearbeitet und beantwortet werden:

1) Welche pflegerischen Dokumentationen sind aus gesetzlichen Gründen erforderlich?
2) Welche pflegerischen Dokumentationen sind auf Grund der aktuellen Rechtsprechung im Rahmen des Haftungsrechts, Strafrechts, Leistungsrecht und Ordnungsrecht erforderlich? Dabei soll insbesondere die Problematik berücksichtigt werden, die von der Auffassung ausgeht, das „alles, was nicht aufgeschrieben ist, als nicht durchgeführt" gilt.
3) In welchem Umfang sind die jeweiligen Inhalte zu dokumentieren?

Zu berücksichtigen ist ausschließlich die Rechtslage in Deutschland. So beschreibt die Vorhabenbeschreibung den Auftrag.

Die Literaturstudie und Recherche der Rechtsprechung berücksichtigen die gesamte einschlägige Judikatur zu Fragen der Pflegedokumentation. Hierzu wurde eine umfassende JURIS Abfrage durchgeführt, alle Judikate aufgerufen, analysiert und hinsichtlich ihrer Relevanz für die Gutachtenfrage geprüft. Ebenfalls wurden in Juris, in GeroLit und in MedLine umfangreiche und systematische Analysen von und Recherchen zu Rechtsfragen der Pflegedokumentation in der Langzeitpflege durchgeführt. Zusätzlich wurden die Datenschutzberichte des Freistaates Bayern und die des Bundesdatenschutzbeauftragten recherchiert und auf relevante Aussagen, Stellungnahmen und Problematisierungen der Rechtsfragen der Pflegedokumentation aus datenschutzrechtlicher Perspektive hin ausgewertet. Weiterhin wurden nach Absprache mit dem Auftragnehmer Gespräche mit der Ombudsfrau für die Entbürokratisierung der Pflege, Frau Elisabeth Beikirch, geführt, um den Diskussionsverlauf in dem Projekt SIS[13] für die Literaturanalyse und die auszusprechenden Empfehlungen einbeziehen zu können. Ebenfalls wurde der Projektbericht, der seit dem 15.04.2014 freigegeben ist, mit in die Literaturstudie und das Gutachten einbezogen[14]. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Bemühungen um die

[13] http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen__fin20140415_sicher.pdf.

[14] A.a.O.

Klärung des Mindestmaßes an Pflegedokumentation auf Bundes- und Landesebene nicht konkurrierend, sondern aufeinander bezogen verfolgt werden.

Die Zielsetzung des Forschungsauftrags ist es, dem Anliegen der Entbürokratisierung in der Pflege Rechnung zu tragen, Annahmen über die rechtliche Erforderlichkeit von Art und Weise der Führung der Pflegedokumentation auf ihren Rationalitätsgehalt hin zu überprüfen und Bemühungen zu unterstützen, die unbestreitbar bedeutsame Pflegedokumentation in der Langzeitpflege auf das Maß zu beschränken, das für eine fachgerechte Versorgung der auf Pflege angewiesenen Menschen in der stationären Altenhilfe unverzichtbar ist.

Wie schon in der Vorhabenbeschreibung angedeutet, stellen sich rechtliche Fragen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln. Es sind verschiedene Rechtsgebiete berührt. Eine rechtliche Gemengelage ist zu berücksichtigen, wenn es darum geht, den Kern der Verpflichtungen und Berechtigungen, eine Pflegedokumentation zu führen, zu bestimmen. Die Aufbereitung dieser Gemengelage soll im ersten Abschnitt geleistet werden. Dabei lassen sich die Rechtsfragen auf der einen Seite nach Rechtsgebieten strukturieren und auf der anderen Seite nach den jeweiligen Perspektiven, Interessen und Verpflichtungen der an der Pflegedokumentation Beteiligten. Dieser Logik und Struktur folgt die nachfolgende einführende Darstellung.

3.1.1 Rechtsfragen der Pflegedokumentation nach Rechtsgebieten

3.1.1.1 Haftungsrecht

Es sind ganz wesentlich Haftungsfragen, die für die Pflegenden, die für die stationäre Altenpflege, aber auch für ambulante Dienste und Krankenhäuser im Vordergrund stehen, wenn es heute um Rechtsfragen der Pflegedokumentationen geht. Latent drohen Regressforderungen, insbesondere von Krankenkassen, wenn etwa in der Folge eines Sturzes in einer stationären Pflegeeinrichtung der Bewohner oder die Bewohnerin eine Fraktur erlitt, die dann im Krankenhaus auf Kosten der Krankenkasse zu behandeln ist. In diesem Zusammenhang gab und gibt es immer wieder haftungsrechtliche Auseinandersetzungen, die bis zum BGH führten[15]. Zum Nachweis etwa fehlerhaften pflegerischen Handelns wird im Rahmen der Regressforderungen in gerichtlichen Verfahren auf die Pflegedokumentation zurückgegriffen. Zum Teil wird die Verfolgung von Regressansprüchen der Krankenkassen mit Qualitätsprüfungen durch den MDK verbunden oder auf andere Weise versucht, in die Pflegedokumentation Einsicht nehmen zu können.[16]

---

[15] BGH Urt. d. III. Zivilsenats vom 28.4.2005 AZ.: III ZR 399/04, mit ausführlicher Würdigung in Klie, Thomas (2005): Das Urteil. Bundesgerichtshof: Aus einem Bewohnersturz ist nicht gleich Pflichtverletzung des Pflegepersonals abzuleiten. In: Altenheim, 44 (7), S. 27-28.

[16] BGH Urt. v. 23.03.2010 AZ.: VI ZR 249/08 (Anmerkung Maria Pregartbauer und RA Mathias Pregartbauer, in: VersR 2010, 973 – 975); Klie, Thomas (2013): Krankenkassen haben Recht auf Einsicht in Pflegedokumentation. In: *Altenheim* 52 (7), S. 28-29.

Haftungsrechtliche Auseinandersetzungen mit den BewohnerInnen selbst, etwa über Schadensersatz oder Schmerzensgeldansprüche, sind in der stationären Pflege kaum bekannt. Gleichwohl spielen im Alltag der Langzeitpflege haftungsrechtliche Erwägungen immer wieder eine zum Teil bestimmende Rolle, auch und gerade wenn es um Fragen der Fixierung geht, der Vorbeugung von Sturzgefahren oder dem "Weglaufen" von BewohnerInnen [17].

Eine Verpflichtung zur Führung einer Pflegedokumentation ergibt sich für den pflegerischen Bereich primär aus vertragsrechtlichen Erwägungen. Eine gesetzliche Bestimmung, die generell die Dokumentation von Pflegeleistungen vorschreibt, kennt das deutsche Recht nur für den ärztlichen Verantwortungsbereich, §§ 630a ff BGB. Auch das für die stationäre Altenhilfe einschlägige Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) enthält keine explizite Verpflichtung zur Führung einer Pflegedokumentation. In den sog. Heimverträgen nach dem WBVG werden allerdings regelmäßig Dokumentationsobliegenheiten vorausgesetzt und wird auf sie Bezug genommen, etwa in der expliziten vertraglichen Einräumung von Einsichtsrechten oder in den Datenschutzbestimmungen und Klauseln zur Schweigepflicht[18]. Eine Pflicht zu Dokumentation unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten wird auch aus der inzwischen als ständigen zu qualifizierenden Rechtsprechung des BGH abgeleitet. Der Bundesgerichtshof hat bereits 1978 für den ärztlichen Bereich entschieden, dass die Führung ordnungsgemäßer Krankenunterlagen eine ärztliche Pflicht sei, die sich als vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag ableitet[19]. Die Dokumentationspflicht bezieht sich nach Ansicht des BGHs auf die Anamnese, auf diagnostische Maßnahmen, auf Befunde, Therapien und deren Wirkung. In einer Entscheidung vom 18. März 1986 [20] hat der BGH die Pflicht zur Dokumentation auch auf die pflegerische Tätigkeit erweitert. Dabei gehen die Gerichte insgesamt davon aus, dass die Dokumentation ein wesentliches Hilfsmittel zur Sicherstellung von Behandlungsabläufen darstelle. Sie sei zum einen Gedächtnisstütze für den behandelnden Arzt, sichere aber vor allem den ordnungsgemäßen Behandlungsablauf, wenn mehrere Personen und Berufsgruppen zusammenarbeiten[21].

Der Pflegedokumentation kommt sowohl eine Informations- als auch ggf. eine Urkundenfunktion zu, indem etwa der anordnende bzw. veranlassende Arzt die vorgesehene Behandlungsmaßnahme dokumentiert und/oder abzeichnet. Auch in der pflegerechtlichen Literatur wird im Anschluss an die medizinrechtliche Literatur die Pflegedokumentation als wesentliches In-

---

[17] Becker, Clemens u.a. (2007): ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmassnahmen oder: Mit Recht fixiert? Unter Mitarbeit von Simone Branitzki, Doris Bredthauer, Virginia Guerra, Andreas Klein, Thomas Klie, Petra Koczy und Ulrich Rißmann. Hannover: Vincentz Network; Kaminski, Ralf (2014): Haftungsrecht: Risiken erkennen – Strategien entwickeln. Hannover: Vincentz Network; Klein, Andreas; Klie, Thomas (2014): Haftungsrecht in der Altenpflege, Hannover i.E.

[18] Vgl. etwa www.bodelschwingh-heim.de/archiv/pdfs/heimvertrag_vollst_wbvg.pdf.

[19] BGH Urt. v. 27.06.1978 AZ.: VI ZR 183/ 7 = VersR1978, 1022ff;BGHZ72,132ff.

[20] BGH Urt. v. 18.06.1986 AZ.: VI ZR 215/84.

[21] BGH Urt. v. 24.01.89 AZ.: VI ZR 170/88=NJW 1989, 2330, 2331.

strument angesehen, eine professionelle Pflege zu unterstützen und sicherzustellen[22]. Die Pflegedokumentation dient dabei nicht allein dem Informationsfluss und als "Gedächtnis" der Fachpflege. Sie bietet auch den auf Pflege angewiesenen Menschen, den HeimbewohnerInnen respektive den von ihnen benannten Personen des Vertrauens oder Bevollmächtigten das Recht, sich über den Behandlungs- und Pflegeverlauf zu informieren. Der Anspruch auf Einsichtnahme in die Pflegedokumentation ist im ärztlichen Bereich inzwischen durch das Patientenrechtegesetz geregelt, §§ 630 f BGB, und ergab vorher aus der Rechtsprechung des BGH. Die Rechtsprechung und der Gesetzgeber haben sich in der Vergangenheit bei der Auseinandersetzung mit Fragen der Verpflichtung zur Pflegedokumentation vorrangig am ärztlichen Aufgabenbereich orientiert und dabei die Pflege als Kooperationspartner der Ärzte mit in die Verpflichtung zur Pflegedokumentation einbezogen. Spezifische und gesetzlich bzw. untergesetzlich geregelte Verpflichtungen der Fachpflege zur Dokumentation ergeben sich weniger aus haftungsrechtlichen Bestimmungen als vielmehr aus den im Sozialrecht verankerten Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung, §§ 112 ff SGB XI.

Praktisch bedeutsam ist die Pflegedokumentation im haftungsrechtlichen Kontext für die Geltendmachung von Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen. In diesem Zusammenhang kann die Dokumentation wesentliche Informationsfunktionen erfüllen und hat darüber hinaus Auswirkungen auf die Darlegungs- und Beweislast[23]. Nach den Regeln der Beweislast muss der Geschädigte, der Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche durchsetzen will, grundsätzlich nachweisen, dass ein Anspruch besteht. Dazu gehört regelmäßig auch der Nachweis eines Pflegefehlers sowie der Ursächlichkeit des Fehlers für den eingetretenen Schaden. Der Pflegedokumentation kommt in haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen die Funktion zu, den Betroffenen – oder, was weit häufiger der Fall ist, die Kranken- und Pflegekassen – in die Lage zu versetzen, nachvollziehen zu können, welche – zur Vermeidung von Schädigungen des Patienten bzw. des Pflegebedürftigengebotenen – Pflegehandlungen durchgeführt wurden und welche nicht. Risikorelevante Umstände im Pflegeverlauf, die auf eine mögliche Gefährdung, einen Schadenseintritt und eine Schadenswahrscheinlichkeit hindeuten, sollten sich daher regelmäßig in der Pflegedokumentation wiederfinden[24]. Fehlen entsprechende Hinweise und Beobachtungen in der Pflegedokumentation, kann unter bestimmten Umständen daraus geschlossen werden, dass in der Krankenbeobachtung, im Monitoring des Pflegeprozesses und in der Interaktion mit dem Patienten bzw. des Pflegebedürftigen Risiken als solche nicht oder

[22] Vgl. m.w.N. Klie, Thomas (2013): Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Überarbeitete Ausgabe. 10. Aufl. Hannover: Vincentz Network, S.77ff.

[23] Vgl. BGH Urt. v. 03.02.1987 AZ.: VI ZR 65/93; vgl. auch Weiß, Thomas (2005): Rechtliche Rahmenbedingungen einer vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation. In: Modell der „Vereinfachten Pflegeplanung und -dokumentation“. Kiel: Min. f. Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig-Holstein, S. 17 f.

[24] Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas; Nirschl, Monika (Hg.) (2006): Risiko-Management in der stationären Pflege. Ein Leitfaden zu Methodik und Praxis im Umgang mit Pflegerisiken. Ergebnisse des Theorie-Praxis-Projekts Risiko-Management in der stationären Pflege, des Kuratoriums Wohnen im Alter und des Arbeitsschwerpunktes Gerontologie & Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (vorgestellt, 76). Online verfügbar unter http://www.worldcat.org/oclc/633888645.

nicht rechtzeitig erkannt wurden und insofern Behandlungs- oder Pflegefehler vorliegen. Fehlt es in der Pflegedokumentation an entsprechenden Hinweisen, an der Dokumentation der Auseinandersetzung mit dem Risiko, kann dies zu einer Erleichterung der Beweisführung für den Geschädigten bzw. die Kranken- und Pflegekasse führen, bis hin zur Beweislastumkehr. Tritt sie ein, muss nicht der Geschädigte den Fehler nachweisen, sondern das Pflegeheim respektive die zuständige und verantwortliche Pflegekraft, dass sie fachlich korrekt gehandelt hat[25]. Manche Kranken- und Pflegekassen lassen sich zur Erleichterung ihrer Beweisführung routinemäßig von Patienten bzw. des Pflegebedürftigen das Recht einräumen, Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen zu dürfen, um im Regressfall Schadensersatzansprüche verfolgen zu können. Diese Praxis trägt u.a. dazu bei, dass die Pflegedokumentation immer stärker unter dem Gesichtspunkt der Abwehr möglicher Haftungsansprüche geführt wird. In dem nicht hoch professionalisierten Handlungsfeld der Langzeitpflege trägt eine im Hinblick auf die Abwehr von Haftungsansprüchen „defensiv" geführte Dokumentation dazu bei, eine Haltung und Mentalität zu unterstützen, die sich in der Formulierung widerspiegelt: „Nicht dokumentiert = nicht gemacht!". Auch die zum Teil auf umfassende Dokumentation ausgerichteten Pflegedokumentationssysteme unterstützen dies. Diese Aussage wird in der pflegerechtlichen Literatur zunehmend in Frage gestellt und kritisiert[26]. Sie offenbart, dass die Pflegedokumentation häufig nicht primär unter professionellen Gesichtspunkten der Unterstützung und Dokumentation des Pflegeprozesses geschieht, sondern mit Blick auf zwar unwahrscheinliche, aber nicht ausgeschlossene haftungsrechtliche Auseinandersetzungen.

Auch in strafrechtlichen Verfahren können Pflegedokumentationen eine wichtige Bedeutung als Beweisquelle erlangen, wenn es um den Nachweis strafbaren Verhaltens, gegebenenfalls auch durch Unterlassen geht. Immer wieder werden in den zwar seltenen, aber durchaus in der Praxis bekannten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren zur Körperverletzung, Freiheitsberaubung oder Tötungshandlung Pflegedokumentationen angefordert, um sie als Beweismittel nutzen und einbeziehen zu können. Ihnen kann in diesem Zusammenhang auch eine wichtige Entlastungsfunktion für die Pflegeeinrichtungen zu kommen, wenn sie mit Hilfe der Dokumentation nachweisen können, dass sie fachlich korrekt gehandelt und abgewogen haben[27].

Unter strafrechtlicher Perspektive kann sich im Zusammenhang mit Haftungsfällen in der Pflege die Frage der Garantenstellung ergeben. Aus § 13 StGB werden für Pflegefachpersonen und Ärzte Garantenstellungen abgeleitet. Diese haben für die jeweils Handelnden zur Konsequenz, dass ihnen die Pflicht auferlegt wird, entsprechend den pflegerischen Erfordernissen im Rahmen mit dem Betroffenen ausgehandelten Pflegeplanes des Möglichen und Zumutbaren all

---

[25] Roth, Oliver (2013): Die Beweislastumkehr im Zivilprozess bei Pflege- und Behandlungsfehlern. Frankfurt: GRIN Verlag.

[26] Juristische Expertengruppe Entbürokratisierung der Pflegedokumentation Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht, Januar 2014.

[27] LG Konstanz, Urt. v. 29.10. 2013 AZ.: 4KS30Js7263/13 mit Kommentar Klie, Thomas (2014): Demenzkranker Bewohner wegen Tötungsdelikts schuldunfähig. In: *Altenheim* 53 (3), S. 58-59.

das zu unternehmen, was notwendig ist, um den Patienten bzw. Pflegebedürftigen vor ihm drohenden Schäden zu bewahren[28]. Dabei kann sich die Garantenstellung als Schutzfunktion zugunsten des Patienten bzw. Pflegebedürftigen aus unterschiedlichen Rechtsgründen ergeben:

- aus Gesetz
- aus tatsächlicher Verantwortungsübernahme
- aus vorangegangenen gefährlichem Tun
- aus enger Lebensbeziehung

Eine Garantenstellung aus Gesetz scheidet für Pflegefachpersonen regelmäßig aus. Sie kommt allenfalls im Zusammenhang mit öffentlich-rechtlichen Unterbringungen in Betracht. Sie besteht regelmäßig für die gesetzlichen Betreuer, soweit sich das gerichtlich angeordnete Betreuungsverhältnis auf besonders risikobehaftete, schadensgeneigte Situationen bezieht. Für die Pflege ergibt sich potenziell eine Garantenstellung aus vertraglicher oder tatsächlicher Pflichtenübernahme. Pflegefachpersonen werden im Rahmen ihrer arbeitsverträglichen Verpflichtungen Aufgaben des Schutzes bestimmter Rechtsgüter von HeimbewohnerInnen oder PatientenInnen übertragen. Die in der Pflegeprozessplanung festgelegten Maßnahmen zum Schutz von Rechtsgütern sind unter Berücksichtigung der spezifischen Aushandlungsprozesse mit den Betroffenen, fachlicher Standards und einer adäquaten Risikoeinschätzung von den Pflegefachpersonen zu ergreifen. Die Einlösung der Garantenstellung hat die Eigenverantwortung und die jeweilige Rechtsstellung des Bewohners/der Bewohnerin zu reflektieren. In der pflegerechtlichen Literatur fällt ein relativ undifferenzierter Umgang mit der Garantenstellung auf (vgl. Sträßner a.a.O.; S. 88). So finden sich Formulierungen, dass „keine Situation der Unter- und Nichtversorgung auftreten“ dürfen. Solche Positionen reflektieren nicht einen dialogorientierten und auf Aushandlung beruhenden Pflegeprozess und aus ihm abgeleitete Maßnahmen. Auch ist jeweils die Verantwortung anderer Akteure und sind die jeweiligen Rahmenbedingungen mit zu bedenken. Eine unreflektierte Betonung von Garantenstellungen erhöht eine eher fürsorglich paternalistische Haltung in der Pflege, die sich in Erwartungen an Heime, „dass nichts passiert“, zuspitzen und ein professionelles Handeln von Pflegefachpersonen erschweren. Gleichwohl kann es Situationen geben, in denen Garantenstellungen begründet werden. Dies gilt insbesondere dort, wo nur die jeweilige Pflegefachperson die Risikosituation einschätzen und beherrschen kann. Dies kann bei einem spezifischen und verdichteten Sturzrisiko der Fall sein. Eine Garantenstellung kann sich auch aus vorangegangenen Handeln ergeben, wenn etwa eine Pflegefachperson eine Fixierungsmaßnahme vornimmt und nicht die notwendigen „Kontrollen“ durchführt, die sowohl das Strangulationsrisiko oder aber das Risiko, sich auf andere Weise zu schädigen, in den Blick nimmt.[29] Dabei wird insgesamt unterschieden zwischen beherrschbaren und nicht beherrschbaren Risiken. An sich besteht nur für die beherrschbaren Risiken eine Garantenstellung respektive kann sich aus der Verletzung der Garantenstellung

[28] Vgl. Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe: Ein Leitfaden, 2006.

[29] OLG Köln in MedR 1993, 235.

ein Schadensersatzanspruch ergeben. Insofern – und dies ist für Fragen der Pflegedokumentation relevant – geht es bei einer Garantenstellung, die unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten ins Spiel gebracht wird, nicht um die Beherrschung des gesamten Pflegegeschehens und der Lebenssituation eines Heimbewohners, sondern

- um Verpflichtungen im Zusammenhang mit spezifischen Risikosituationen, für die Pflegefachpersonen entweder eine bestimmte Einschätzungskompetenz zugeordnet werden, die eine besondere Handlungsverpflichtung aus der Situation respektive der Pflegeplanung gegen sich gelten lassen müssen, oder aber
- um Risiken, die sich aus ihrem Handeln ergeben, für die sie allein Verantwortung tragen (sich aus Pflegehandlungen ergebende Zusatzrisiken).

Derartige zugespitzte Verantwortungsverdichtungen der Pflegefachpersonen können eine Garantenstellung auslösen. Die in diesem Zusammenhang relevanten Umstände und Risikoeinschätzungen gilt es, in geeigneter Weise in einer Pflegedokumentation festzuhalten.

Eine eigenständige und zunächst unabhängig von der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen bestehende Bedeutung gewinnt die Pflegedokumentation im Zusammenhang mit den Patientenrechten. Die Patientenrechte wurden im Jahre 2013 in den §§ 630 a-h BGB normiert. Die Verfolgung von Behandlungsfehlern wurde erleichtert, die Informationspflichten zur medizinischen Dokumentation intensiviert und dem Patient das Recht auf die unverzügliche Einsicht in seine Patientenakte eingeräumt. Auch wenn es sich in der stationären Pflege nicht um Patientenakten i.S.d. der §§ 630 a ff BGB handelt, ist die neue Bedeutung von Patientenrechten insbesondere mit Blick auf die intensive Kooperation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Ärzten keineswegs zu vernachlässigen. Es geht dabei zentral um den *Informed Consent* (die aufgeklärte Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung), die seit ehedem Voraussetzung der Rechtmäßigkeit medizinischer und fachpflegerischer Intervention war und ist und die 2013 durch das Patientenrechtegesetz gesetzlich geregelt wurde. Die Frage des *Informed Consent* stellt sich in der stationären Altenpflege immer wieder und alltäglich. Gerade dort, wo im Einzelfall Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen eines Patienten durchgesetzt werden sollen, eine *Adhärenz* nicht besteht, die Einsicht in Krankenbehandlung nicht vorhanden ist, muss die Frage nach der Einwilligung sowohl bei der Therapieentscheidung als auch bei bzw. vor der Durchführung von ärztlich veranlassten Behandlungsmaßnahmen, etwa Medikation, gestellt werden. Da nach Art. 12 BRK[30] die rechtliche Handlungsfähigkeit auch bei Menschen, für die

[30] Das 2006 von der UNO-Generalversammlung in New York verabschiedete Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (auch: Behindertenrechtskonvention, BRK) ist ein von 147 Staaten abgeschlossener völkerrechtlicher Vertrag, der Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert, um ihnen die gleichberechtigte Teilhabe bzw. Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Mit dem Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 21. Dezember 2008 trat die Behindertenrechtskonvention in Deutschland in Kraft (siehe Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35, ausgegeben zu Bonn am 31. Dezember 2008).

ein Betreuer bestellt wurde, unterstellt wird, wird man der Frage der Einwilligung, dem *Informed Consent* in der stationären Pflege große Bedeutung beimessen müssen, die sich auch in der Pflegedokumentation abzubilden hat. Bei Zweifeln daran, dass der Patient in die jeweilige Maßnahme einwilligt, steht das Risiko einer Zwangsbehandlung respektive eines schwerwiegenden Grundrechtseingriffes im Raum. Eine solche Situation ist in der Pflegedokumentation festzuhalten. Dabei ist entweder der Verzicht auf die an sich indizierte Maßnahme zu begründen und zu dokumentieren oder aber die Durchführung der Maßnahme ohne oder gegen den Willen des Betroffenen ist entsprechend darzulegen und zu legitimieren. Dem rechtlichen Vertreter, ggf. der Staatsanwaltschaft oder der nach Heimrecht zuständigen Behörde kann der Umgang mit der Konfliktlage mit Hilfe der Dokumentation nachvollziehbar gemacht und in ihr ggf. die Entscheidung des Betreuers oder Bevollmächtigten, ggf. des Betreuungsgerichtes festgehalten werden. Die diesbezüglichen Fragen werden in der pflegerechtlichen Literatur kaum behandelt[31]. Sie spielen aber unter dem Aspekt der Sicherung von Grund- und Menschenrechten in der Langzeitpflege eine entscheidende Rolle, die gerade im Kontext der Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen häufig gefährdet ist[32].

Die Pflegedokumentation, so lässt sich festhalten, spielt unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten heute eine zentrale Rolle. Dabei wird ihre Bedeutung nicht immer und nicht überwiegend unter den Gesichtspunkten „erzeugt“, die für die Patienten respektive auf Pflege angewiesenen Menschen zentral sind, sondern mit Blick auf Stakeholder, etwa Krankenkassen, die haftungsrechtlich Auseinandersetzungen eingehen, um etwa Behandlungskosten der Krankenhausbehandlung im Regresswege geltend zu machen. Schmerzengeldansprüche der Geschädigten spielen interessanter Weise in der Judikatur überhaupt keine Rolle. Andere, haftungsrechtlich ebenso relevante Fragen, wie die Verletzung von Patientenrechten, der Selbstbestimmung, die Nichtbeachtung des Grundsatzes des *Informed Consent* sind sowohl für die Ethik pflegerischen Handelns hochrelevant als auch für ihre Rechtmäßigkeit. Die Reflektion derartiger, menschenrechtlich problematischer und häufig dilemmatöser Pflegesituationen ist sowohl aus pflegefachlicher als auch unter juristischen Gesichtspunkten zu dokumentieren: Hier geht es um risikoreiche Pflegesituationen. Wird die Pflegedokumentation im Wesentlichen als Reflektionsmittel und Gedächtnisstütze für die Pflege verstanden und als Instrument der Sicherung einer fachgerechten Kooperation zwischen den an der Versorgung Beteiligten, ist die Dokumentation der Auseinandersetzung mit Fragen des *Informed Consent* elementar: Nur so können veranlassender (in der stationären Pflege nicht: „anordnender“[33]) Arzt (indizierte Medikation, Aufklärung, Einwilligung, „off label-Verordnung“) und Bevollmächtigter/Betreuer (Aufklärung, stellvertretende Einwilligung, alleinige Orientierung am Wohl des

---

[31] Vgl. Klie, Thomas (2013): Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Überarbeitete Ausgabe. 10. Aufl. Hannover: Vincentz Network.

32 Schulze, Jana (2011): Zur Versorgung von Demenzerkrankten mit Neuroleptika. In: Glaeske, Gerd; Schicktanz, Christel (Hg.), BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse/8. Sankt Augustin: Asgard, S. 73-88.

[33] Ein arbeitsrechtliches Anweisungsverhältnis zu Mitarbeitern von ambulanten Diensten und Heimen besteht regelmäßig nicht.

Betreuten) sowie Pflegefachpersonen (Abklärung der Rechtsmäßigkeit der Durchführung ärztlich veranlasster Behandlungsmaßnahmen, Wiedergabe der Beobachtung von Adhärenz und Wirkungen) ihrer jeweiligen Verantwortung nachkommen und die Einlösung dieser dokumentieren. Gerade hier liegen verbreitete Fehlerquellen im pflegerischen Alltag mit hohem Risikopotenzial[34]. Nur erlangen diese praktisch kaum jemals haftungsrechtliche Relevanz. Einer offenen Auseinandersetzung mit den Fragen in der Pflegedokumentation steht deren Verwertung in Aufsichts- und Qualitätssicherungszusammenhängen einerseits eher im Wege. Andererseits könnte bei Ausübung von Sachwalter-Rollen sowohl der Betreuer als auch die Kranken- und Pflegekassen und FQA bzw. Heimaufsicht für die Wahrung von Menschenrechten die Forderung nach Dokumentation derart dilemmatöser Pflegesituationen einen Beitrag zur Sensibilisierung für Fragen des *Informed Consent* leisten[35].

Die Formulierung: „Wer aus Haftungsangst fixiert, handelt nicht professionell“[36] deutet die Problematik an, die sich daraus ergibt, dass der Pflegedokumentation in haftungsrechtlichen Zusammenhängen eine Beweisfunktion zugeschrieben wird, die ihr in ihrer ursprünglichen und Professionalität sichernden Funktion so nicht zukommen sollte und in der forensischen Praxis mangels Aussagekraft auch nicht zukommt. Eine entsprechende Beweisfunktion für die Wahrung von Freiheits- und Menschenrechten von auf Pflege angewiesenen Menschen kommt der Pflegedokumentation in der Praxis nicht zu. Nach dem aus dem Risk-Management bekannten Konzept der Stakeholdertoleranz[37] werden von Organisationen die Risiken hoch bewertet und berücksichtigt, denen gegenüber Stakeholder eine niedrige Toleranz besitzen, bei denen sie ihre Rechtsansprüche routineweise geltend machen (müssen) oder öffentlich problematisieren, skandalieren und/oder sonstige Sanktionen zu befürchten sind. Die Risiken, deren Realisierung keine Reaktion von Stakeholdern auslöst, werden eher vernachlässigt, da kaum ein Schadenseintritt i.S.d. Geltendmachung von Ansprüchen befürchtet werden muss. Dies gilt etwa regelmäßig für die Verletzung der Einwilligung in die ärztliche Medikation, vor allem bei den verbreiteten Neuroleptika. So scheint auch die haftungsrechtliche Relevanz der Pflegedokumentation zu „funktionieren“: Es wird aus haftungsrechtlichen Gesichtspunkten das dokumentiert, was zur Abwehr von für wahrscheinlich gehaltenen Regressansprüchen notwendig sein könnte. Die ggf. für die Betroffenen schwerer wiegenden Risiken, die nur eine latente oder theoretische Haftungsrelevanz entfalten, werden auch in der Dokumentation vernach-

---

[34] Vgl. Klie, Thomas (2013): Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Überarbeitete Ausgabe. 10. Aufl. Hannover: Vincentz Network.

[35] Vgl. zu Bedeutung des Haftungsrechts für die professionelle Pflege, Klie a.a.O. S. 50 f.

[36] Klie, Thomas (2013): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Das Bündnis fordert: Maßgeschneiderte Leistungen für Pflegebedürftige – Selbstbestimmte und qualitativ hochwertige Pflege in allen Bereichen. Online verfügbar unter http://www.buendnis-fuer-gute-pflege.de/pflege-beduerftige/ .

[37] Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas; Nirschl, Monika (Hg.) (2006): Risiko-Management in der stationären Pflege. Ein Leitfaden zu Methodik und Praxis im Umgang mit Pflegerisiken. Ergebnisse des Theorie-Praxis-Projekts Risiko-Management in der stationären Pflege, des Kuratoriums Wohnen im Alter und des Arbeitsschwerpunktes Gerontologie & Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (vorgestellt, 76). Online verfügbar unter http://www.worldcat.org/oclc/633888645.

lässigt – und dies selbst dann, wenn sie unter professionellen, ethischen und menschenrechtlichen Gesichtspunkten besonders maßgeblich sind.

3.1.1.2 Berufsrecht

Das Berufsrecht der professionellen Pflege ist in Deutschland hinsichtlich der Berufsausübung wenig kodifiziert[38]. Üblicherweise wird in der pflegerechtlichen Diskussion zwischen dem direkten und indirekten Berufsrecht unterschieden[39]. Zum direkten Berufsrecht gehört in jedem Fall das Recht der Ausbildung, das für die Pflegeberufe bundeseinheitlich kodifiziert wurde. Es enthält Aussagen zur Pflegedokumentation. Sowohl im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als auch im Altenpflegegesetz sind direkte oder implizite Verpflichtungen enthalten, das Thema Pflegedokumentation zu einem verbindlichen Ausbildungsinhalt zu erheben. Auch in den Ausbildungszielen finden sich Hinweise darauf, dass Pflegefachpersonen in die Lage versetzt werden sollen, eine Pflegeplanung zu dokumentieren und zu evaluieren. Aus den Ausbildungszielen und den Ausbildungsinhalten des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sowie des Altenpflegegesetzes lässt sich entnehmen, dass eine dem Pflegeprozess dienende Pflegedokumentation zu den unverzichtbaren Bestandteilen der Qualifikation von Pflegefachkräften gehört und dies sowohl im theoretischen wie als auch im praktischen Teil der Ausbildung [40]. Nähere Spezifizierungen hinsichtlich der Inhalte und der Art und Weise der Pflegedokumentation ergeben sich „naturgemäß“ nicht aus den gesetzlichen Regelungen, sondern aus den fachlich-professionellen Anforderungen, die an eine Dokumentation zu stellen sind. Fachliche Standards werden nicht gesetzlich ausformuliert, sondern vorausgesetzt.

Neben dem Berufsausbildungsrecht sind Regelungen zur Berufsausübung von besonderer Relevanz. Sie sind etwa für die klassischen Professionen wie die der Ärzte und Anwälte bekannt und sehr differenziert ausformuliert. Dies gilt für die Pflegeberufe so nicht. Immerhin wurde inzwischen eine Reihe von landesrechtlichen Berufsordnungen für Pflegeberufe verabschiedet. Das gilt etwa für das Bundesland Bremen: Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 4.2.2011. Bremen hat eine Pionierrolle in der Kodifizierung von Berufsordnungen für die Pflegeberufe eingenommen. In der Berufsordnung finden sich dezidierte Verpflichtungen hinsichtlich der Dokumentation, so etwa im § 5 Berufsordnung Bremen: Die professionell Pflegenden haben danach ihre eigenverantwortliche Pflegetätigkeit in strukturierter Form zu dokumentieren. Dabei sollen standardisierte Dokumentationssysteme Verwendung finden. Die Dokumentationen haben nach der Berufsordnung *vollständig* und *unverzüglich*, leserlich und *fälschungssicher signiert* zu erfolgen. Dabei soll das Dokumentationssystem allen am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Angehörigen, eigene und andere Berufsgruppen im Rah-

---

[38] Vgl. Klie, Thomas (2011): Rechtliche Rahmenbedingungen: Auf dem Weg zum Pflegerecht. In: Doris Schaeffer und Karl Wingenfeld (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuausgabe. Weinheim, München: Juventa Verlag, S. 249-260.

[39] Vgl. Igl, Gerhard (2008): Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. Voraussetzungen und Anforderungen, Kiel.

[40] Vgl. § 3 Abs. 2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Verbindung mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sowie § 4a Altenpflegegesetz in Verbindung mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

men des Pflege- und Betreuungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen zugänglich sein. Die Berufsordnung Bremen sieht wie die anderer Länder auch ein Einsichtsrecht der zu Pflegenden und zu betreuenden Menschen vor. Auch wird diesen das Recht eingeräumt, Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten verlangen zu können. Berufsordnungen für Pflegeberufe finden sich nicht in allen Bundesländern, aber doch in einer ganzen Reihe. Neben Bremen etwa Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen. In Bayern existiert derzeit keine Berufsordnung für Pflegeberufe. Entsprechende Bemühungen der Landesregierung waren in der Vergangenheit gescheitert.

Die Regelungen in den Berufsordnungen zeichnen sich durch die Formulierung von recht umfangreichen Dokumentationsverpflichtungen aus, die hinsichtlich der Erforderlichkeit, aber auch mit Blick auf datenschutzrechtliche Belange wenig „differenziert" ausgestaltet erscheinen. Insofern lässt sich unter berufsrechtlichen Aspekten festhalten, dass sowohl das Berufsausbildungs- als auch, soweit vorhanden, das Berufsausübungsrecht eine Dokumentationspflicht kennt, die allerdings wenig differenziert und die Anforderungen aus anderen Rechtsgebieten wenig reflektierend formuliert wird.

Maßgebliche berufsrechtliche Regelungen hinsichtlich der Dokumentationsverpflichtung von Pflegefachpersonen ergeben sich aus dem indirekten Berufsrecht, das heißt insbesondere aus Regelungen aus dem Ordnungs- und Sozialrecht, in denen Pflegefachpersonen weitergehende Verpflichtungen zur Führung einer Pflegedokumentation auferlegt werden (s. dort).

3.1.1.3 Sozialrecht

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen erbringen Sachleistungen für die Leistungsträger, die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung. Sie sind zum Teil auf der Basis des SGB XI, überwiegend spezifiziert durch untergesetzliche Normierungen, zur Führung einer Pflegedokumentation verpflichtet.

Für die stationäre Pflege ergeben sich entsprechende Verpflichtungen aus den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualitätssicherung gemäß § 113 SGB XI sowie den Rahmenvereinbarungen gemäß § 75 SGB XI.

Die gemeinsame Selbstverwaltung ist verpflichtet als Bestandteil der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen zu regeln, § 113 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 SGB XI[41]. Dies ist bislang noch nicht geschehen. Faktisch werden die sozialrechtlichen Anforderungen an die Dokumentation durch Prüfrichtlinien und Transparenzvereinbarungen bestimmt. Die sog. Pflegenoten beruhen heute ganz wesentlich auf der Bewertung der Pflegedokumentation: Pflegequalität ist gleich Qualität der Pflegedokumentation. Diese durch untergesetzliche Normierungen und die Prüfpraxis provozierte Dokumentationslastigkeit widerspricht der aktuellen Rechtslage gem. § 114 a Abs. 3 SGB XI, nach der die Dokumentation

[41] Vgl. Bachem/Klie in: LPK SGB XI § 113 Rz 14.

auf das notwendige Maß zu begrenzen ist und eine Verengung der Prüfung auf die Pflegedokumentation unzulässig ist.

Maßgeblich für die Vorgaben für den Umfang der Pflegedokumentation sind ebenfalls die Regelungen in den Rahmenverträgen gem. § 75 SGB XI. Hochproblematisch sind in diesem Zusammenhang auch die Regelungen im bayerischen Rahmenvertrag gem § 75 Abs. 2 SGB XI: Hier wird verlangt, dass jederzeit der Stand und der „lückenlose Verlauf des Pflegeprozesses" aus der Dokumentation ablesbar sein muss.

Unabhängig von den Regelungen in den §§ 113 ff SGB XI im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen ergibt sich die Verpflichtung zur fachgerechten Führung der Pflegedokumentation der jeweils verantwortlichen Pflegefachkraft gemäß § 71 SGB XI. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Aus ihr heraus sollen das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten sein. Es finden sich Aufbewahrungsfristen, die eine fünfjährige Aufbewahrung vorsehen. In der inhaltlichen und fachlichen Ausrichtung hat sich die Pflegedokumentation jeweils an dem Pflegeprozess zu orientieren und im Wesentlichen die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, den Pflegebericht sowie Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln sowie Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen zu enthalten.[42]

Im Sozialleistungsrecht kommt der Pflegedokumentation eine multiple Funktion zu, wie sich aus den Ausführungen bereits ergibt und sie dient damit unterschiedlichen Zwecken:

1. Mit der Pflegedokumentation und der Verpflichtung, eine solche zu führen, werden die Leistungserbringer und die in ihnen tätigen, verantwortlichen Pflegefachkräfte dazu angehalten, ihre eigenen fachlichen Standards hinsichtlich der Gestaltung und der Evaluation des Pflegeprozesses einzuhalten. Insofern werden in den Qualitätsmaßstäben, in den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualitätssicherung, professionelle und berufsrechtliche Standards in Bezug genommen. Die BewohnerInnen von stationären Pflegeeinrichtungen und die Klienten von ambulanten Diensten in der häuslichen Versorgung haben Anspruch auf eine state-of-the-art-Pflege. Zu dieser gehört heute auch, dass der entsprechende Pflegeprozess fachgerecht dokumentiert wird.

2. Die Pflegedokumentation dient im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben der Landesverbände der Pflegekassen, durchgeführt durch den MDK, dazu, die Qualität der in den Einrichtungen erbrachten Leistungen zu kontrollieren und zu überprüfen. Die Pflegedokumentation wurde insbesondere im Zusammenhang mit der QPR und den Pflegeprüfverordnungen für den ambulanten und stationären Bereich zum

[42] Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012.

zentralen Bezugspunkt der Bewertungen der Qualität der Pflege und anderen im Rahmen der Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen. Auch die Pflegenoten beziehen sich ganz wesentlich auf die dokumentierte Pflege. Insofern hat die Pflegedokumentation eine völlig eigenständige Bedeutung im Zusammenhang mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen und auf ihnen basierenden Transparenzverfahren mit den sogenannten Pflegenoten erhalten. In der QPR, in den Rahmenverträgen, werden die faktische Verbindlichkeit der Dokumentationsverpflichtungen und ihr Ausmaß bestimmt. Die Kritik an der fachlichen Seriosität der QPR ist bekannt. Trotz dieser hält die gemeinsame Selbstverwaltung an den Dokumentationsverpflichtungen fest.

3. Durch die den Pflegekassen zugeschriebene Sachwalter-Rolle für die Wahrnehmung der Interessen der BewohnerInnen und der Klienten von ambulanten Diensten kommt der Pflegedokumentation darüber hinaus die Bedeutung zu, dass etwaige Pflegemängel und die Verantwortlichkeit für sie, die zur Entgeltminderung berechtigen können, § 115 Abs. 3 SGB XI, herangezogen werden. Mittelbar dient die Pflegedokumentation in diesem Kontext auch dazu, den BewohnerInnen die Möglichkeit einzuräumen, zu überprüfen, ob die ihnen gegenüber geschuldeten Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden – ein Recht, das sich im Wesentlichen aus dem zivilrechtlichen Vertragsverhältnis mit den jeweiligen Pflegeheimen respektive ambulanten Diensten ergibt.
4. Weiterhin kommt der Pflegedokumentation gemäß den §§ 104, 105, 120 SGB XI die Funktion zu, Leistungen, die gegenüber der Pflege- oder Krankenkasse erbracht wurden, zu dokumentieren. Auf diese Weise sollen Kranken- und Pflegekassen überprüfen können, ob die Leistungen auch vollständig erbracht und zu Recht abgerechnet wurden. Diese Regelungen, die insbesondere für den ambulanten Bereich ihre Relevanz entfalten, geben den Leistungsträgern die Handhabe, einem etwaigen Leistungsbetrug oder einer ungerechtfertigten Abrechnung von Leistungen nachzugehen. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege gem § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V enthalten keine Spezifizierung hinsichtlich der Dokumentationspflichten.
5. Manche Kassen verlangen als gesonderte Anforderung den Nachweis in der Pflegedokumentation, dass besondere, aktivierende und rehabilitative Maßnahmen ergriffen wurden, um die Rückstufung eines Bewohners in eine niedrige Pflegestufe zu errei-

chen. Hier wird die Dokumentation als Nachweis herangezogen, um eine Sonder- oder Kompensationsleistung zu gewähren, § 87 a Abs. 4 SGB XI[43].

6. Schließlich kann die Pflegedokumentation, so sie elektronisch erfolgt, auch statistischen Zwecken dienen, um typische Behandlungs- oder Pflegeverläufe auswerten zu können und auf diese Weise Vergleichsdaten über den Verlauf, etwa von Pflegebedürftigkeitskarrieren, zu erhalten. Entsprechende Nutzungen sind für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung noch nicht etabliert, jedoch für den Bereich der Krankenversicherung.

Diese unterschiedlichen Zwecke, denen die Pflegedokumentation dient, werfen sowohl datenschutzrechtlich eine Reihe von Fragen auf. Sie führen zudem zu Problemen in der Bestimmung des notwendigen Inhalts der Pflegedokumentation.

3.1.1.4 Ordnungsrecht

Das Ordnungsrecht dient der Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Auch die Gefährdung von Grundrechten, wie das Recht auf Leben und Gesundheit von auf Pflege angewiesenen Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit respektive in vorstationären Pflegeeinrichtungen, berührt die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Zum Schutz der BewohnerInnen von Heimen werden in dem jeweiligen Landesheimrecht ordnungsrechtliche Vorkehrungen getroffen und Aufsichtsmaßnahmen vorgeschrieben und vorgesehen. Sie kennen immer auch bestimmte Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten. Spezifische Risiken für die öffentliche Sicherheit und Ordnung im Kontext der Begleitung von Menschen mit Unterstützungsbedarf ergeben sich aus dem Infektionsschutz-, aus dem Betäubungsmittel- und gegebenenfalls aus dem Arzneimittelrecht: Jeweils ordnungsrechtlich relevante Gesetze für die Pflege, aus denen sich ja auch spezifische Dokumentationspflichten ableiten lassen.

3.1.1.5 Heimrecht

Mit der Föderalismus-Reform 2006 wurde das Heimrecht hinsichtlich der Gesetzgebungskompetenz, soweit es die ordnungsrechtliche Seite betrifft, auf die Länder übertragen. Die Länder haben inzwischen alle von ihrem Gesetzgebungsrecht Gebrauch gemacht, so auch der Freistaat Bayern mit dem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz vom 8. Juli 2008 (PfleWoqG). Das Gesetz dient der Sicherung der Würde und der Interessen und Bedürfnisse pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen als BewohnerInnen stationärer Einrichtungen und sonstiger Wohnformen im Sinne des bayerischen Heimrechtes. Es sieht an verschiedenen Stellen Dokumentationsverpflichtungen im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Pflegeaufgaben vor. So schreibt Art. 3 Abs. 2 Ziffer 8 PfleWoqG vor, dass der an der Person des Pflegebedürftigen orientierte Pflegeprozess umgesetzt und dessen Verlauf aufgezeichnet wird. In Ziffer 10 heißt es, dass für die BewohnerInnen Förder- und Hilfepläne aufgestellt und aufgezeichnet werden. Im Art. 7

[43] Klie, Thomas (2014): Den Anerkennungsbetrag gibt's nur bei zusätzlichen Maßnahmen. In: *Altenheim* 53 (5), S. 32-33.

werden die Träger allgemein verpflichtet, eine ordnungsgemäße Buch- und Aktenführung vorzunehmen. Diese dient gemäß Art. 11 PfleWoqG im Rahmen der Qualitätssicherung der Ermöglichung von Aufsichtsmaßnahmen: Den zuständigen Behörden ist die Einsicht und die Aufzeichnung ebenso gestattet wie nach entsprechender Zustimmung durch die BewohnerInnen der Einblick in die Pflegedokumentation. Im Einzelnen ergeben sich die Verpflichtung zur Dokumentation aus der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes vom 27. Juli 2011. Gemäß § 48 AVPfleWoqG sind die Einrichtungen verpflichtet, die Pflegeplanung und die Pflegeverläufe für pflegebedürftige BewohnerInnen aufzuzeichnen. Das gleiche gilt für das Ergreifen freiheitsbeschränkender und -entziehender Maßnahmen, die Überprüfung von deren Notwendigkeit sowie die Angabe des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen. Auch hinsichtlich des Erhalts, der Aufbewahrung und Verabreichung von Arzneimitteln finden sich spezielle Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten in der zum PfleWoqG erlassenen Verordnung. Dezidierte Spezifizierungen hinsichtlich des Umfanges und des Detaillierungsgrades der Pflegedokumentation sind dem bayerischen Heimrecht nicht zu entnehmen. Die Anforderungen des Heimrechts haben sich auch auf den Zweck des Gesetzes, die Abwehr von Gefahren für die Sicherheit der BewohnerInnen zu beschränken. Auch ist das Heimrecht an die engen Voraussetzungen des Datenschutzrechtes und die dort geltenden Prinzipien gebunden.

Aus der zivilrechtlichen Seite des Heimrechtes, dem WBVG, ergeben sich keine spezifischen Dokumentationspflichten, auch wenn sie an der einen oder anderen Stelle vorausgesetzt werden. Die in besonderer Weise mit potentiellen Rechtsgutverletzungen von BewohnerInnen assoziierten freiheitsentziehenden Maßnahmen sind bei den Dokumentationspflichten in nachvollziehbarer Weise besonders hervorgehoben.

3.1.1.5.1 Weitere ordnungsrechtliche Vorgaben für die Pflegedokumentation

Weitere ordnungsrechtliche Vorgaben für die Pflegedokumentation ergeben sich zum einen aus dem BtMG. Dort schreibt §§ 13 Abs. 2 BtMG Aufzeichnungen über den Verbleib und den Bestand von Betäubungsmitteln vor. Auch das Infektionsschutzgesetz sieht für Gemeinschaftseinrichtungen spezifische Aufzeichnungspflichten vor, etwa hinsichtlich der Meldung von Personen, die an einer meldepflichtigen Erkrankung erkrankt sind, §§ 33ff IfSG. Die diesbezüglichen Dokumentationspflichten beziehen sich aber nicht auf die Pflegedokumentation direkt, sondern sehen die Aufzeichnung in gesonderten Formularen oder Meldebögen vor.

Dokumentationspflichten können sich auch aus dem Medizinproduktegesetz ergeben, so Medizinprodukte eingesetzt werden. Besondere Verpflichtungen ergeben sich bei Zwischenfällen, etwa aus § 2 MPSV: Hiernach sind Vorkommnisse über eine Funktionsstörung, über einen Ausfall oder einen Defekt des Medizinproduktes, das mit einer Personengefährdung verbunden ist, durch den Hersteller, Anwender oder Betreiber über die Ausgabestelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu melden. Korrespondierend zu der Meldung sind die Vorkommnisse in der Pflegedokumentation zu notieren.

3.1.1.5.2 Zusammenfassung

Es lässt sich festhalten, dass insbesondere die heimrechtlichen Vorschriften Verpflichtung zu einer Pflegedokumentation im Sinne Pflegeprozessplanung und der Aufzeichnung des Pflege-

prozesses kennen, ohne diese näher zu spezifizieren. Allesamt dienen diese Regelungen der Kontrolle einer ordnungsgemäßen Pflege und der Möglichkeit, gegebenenfalls ein Unterlassen und sich aus der Pflegeprozessplanung ergebenden Gefährdung der Grund- und Menschenrechte der BewohnerInnen zu erkennen oder nachweisen zu können.

3.1.1.6 Datenschutzrecht

In der Pflegedokumentation werden jeweils personenbezogene Daten aufgezeichnet, genutzt und weitergegeben. Unabhängig davon, ob die Pflegedokumentation handschriftlich, in Papierform oder elektronisch geführt wird, unterliegen die Daten oder die Informationen dem Datenschutz. Dabei ist hinsichtlich der Anwendung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften zu differenzieren: Während in einem gewerblichen und in der überwiegenden Zahl von freigemeinnützigen Trägern das Bundesdatenschutzgesetz mit seinen Datenschutzregelungen Anwendung findet, gelten für die Einrichtungen der Caritas und der Diakonie jeweils die kirchlichen Datenschutzgesetze, die ihren Anwendungsbereich auch auf die Einrichtungen von Diakonie und Caritas entfalten. Sie sind in ihren Regelungen hinsichtlich des Datenschutzes im Kontext der Erbringung von Pflegeleistungen jedoch weitgehend identisch. Neben dem staatlichen respektive kirchlichen Datenschutzrecht ist der Sozialdatenschutz nach dem SGB I, X und XI zu beachten. Die Regelungen des Sozialdatenschutzes regeln im Wesentlichen den Datentransfer im Zusammenhang mit dem Austausch von Datenträgern im Sozialleistungsrecht und in Fragen des Leistungserbringungsrechtes, somit auch bezogen auf die durchzuführenden Qualitätsprüfungen. Neben weiteren bereichsspezifischen Datenschutzregelungen, die sich etwa aus dem Infektionsschutzgesetz ergeben, sind für die ambulante und stationäre Pflege von besonderer Bedeutung berufsrechtliche Datenschutzregelungen. Pflegekräfte, aber auch Sozialarbeiter, die in ambulanten Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen arbeiten, unterliegen der beruflichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Die berufliche Schweigepflicht kann ihre Bedeutung und Wirkung auch innerhalb von Institutionen entfalten. Schließlich obliegt den MitarbeiterIinnen eine Verschwiegenheitsverpflichtung gegenüber ihren Arbeitgebern. Diese schützt sowohl die Klienten ambulanter Dienste sowohl die BewohnerInnen von stationären Pflegeeinrichtungen als auch die Integritätsinteressen und Betriebsgeheimnisse und schutzwürdigen der jeweiligen Arbeitgeber.

Das deutsche Datenschutzrecht hat sich an den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Datenschutz zu orientieren. In dem bekannten Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 1987[44] ergibt sich das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Dieses gilt nicht schrankenlos, ist aber bei der Ausgestaltung des einfachen Rechtes und insbesondere in der Rechtspraxis und vor allem dort streng zu beachten, wo es um besonders schutzwürdige und sensible Daten der BürgerInnen geht. Zweifelsohne handelt es sich um solche Datensätze in der Pflegedokumentation. Sie enthalten intime Informationen über den Gesundheitsverlauf, das Verhalten, Präferenzen, gegebenenfalls sogar biografische Daten. Das Datenschutzrecht wird bestimmt und strukturiert durch allgemein geltende Prinzi-

[44] BVerfG, Urt. v. 15.12.1983 AZ: 1 BvR 209, 269, 362, 420, 440, 484/83.

pien[45]. Hierzu gehört zum einen der *Erforderlichkeitsgrundsatz*. So dürfen nur die Daten, eine gesetzliche Ermächtigung oder eine privatrechtliche Einwilligung vorausgesetzt, erhoben, gespeichert und genutzt werden, die für die Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung oder einer vertraglichen Obliegenheit erforderlich sind. Dies gilt hinsichtlich der Erhebung, der Speicherung und der Nutzung sowie der Aufbewahrung der Daten. Die Datenspeicherung auf Vorrat widerspricht ebenso dem Erforderlichkeitsgrundsatz wie die Speicherung von Daten, die keinen unmittelbaren Bezug zu dem gesetzlichen oder vertraglichen Auftrag oder der jeweils einzulösenden Verpflichtung aufweisen. Die Erforderlichkeit setzt die Eignung der Daten für die Erfüllung der jeweiligen Verpflichtung oder Verfolgung des Zweckes voraus. Neben dem *Erforderlichkeitsgrundsatz* gilt als zweiter wesentlicher Grundsatz der der *Zweckbindung*. Daten dürfen nur zu dem Zweck gespeichert und genutzt sowie weitervermittelt werden, zu dem sie in berechtigter Weise erhoben wurden. Daten, die etwa im Zusammenhang mit der Beantragung von Sozialleistungen erhoben und gespeichert werden, dürfen nicht ohne weiteres genutzt werden, wenn es um die Gestaltung des jeweiligen Hilfeprozesses oder der Pflege dienen. Daten, die zur Reflektion des Pflegeprozesses erhoben werden, verfolgen einen anderen Zweck als die Datenerhebung und Dokumentation im Zusammenhang mit dem Nachweis der Leistungserbringung. Insofern schlagen hier die unterschiedlichen Zwecke, die mit einer Pflegedokumentation verfolgt werden, datenschutzrechtlich durch. Im Datenschutzrecht der Jugendhilfe etwa werden auch aus diesen Gründe unterschiedliche Dokumentationen respektive Akten geführt, in denen differenziert wird zwischen einem Datensatz, in dem der Hilfeprozess nachvollzogen werden kann, einem Datensatz, in dem es im Wesentlichen um Fragen der Leistungsabrechnung und der Dokumentation ordnungsgemäß erbrachter Sozialleistungen geht und schließlich Daten, die der Schweigepflicht von Ärzten respektive Pflegekräften und Sozialarbeitern unterliegen[46]. Von einer solchen Differenzierung sind die gängigen Dokumentationssysteme in der Regel weit entfernt. Eine gesetzliche Ermächtigung unterschiedliche Zwecke in der Pflegedokumentation miteinander zu verbinden besteht nicht ohne weiteres. Hierzu wäre gegebenenfalls die informierte Einwilligung der Klienten von ambulanten Diensten respektive der BewohnerInnen von Pflegeheimen erforderlich. Diesen Umstand reflektieren die Anforderungen an die Qualitätsprüfung durch den MDK, die die Einsicht in die Pflegedokumentation im Rahmen von Qualitätsprüfungen von der Einwilligung der Bewohner respektive Klienten abhängig macht. Deren formularmäßige Einholung bei der Bewilligung von Pflegeleistungen begegnet allerdings erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken. Die in Berufsordnungen der Pflegeberufe niedergelegten Dokumentationspflichten reflektieren die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Pflegedokumentation ebenfalls unzureichend. Dies gilt insbesondere dort, wo allen an der Pflege Beteiligten das Einsichtsrecht in die Pflegedokumentation zugestanden wird. Es kann keinesfalls davon ausgegangen werden, dass es im Interesse der BewohnerInnen respektive der Klienten liegt, dass alle letztlich hochsensiblen und intimen Daten über Ausscheidungsverhalten, Sozialverhalten, biografische Daten allen am Pflegeprozess Be-

[45] Mörsberger, Thomas (1985): Verschwiegenheitspflicht und Datenschutz. Ein Leitfaden für die Praxis der sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

[46] Stadt Essen; Jugendamt (Hg.) (2004): Aktenführung und Methodisches Arbeiten in den Sozialen Diensten. Online verfügbar unter
http://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/51/Aktenf_hrung_2004.pdf.

teiligten ohne sein weiteres Wissen und seine spezifische Einwilligung zugänglich gemacht werden. Insbesondere die Sammlung von biografischen Daten in sogenannten Biografiebögen, die keinen unmittelbaren Bezug zur Pflegehandlung aufweisen, müssen datenschutzrechtlich in besonderer Weise problematisiert werden. Sie gehören heute zum Standard der Pflegeheime, werden von Aufsichtsbehörden verlangt, ohne dass datenschutzrechtliche Fragen reflektiert werden. Der Ansatz der „Ganzheitlichkeit" wird als Legitimation offenbar für ausreichend gehalten. Durch die umfassende Information aller am Pflegeprozess Beteiligten wird das informationelle Selbstbestimmungsrecht des jeweiligen Bewohners oder der Bewohnerin in massiver Weise tangiert. Ein allgemeiner Versorgungsauftrag legitimiert nicht zu einer umfassenden und unterschiedlichen Zwecken dienenden Datenerhebung, -speicherung, -nutzung und –weiterleitung.

Ein weiterer tragender Grundsatz des Datenschutzrechtes ist das Prinzip der *informationellen Gewaltenteilung*[47], die auch innerhalb von Institutionen Geltung beansprucht. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die Verfolgung spezifischer Zwecke bei der Datenerhebung und –nutzung auch innerorganisatorisch und innerhalb der öffentlichen Verwaltung gewahrt bleibt. So bedarf es etwa einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung, Daten, die im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung überprüft wurden, auch für die Überprüfung der Leistungsabrechnung heranzuziehen. Auch verletzt es das Prinzip der informationellen Selbstbestimmung, wenn innerhalb von Institutionen Pflegedokumentation allen Abteilungen einer Einrichtung zugänglich gemacht werden. So ist es für die Aufgabenerfüllung der Verwaltung eines Pflegeheimes im Zusammenhang mit der Abrechnung von Pflegesätzen nicht erforderlich, Einblick in die Pflegedokumentation zu nehmen. Auch widerspricht es dem Grundsatz der Erforderlichkeit im Rahmen der informationellen Gewaltenteilung, wenn Pflegekräfte über die wirtschaftliche Situation der BewohnerInnen Kenntnisse erlangen, ohne dass diese ihnen von dem Bewohner selbst oder Bevollmächtigten bekannt gemacht und anvertraut werden. Schließlich gilt Gedanke der informationellen Gewaltenteilung auch und gerade bezogen auf besonders schutzwürdige Daten im Zusammenhang mit der Ausübung von Helferberufen und der ihnen obliegenden Schweigepflicht, die auch nicht vollständig aufgehoben wird, wenn die Versorgung in einem institutionellen Kontext erfolgt. Das dem jeweiligen Arzt oder einer Pflegefachperson, einem Pfarrer oder Sozialarbeiter anvertraute Geheimnis, etwa über die persönliche Lebenssituation, über Ängste, über Suizidabsichten, über Krisen können dem einzelnen Professionellen persönlich anvertraut sein, ohne dass dieser unmittelbar berechtigt und verpflichtet wäre, die ihm so anvertrauten Daten zu dokumentieren und anderen MitarbeiterInnen kundzutun. Das personale Vertrauensverhältnis wird durch die berufsbezogene Schweigepflicht gem. § 203 StGB geschützt. Auch wenn regelhaft davon auszugehen ist, dass die BewohnerInnen damit einverstanden sind, dass personenbezogene Daten, die bedeutsam für die Gestaltung des Pflegeprozesses im Arbeitszusammenhang sind, kursieren, muss ihnen weiterhin die Möglichkeit bleiben, sich in individueller Not auch einzelnen Pflegefachpersonen, Pfarrern, Sozialarbeitern persönlich anzuvertrauen. Ihnen obliegt im Rahmen ihrer sonstigen Berufspflichten die Wah-

[47] Grundlegend Schlink, Bernhard (1986): Das Recht der Informationellen Selbstbestimmung. In: *Der Staat* 25, S. 233-250.

rung der Schweigepflicht auch innerhalb ihrer Organisation, soweit nicht im Einzelfall eine Pflicht zur Weiterleitung, etwa zur Abwendung drohender erheblicher Gefahren für den einzelnen Bewohner oder die Bewohnerin geboten erscheint.

Das Datenschutzrecht, das sollten die Ausführungen deutlich machen, ist dazu in der Lage, den Umgang mit der Pflegedokumentation, ihre Gestaltung, die Öffnung von Nutzungsmöglichkeiten zu reflektieren. Es steht prinzipiell dem Anspruch einer umfassenden Dokumentation aller erbrachten Leistungen und Dokumentation von Beobachtungen entgegen. Wie problematisch die umfassende Dokumentation, die (scheinbar) umfassende Dokumentation von Pflegeprozessen sein kann, wurde in der Studie „Dokumentierte Pflege“[48] deutlich. Durch die Führung der Pflegedokumentation und deren Nutzung als wesentliches Informationsmittel werden die Bilder von pflegebedürftigen Menschen ganz wesentlich geprägt und erfolgt eine häufig kaum würdeverträgliche, in der Wahrnehmung eher demütigende Fokussierung von Defiziten, die eine auf den ganzen Menschen bezogene Wahrnehmung erschwert bis unmöglich macht.

3.1.2 Rechtsfragen aus der Perspektive der Beteiligten

Die Bedeutung der Pflegedokumentation und der jeweils relevante rechtliche Hintergrund für die Anforderungen an die Pflegedokumentation stellen sich aus der Perspektive der an der Pflege Beteiligten in der stationären und ambulanten Langzeitpflege unterschiedlich dar. Auch sind die Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation unterschiedlich ausgerichtet.

3.1.2.1 Perspektive: BewohnerIn /„Pflegekunde“

Im Wesentlichen dient die Pflegedokumentation der Gewährleistung einer fachgerechten und den Präferenzen des auf Pflege angewiesenen Menschen entsprechenden Pflege. Er kann sich an Hand der etwa im bayerischen Pflegewohnqualitätsgesetz verpflichtend vorgesehenen Verschriftlichung der Pflegeplanung und des Pflegeprozesses vergewissern, ob das mit ihm Ausgehandelte auch zur Grundlage der ihm angebotenen Pflegeleistungen gemacht wurde. Auch kann er den Pflegeprozess durch die Dokumentation nachvollziehen respektive nachvollziehen lassen, soweit er eine Person seines Vertrauens oder einen Bevollmächtigten oder Betreuer mit dieser Aufgabe betraut und die Pflegedokumentation insofern aussagekräftig ist: Tatsächlich spielt allerdings die verschriftlichte Pflegeplanung und Pflegedokumentation für den auf Pflege angewiesenen Menschen in der stationären Pflege eine nachgeordnete Rolle. Das Pflegegeschehen ist in eine alltägliche und vertrauensgeprägte Interaktion eingebunden. Die Kontrolle der Pflegedokumentation hinsichtlich der Erbringung von Leistungen, die verabredet wurden, ist in der Lage, das interaktionsgeprägte Pflegegeschehen und die Vertrauensbeziehung zu irritieren. Dies stellt sich dort etwas anders dar, wo wie im ambulanten Bereich Einzelleistungen abgerechnet und diese dem „Pflegekunden“ in Rechnung gestellt werden. Hier bietet, zumindest soweit es sich um vom „Pflegekunden“ selbst zu zahlende Leistungen anbelangt, die Dokumentation der Leistungen eine nachvollziehbare Grundlage für die Überprüfung

[48] Klie, Thomas; Rapp, Beate; Riedel, Annette (1994): Dokumentierte Pflege. Eine Studie zur Pflegedokumentation im Heim. Manuskripte zur sozialen Gerontologie und Altenpflege, Bd. 4. Stuttgart: Evang. Heimstiftung e.V.

der Berechtigung der jeweiligen Entgeltforderungen. Aus der Sicht des Patienten bzw. des auf Pflege angewiesenen Menschen stellt sich jeder Eintrag in die Pflegedokumentation potenziell als Eingriff in seine informationelle Selbstbestimmung dar. Die Veröffentlichung höchst privater Umstände seiner Lebenssituation, deren Dokumentation und gegebenenfalls Weiterleitung an andere an dem Pflegearrangement Beteiligte, offenbart eine höchst private Lebenssituation und gibt Einblick in die psychischen und physischen Befindlichkeiten und Vorgänge des Bewohners respektive des „Pflegekunden“ in seiner eigenen Häuslichkeit. Es kann keineswegs davon ausgegangen werden, dass auf Pflege angewiesene Menschen damit einverstanden sind, dass diese Daten allen zugänglich gemacht werden, die am Pflegeprozess beteiligt sind, soweit sie diese nicht unbedingt benötigen, um die ihnen jeweils übertragenen Aufgaben sachgerecht erfüllen zu können. So der auf Pflege angewiesene Mensch im Heim die Kontrolle über seine Daten verliert, steht er in einer Gefahr, die Regie für sein eigenes Leben respektive den Subjektstatus einzubüßen. Dies gilt besonders dann, wenn er nicht weiß, was mit welchem Ziel und in welcher Detailierung in der Pflegedokumentation notiert wird. Insofern ist unter Beachtung der Persönlichkeitsrechte von Pflegeheimbewohnern und „Pflegekunden“ in der eigenen Häuslichkeit größter Wert darauf zu legen, dass das Einverständnis über Art und Umfang der Pflegedokumentation, so hier Gestaltungsspielraum besteht, eingeholt wird. Auch die Einsichtnahme, etwa von Angehörigen oder anderen an dem Pflegearrangement Beteiligten bedarf jeweils, der nicht einfach zu unterstellenden Einwilligung des Pflegeheimbewohners respektive „Pflegekunden“. Der Bewohner und „Pflegekunde“ kann schließlich auch daran ein Interesse haben, dass Andere die Qualität der ihm gegenüber erbrachten Pflegeleistungen überprüfen können. Das gilt für seinen Betreuer, den Bevollmächtigten oder gegebenenfalls auch Aufsichtsinstanzen. Ob er allerdings diese Kontrollfunktion in seinem Fall wünscht, muss ihm überlassen bleiben, so diese Kontrollfunktion durch Einsichtnahme in die Pflegedokumentation erfolgen soll.

In der Praxis haben BewohnerInnen sowie Angehörige nur ein Sekundärinteresse an der Pflegedokumentation[49]

3.1.2.2 Perspektive: Unternehmen und Leistungserbringer

Für die Sozialunternehmen, im Leistungsrecht Leistungserbringer genannten Akteure, hat die Pflegedokumentation eine hohe Bedeutung im Zusammenhang mit der Sicherstellung einer fachgerechten Pflege, einer angemessenen Organisation und der Überprüfung der Arbeitsleistung der in der Pflege eingesetzten MitarbeiterInnen . Die Pflegedokumentation kann dort, wo es der besonderen Abrechnung bedarf oder diese möglich ist, insbesondere im ambulanten Bereich, dazu dienen, erbrachte Leistungen nachzuweisen und entsprechend in Rechnung zu stellen. Dies erfolgt z.T. in hoch automatisierter Weise EDV–gestützt. Im Zusammenhang mit Ansätzen des Qualitätsmanagements, zu dessen Umsetzung die Leistungserbringer verpflichtet sind, insbesondere auch im Kontext des Risk-Managements, sind die Unternehmen im hohen Maße daran interessiert, mittels der Pflegedokumentation Hinweise auf risikoreiche Situatio-

[49] So auch: Höhmann, U. (2014): Die Pflegedokumentation in der stationären Pflege. Paradoxe Sicherheiten, in: Hoch, H; Zoche, P (Hg.): Sicherheiten und Unsicherheiten, Münster, S. 235 – 256.

nen zu erhalten und sie für ein fachgerechtes und risikoadäquates Verhalten respektive der Steuerung des Pflegeprozesses nutzen zu können.

Weiterhin kommt der Pflegedokumentation im Kontext des Controllings eine wichtige Funktion zu, wenn es um einen effizienten Mitarbeitereinsatz, das Zeitmanagement und die Optimierung von betriebsamen Abläufen geht. Dort wo ambulante Dienste und Pflegeheime ihre Leistungen in Kooperation mit anderen Akteuren erbringen, etwa Ärzten, Physiotherapeuten, Apotheken oder auch Angehörigen, stellt die Pflegedokumentation ein wichtiges Organisationsmittel dar, in dem Absprachen mit den anderen Akteuren festgehalten und über die Abzeichnung der Leistungserbringung die verantwortliche Wahrnehmung der kooperativ zu erbringenden Aufgaben nachvollziehbar und gegebenenfalls beweisbar gemacht wird. Dies gilt insbesondere dort, wo Pflegeheime oder ambulante Dienste Aufgaben aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich übernehmen, für die die Ärzte in sozialleistungsrechtlicher Hinsicht die Verordnung ausstellen und hinsichtlich des ärztlichen Heilbehandlungs- und Pflegeprozesses die Veranlassungen geben, in ihrem Verantwortungsbereich tätig zu werden. Dabei gilt es semantisch darauf hinzuweisen, dass Ärzten in der stationären, aber auch in der ambulanten Pflege kein dienstrechtliches Anordnungsrecht zukommt. Es handelt sich um ein Kooperationsverhältnis. Insofern sind vielfach zu findende Formulierungen, auch in den Arbeitshilfen von Heimaufsichtsbehörden, die von der Anordnung oder einem Anordnungsrecht der Ärzte ausgehen, zu korrigieren. Schließlich kommt der Pflegedokumentation für die Leistungserbringer im Kontext des Risk-Managements und des Haftungsrechtes eine wichtige Funktion zu; es lässt sich mithilfe der Pflegedokumentation im Zweifelsfall darlegen, dass verantwortlich abgewogen bestimmte Maßnahmen durchgeführt wurden und dies auch von den dazu befugten Personen. Dabei sind die Unternehmen grundsätzlich unter fachlichen Gesichtspunkten frei darin, für welches Dokumentationssystem sie sich entscheiden und wie hoch der Detailierungsgrad der jeweils dokumentierten Pflegehandlungen bestimmt wird. Der Detailierungsgrad und die Ausrichtung sollte sich auch an organisationsethischen Prinzipien orientieren, die die Würde, die Privatheit und personales Vertrauen durch die Ausrichtung und Ausgestaltung der Pflegedokumentation gewährleisten[50].

Höhmann (2014) kommt in ihrer akteursbezogenen Betrachtungsweise zu vier - nicht konfliktfreien - Interessen der Einrichtungen an der Pflegedokumentation: juristische Absicherung, Einhaltung notenrelevanter Transparenzkriterien, betriebswirtschaftliche Steuerungszwecke, geringer Aufwand. Sie nehmen vorgenannte Gesichtspunkte auf und ergänzen sie[51].

3.1.2.3 Perspektive: Leistungsträger

Den Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung nehmen Leistungsträger Krankenkasse, Pflegekasse und gegebenenfalls Sozialhilfeträger wahr. Diese haben ein Interesse daran, mittels der Pflegedokumentation zweierlei feststellen zu können:

---

[50] Heller Andreas., Krobath T. (2003): OrganisationsEthik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie,Vol 7, S. 9 - 13

[51] A.a.O.

- ob die Leistungen in der fachlich gebotenen Weise erbracht wurden und diese auch vollständig sind und
- ob die Leistungen zu Recht und im richtigen Umfang abgerechnet wurden.

Die Pflegedokumentation ist zu einem wesentlichen Gegenstand der Qualitätssicherungsaktivitäten von Aufsichtsbehörden geworden. Das gilt insbesondere für den MDK im Rahmen der Qualitätsprüfungen gemäß §§ 112 ff. SGB XI. Anhand der Pflegedokumentation werden die in den PTVen niedergelegten Qualitätskriterien (basierend auf der aktuellen QPR) ermittelt, auf deren Basis die Qualitätsnoten in den Transparenzberichten bestimmt werden. , Durch das Interesse einer realitätsnahen Abbildung des Pflegeprozesses und seiner Überprüfung hat die Pflegedokumentation weit über ihren einrichtungsinternen und professionellen Bedeutungsgehalt eine eigenständige Funktion zur Überprüfung der Qualität der Einrichtungen erfahren. Eine belastbare Begründung der Relevanz der Pflegedokumentation für die Überprüfung der Pflegequalität wurde nicht vorgelegt. Dabei ist die Pflegedokumentation, so wie sie in der QPR und von Aufsichtsinstanzen verlangt wird, nur höchst eingeschränkt in der Lage, die tatsächliche Qualität der Pflege abzubilden. Das gilt insbesondere mit Blick auf die bei den Qualitätsprüfungen in den Mittelpunkt zu stellende Ergebnisqualität. Gleichwohl beruht die aktuelle Qualitätssicherungskonzeption des MDK zentral auf der Auswertung der Pflegedokumentation.

Höhmann sieht aus der Sicht der Leistungsträger die Pflegedokumentation als das zentrale Mittel des Leistungsnachweises einerseits und andererseits als Instrument der Ermittlung der Pflegequalität im Rahmen der Qualitätsprüfungen, die einzelfallbezogene Dokumentationen fordert. Diese Anforderung zwinge die Pflege, sich an dem „abenteuerlichen Prinzip“ messen zu lassen, dass im Zweifelsfall all das, was nicht dokumentiert wurde, auch als nicht erbracht gelte[52].

3.1.2.4 Perspektive: nach dem Heimrecht zuständige Behörden

Ordnungsbehörden, insbesondere die nach Heimrecht zuständigen Behörden, nutzen die Pflegedokumentation - ähnlich wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung - zur Überprüfung von Qualitätsaspekten der Pflege und Versorgung der HeimbewohnerInnen. Dabei spielen in Bayern der Pflegeprozess und die Pflegeplanung in ihrer Verschriftlichung die zentrale Rolle, nicht die Dokumentation der einzelnen Pflegehandlungen. Weiterhin finden sich die gesetzlich herausgehobenen Dokumentationspflichten bei menschenrechtlich besonders relevanten Pflegehandlungen, etwa bei freiheitsentziehenden Maßnahmen. Bei letzteren ist es für die Aufgabenerledigung der nach Heimrecht zuständigen Behörden besonders relevant, nachvollziehen zu können, ob alle Maßnahmen ergriffen wurden, um auf Fixierungsmaßnahmen verzichten zu können. Die Argumentation für die formale betreuungsgerichtliche Genehmigung spielt eine herausgehobene Rolle für die nach dem Heimrecht zuständigen Behörden, um ihre advokatorische Funktion im Zusammenhang mit dem Schutz von Freiheits- und Menschenrechten nachkommen zu können.

---

[52] Höhmann, U. (2014): Die Pflegedokumentation in der stationären Pflege. Paradoxe Sicherheiten, in: Hoch, H; Zoche, P (Hg.): Sicherheiten und Unsicherheiten, Münster, S. 235 – 256, hier: S. 239.

Diese kursorische Skizzierung der Interessen und Rechtsfragen macht deutlich, wie unterschiedlich die Interessenslage und die Bedeutung von Rechtsfragen für die am Pflegearrangement Beteiligten gestellt sind.

3.1.2.5 Zusammenfassung

Diese strukturierte Aufbereitung von Rechtsfragen und der rechtlichen Bedeutung der Pflegedokumentation aus der Perspektive unterschiedlicher Akteure und unter Berücksichtigung einschlägiger Rechtsgebiete unterstreicht die Notwendigkeit, sich multidisziplinär mit Fragen der Pflegedokumentation zu befassen und ein fachlich und rechtlich tragfähiges Gesamtkonzept zu entwickeln, das dem Primat des Nutzens für den auf Pflege angewiesenen Menschen in den Mittelpunkt stellt und damit der Gefahr begegnet, dass die Pflegedokumentation ein Eigenleben entfaltet, das jeweils wieder unterschiedlichen Interessenslagen oder aber Einzelaspekten und isolierten Zwecken eine - ohne Kontextualisierung - wirksame Eigenlogik und –dynamik verschafft. Vor dem Hintergrund der pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Literaturrecherche wird überdies deutlich, dass die Wirklichkeit der Pflegedokumentation in vieler, wenn nicht in überwiegender Hinsicht nicht in der Lage ist, pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Anforderungen zu genügen. Man könnte zusammenfassend feststellen, dass die Praxis der Pflegedokumentation, die ganz wesentlich bestimmt wird von sozialadministrativen Vorgaben im Rahmen der Qualitätssicherung einerseits und der Vorbeugung von Haftungsrisiken andererseits Ausdruck eines unzureichend professionalisierten Feldes der Pflege ist. Weder pflegewissenschaftliche noch Gesichtspunkte, die auf einem wirksamen Schutz von Menschenrechten fundieren, werden in der Praxis der Pflegedokumentation heute als leitend angesehen werden können.

3.2 Methodik der Recherche und Bewertung der juristischen bzw. pflegerechtlichen Perspektive[53]

Für die Übersichtsarbeiten der Teilberichte wurden vorab keine Protokolle registriert. Die Literaturübersichten wurde entsprechend den Empfehlungen des Cochrane Handbook for Systematic Reviews on Interventions (Higgins und Green 2011) erstellt und gemäß den Vorgaben des PRISMA Statements (Liberati et al. 2009; Ziegler et al. 2011) berichtet. Zu allen Teilfragestellungen des Projekts wurden systematische Literaturrecherchen in geeigneten elektronischen Datenbanken vorgenommen, die Suchtreffer nach vorab festgelegten Einschlusskriterien gesichtet und geeignete Studien systematisch bewertet. Ausgenommen ist hier lediglich der Teilbereich der juristischen Aspekte, da sich auf diesen diese Vorgehensweise nicht im gleichen Maße anwenden lässt.

Im Folgenden ist das methodische Vorgehen der Teilprojekte detailliert beschrieben.

3.2.1 Pflegedokumentation in der Rechtsprechung [54]

3.2.1.1 Recherche Rechtsprechung „juris“ (Begriff: Pflegedokumentation)

Um die sich in der Rechtsprechung abbildende Bedeutung der Pflegedokumentation würdigen und für die Studie nutzbar zu machen wurde eine umfassende Rechtssprechungsrecherche durchgeführt. Sie basiert auf dem juristischen Suchportal „Juris“[55], das als Standard für die juristische Recherche gilt. Im Mittelpunkt stand der Suchbegriff „Pflegedokumentation“. Die Begriffssuche ergab etwa 500 Treffer. Diese wurden ausgewertet. Knapp 400 Treffer führen zu Gerichtsentscheidungen, bei denen die Pflegedokumentation eine entscheidungserhebliche Rolle spielte (s. Dokumentation der Recherche im Anhang).

Regelmäßig war die Pflegedokumentation maßgebliches Mittel der Sachverhaltsermittlung und war Arbeitsgrundlage für gerichtlich bestellte Sachverständige. Nur ausgewählte Entscheidungen gehen auf die Pflegedokumentation selbst, an sie zu stellende Anforderungen, ihre Gestaltung und Bedeutung ein. Die Pflegedokumentation wird jedenfalls in Entscheidungen seit etwa 2005 als gegebenes Element der entscheidungserheblichen schriftlichen Unterlagen vorausgesetzt und kaum hinterfragt.

---

[53] Dieser Abschnitt wurde unter maßgeblicher Mitarbeit von RA Jörg Leuchtner (Freiburg) erstellt.

[54] Siehe Anlage zum Bericht (2013): Literaturstudie: Erforderliche Dokumentation in der Altenpflege. Recherche rechtliche Grundlagen.

[55] Siehe genannte Anlage

3.2.1.1.1 Sozialrecht

3.2.1.1.1.1 Leistungsrecht

Im Leistungsrecht finden sich Entscheidungen, die im Wesentlichen auf Rechtsgrundlagen aus den Sozialgesetzbüchern, insbesondere SGB V, SGB X und SGB XI basieren.

Verfahrensbeteiligte sind daher oft Krankenversicherer und Pflegeversicherer, die soziale Pflegeversicherung, Rentenkassen und andere Leistungsträger.

Der Bereich Krankenversicherung betrifft etwa 1/3 der Entscheidungen mit den Themen Fallpauschalen, Rechnungsprüfung und Behandlungsbedürftigkeit bzw. angemessene Behandlung.

Etwa 2/3 der Entscheidungen betreffen den Bereich Pflege mit Fragen zur Pflegebedürftigkeit, Pflegestufe, Pflegesätze, einzelfallbezogene Leistungsansprüche gegen Pflegekassen, die Abgrenzung zwischen Leistungspflichten von Leistungsträgern. Oft beteiligt ist insbesondere die Soziale Pflegeversicherung.

Einige Entscheidungen betreffen Erstattungsansprüche von Leistungsträgern untereinander.

Im Rahmen dieser Entscheidungen werden immer Sachverständigengutachten erforderlich, um den Bedarf des Berechtigten zu ermitteln. Immer war die Pflegedokumentation ein wichtiges Erkenntnismittel, um den Sachverhalt festzustellen. Die Richtigkeit des Inhalts der Pflegedokumentation wurde in der Regel nicht hinterfragt. Oft wurde in Urteilen aus der Pflegedokumentation direkt zitiert, gerade in Verbindung mit den Ausführungen von Sachverständigen.

Lediglich die folgenden Entscheidungen befassen sich mit allgemeinenAnforderungen an eine Pflegedokumentation:

Das LSG Niedersachsen-Bremen führt im Urteil vom 26.05.2010 bezüglich Kostenerstattungsansprüchen einer Krankenkasse gegen einen Pflegedienst aus, die Pflegedokumentation sei kontinuierlich und sachgerecht zu führen, ohne die Erwartungen genauer zu beschreiben[56].

Das LSG Berlin-Brandenburg wies im Urteil vom 30.04.2009 darauf hin, dass sich die Dokumentation eines Krankenhauses nicht darauf beschränken darf, ein Ereignis festzuhalten (hier: Depression), sondern dass die Diagnose durch eine Aufzählung der Symptome zu begründen sei[57].

Das BSG legte im Urteil vom 29.01.2009 wegen Festsetzung der Vergütung eines Pflegeheims gegenüber der sozialen Pflegeversicherung dar, die Pflegedokumentation sei als geeigneter Nachweise für Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen für die Bemessung der Vergütung entscheidend. Leistungsgerecht seien Entgelte und Pflegesätze dann, wenn erstens die

[56] LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.05.2010 AZ.: L 1 KR 1/09.

[57] LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.04.2009 AZ.: L 9 KR 1222/05.

voraussichtlichen Gestehungskosten einer Einrichtung nachvollziehbar und plausibel dargelegt werden und sie zweitens in einer angemessenen und nachprüfbaren Relation zu den Sätzen anderer Einrichtungen für vergleichbare Leistungen stehen[58].

Das LSG Rheinland-Pfalz betonte im Urteil vom 04.05.2006 wegen Leistungen der privaten Pflegeversicherung ausdrücklich, die Pflegedokumentation sei wesentliche Tatsachengrundlage für das fallentscheidende Sachverständigengutachten[59].

Das SG Aachen befasste sich im Urteil vom 25.05.2004 mit Fehlern in Pflegedokumentation und in Abrechnungen und führte im Tatbestand aus, die Pflegedokumentation sei lückenhaft und unzulänglich gewesen, allerdings ohne genauere Vorgaben zu machen, was erforderlich gewesen wäre[60].

Für den Bereich Leistungsrecht lässt sich sagen, dass die Pflegedokumentation immer ein wichtiges Beweisdokument zur Ermittlung der tatsächlichen Entscheidungsgrundlage war, welches in der Regel als gegeben vorausgesetzt wurde und kaum hinterfragt wurde. Anforderungen an seinen Inhalt lassen sich nur soweit entnehmen, als Kontinuität, Vollständigkeit und Richtigkeit erwartet wird.

3.2.1.1.1.2 Recht der Qualitätsprüfungen, §§ 112 ff SGB XI

Die Pflegedokumentation hat sich in der Rechtsprechung seit 2010 zu einem nahezu unantastbaren Beweismittel für die tatsächliche Situation vor Ort, in den Pflegeheimen, entwickelt. Bei vielen Entscheidungen entsteht der Eindruck, die Gerichte greifen vordringlich auf die vorhandenen Dokumente zurück, und messen diesen überwiegendes Gewicht bei, ohne weitergehende Ermittlungsmöglichkeiten vor Ort voll auszuschöpfen. Insofern wird der Pflegedokumentation ein Gewicht zugemessen, namentlich das entscheidende Kriterium für die Qualität einer Einrichtung zu sein, welches ihr rechtsdogmatisch und tatsächlich nicht zusteht[61]. Die Landessozialgerichte gestehen ein, dass die Maßstäbe, welche zu Grunde gelegt werden, möglicherweise nicht die Realität widerspiegeln. Hinzunehmen sei jedoch eine Übergangszeit, solange die Suche nach validen und angemessenen Beurteilungsmaßstäben andaure[62]. Die Bedeutung, welche die Pflegedokumentation bei Qualitätsprüfungen erlangt hat, ist somit eher als Problem bzw. nicht angemessenes, da möglicherweise die Realität nur in unzureichender Weise abbildendes Beweisdokument zu sehen. Eine Anlehnung an die Maßstäbe des Haftungsrechts und die Rechtsprechung der obersten Zivilgerichte, die den Grundsatz - was nicht ge-

---

[58] BSG, Urt. v. 29.01.2009 AZ.: B 3 P 7/08 R.

[59] LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 04.05.2006 AZ.: L 5 P 3/05.

[60] SG Aachen, Urt. v. 25.05.2004 AZ.: S 13 P 26/03.

[61] LSG Bayern, Beschl. v. 30.03.2010 AZ.: L 2 P 7/10 B ER; LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 14.06.2010 AZ.: L 4 P 3/10 B ER; LSG Hessen, Beschl. v. 28.10.2010 AZ.: L 8 P 29/10 B ER; LSG NDS-Bremen, Beschl. v. 12.08.2011 AZ.: L 15 P 2/11 B ER.

[62] u. a. LSG NRW, Urt. v. 15.08.2012 AZ.: L 10 P 137/11.

schrieben steht, hat auch nicht stattgefunden - zum Dogma erhoben haben, erscheint im Rahmen der §§ 112 ff SGB XI, die im Kern die tatsächliche Qualität, im Gegensatz zu der Verschriftlichung von Formalien beurteilen wollen, wenig sachgerecht.

3.2.1.1.1.3 Zivilrecht / Haftungsrecht

Im Zivilrecht war die Pflegedokumentation vor allem im Bereich des Haftungsrechts bei Ansprüchen Privater gegen Pflegeheime, Krankenhäuser und Ärzte entscheidungsrelevant. Die Funktion der Pflegedokumentation war ähnlich wie beim Leistungsrecht immer Sachverhaltsfeststellung. Die Entscheidungen lassen eine deutliche Entwicklung bei der Beweislast erkennen.

Bis 2005 beschäftigten sich Entscheidungen oft mit der Beweislastumkehr. Danach kann die Beweislastumkehr als gefestigte Rechtsprechung angesehen werden. Der im Haftungsrecht entwickelte Grundsatz besagt, was nicht dokumentiert sei, gelte als nicht durchgeführt. Hierdurch wurde die Pflegedokumentation zum Angstfaktor für diejenigen, die sie führen.

Im Urteil vom 30.08.2002 äußerte das LG Koblenz noch Zweifel am Beweiswert einer Pflegedokumentation, jedenfalls, wenn sie offensichtlich unvollständig geführt sei. Dann verlöre sie den Beweiswert nahezu gänzlich[63].

Das OLG Düsseldorf geht im Urteil vom 13.02.2003 aber bereits ohne weiteres davon aus, dass nicht dokumentierte Rückenschmerzen auch nicht vorhanden gewesen seien[64].

Das OLG Hamm stellte im Urteil vom 19.03.2003 klar, in eine Pflegedokumentation seien nur Ereignisse einzutragen, die auch stattgefunden haben[65].

Das LG Berlin sah im Urteil vom 15.03.2004 einen Verfahrensmangel der Vorinstanz darin, dass sie die Pflegedokumentation nur in Auszügen berücksichtigt habe[66].

Mit Urteil vom 18.02.2005 dokumentiert das OLG Hamm das weiter wachsende Vertrauen auf den unanfechtbaren Beweiswert der Pflegedokumentation und entnimmt seine Sachverhaltskenntnis ausdrücklich der Pflegedokumentation mit dem Hinweis, es gäbe jedenfalls keine Anhaltspunkte für Unvollständigkeit. In den nachfolgenden Entscheidungen wird die Pflegedokumentation als nahezu unumstößliches Beweisdokument betrachtet[67].

Vermutlich ist die in den letzten Jahren zu beobachtende Zunahme des Dokumentationsumfanges auf diese Rechtssprechungsentwicklung im eigentlich sachfremden Zivilrecht zurückzu-

---

[63] LG Koblenz, Urt. v. 30.08.2002 AZ.: 10 O 426/00.

[64] OLG Düsseldorf, Urt. v. 13.02.2003 AZ.: 8 U 196/01.

[65] OLG Hamm, Urt. v. 19.03.2003 AZ.: 3 U 96/02.

[66] KG Berlin, Urt. v. 15.03.2004 AZ.: 20 U 146/02.

[67] OLG Hamm, Urt. v. 18.02.2005 AZ.: 26 U 17/04.

führen. Es liegt aus Sicht des Zivilrichters sicherlich nahe, maximale Anforderungen an eine Dokumentation zu stellen, die als beweiserhebliches Dokument im Sinne der Zivilprozessordnung anzusehen ist. Mühsame Beweiserhebungen durch Zeugen entfallen dann. Die Beweissituation des Betroffenen verbessert sich hierdurch aber nur scheinbar. Gegen das Niedergeschriebene ist er im Prozess nahezu machtlos. Haftungsängste, welche sich deutlich auf die Rechtssprechungsentwicklung in den Jahren 2000 bis 2014 entnehmen lassen, animieren Dokumentationspflichtige im Sinne der aufgeführten obergerichtlichen Entscheidungen eine Dokumentation vorzulegen ohne offensichtliche Mängel oder Unvollständigkeit. Eine rechtswirksame Haftungsrisikominimierung wird vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung nur durch perfektionierte Unterlagen erreicht. Hieraus erklärt sich die wenig sachgerechte Priorisierung dokumentatorischer Tätigkeiten zu Lasten der realen Tätigkeit am Betroffenen.

In einer Übergangsphase hatte sich die Beweissituation des als diesbezüglich benachteiligten Betroffenen erheblich verbessert. Mit Durchführung perfektionierter Dokumentation und dokumentationsoriertierter Arbeitsablaufgestaltung wird sich dieser Gewinn letztlich als Nachteil auswirken. Insbesondere befördern Zertifizierungsanstrengungen auf Seiten der Leisungserbringer eine anzustrebende Perfektion der Dokumentation, in dem diese als wesentliches Element von Leistungsqualität angesehen wird.

3.2.1.1.2 Verwaltungsrecht / Ordnungsrecht

Die Entwicklung im Haftungsrecht zeigt Auswirkungen auf das Verwaltungs- und Ordnungsrecht. Die Bedeutung der Dokumentation zur Regressabwehr wird übertragen auf die Abwehr von Vorwürfen mangelnder Qualität in der Pflege. Es wird erkennbar, dass die Entwicklung im Haftungsrecht in Verbindung mit dem hieraus entstandenen Druck öffentlich gewordener Fälle zu Bestrebungen geführt hat, im Sinne einer Risikominimierung Haftungsrisiken zu reduzieren.

Bis 2007 gab es eine Reihe von Entscheidungen, welche ordnungsrechtliche Maßnahmen aufgrund festgestellter Mängel in Pflegeheimen bis hin zu Betriebsuntersagungen zum Gegenstand hatten.

Im Urteil vom 27.02.2007 griff das VG Augsburg Kritik des MDK an der Qualität der Pflegedokumentation auf; bei einer Heimbegehung waren zwar keine tatsächlichen Pflegemängel nachweisbar, aber ausreichende Dokumentation und Planung nach dem Maßstab war ebenfalls nicht vorhanden[68].

Im Urteil des VG Göttingen vom 08.01.2009 waren allein Mängel an der Pflegedokumentation hinreichender Anlass für aufsichtsrechtliche Maßnahmen ohne Rücksicht darauf, ob die Pflege tatsächlich mangelhaft war. Schon Dokumentationsmängel ließen den Schluss zu, dass das Wohl der BewohnerInnen gefährdet sei[69].

---

[68] VG Augsburg, Urt. v. 27.02.2007 AZ.: Au 3 K 06.00899.

[69] VG Göttingen, Urt. v. 08.01.2009 AZ.: 2 A 3/08.

Damit hat sich die im Haftungsrecht stattgefundene Verlagerung des Hauptaugenmerks von dem des korrekten Handelns auf die beweissichere Dokumentation nach etwa 5 Jahren bei den Qualitätskriterien im Ordnungsrecht niedergeschlagen. Dies folgt einer gewissen Logik: keine gravierenden Haftungsfälle im Haftungsrecht, die bei anstandsloser Dokumentation bei den bestehenden Beweisgrundsätzen nicht mehr vorkommen, wird die Bedeutung einer gestiegenen Qualität zugeschrieben, jedenfalls i.S.d. Mangelfreiheit der Einrichtungen. Sie bestätigen ebenso ein gutes Funktionieren der Kontrollinstanzen.

Dies lässt die These zu: das Verwaltungsrecht folgt dem Haftungsrecht mit der Folge einer Schwerpunktsetzung auf die schriftliche Beweisführung für den Haftungsfall. Dieser Trend wird durch obergerichtliche Rechtsprechung verstärkt, die sich zur Feststellung von heimrechtlichen Mängeln an den in der QPR und den Rahmenverträgen aufgestellten Dokumentationsverpflichtungen orientiert: Dokumentationsmangel = Qualitätsmangel[70] . Eine Ordnungsverfügung zur Feststellung von heimrechtlichen Mängeln wird allein mit der Verletzung von Dokumentationsmängeln begründet.

3.2.1.1.3 Arbeitsrecht

Im Arbeitsrecht war die Pflegedokumentation oft Beweismittel für den Arbeitgeber, um Pflichtverstöße von Angestellten nachzuweisen. Die Entscheidungen aus dem Bereich Arbeitsrecht und erscheinen für die Frage, welche Anforderungen an die Pflegedokumentation nicht von entscheidender Relevanz, da es nicht Zweck der Pflegedokumentation ist, Beweismittel in Auseinandersetzungen aus Arbeitsverhältnissen zu sein.

3.2.1.1.4 Datenschutzrecht

Entscheidungen im Bereich Datenschutz befassen sich nahezu ausschließlich mit Einsichtsrechten von Betroffenen und Leistungsträgern. Es ging bislang immer nur um das „Ob“ einer Einsichtnahme in bestehende Unterlagen. Der BGH hatte dabei zuletzt insbesondere die Einsichtsrechte Dritter, insbesondere von Krankenversicherern zu beurteilen[71]. Entscheidungen, die mit Blick auf den im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) niedergelegten Grundsatz der Datensparsamkeit die Frage des Dokumentationsumfanges aufwerfen, gibt es erstaunlicherweise noch nicht. Auch in den Datenschutzberichten von Bund und Ländern spielen sie so gut wie keine Rolle.

3.2.1.1.5 Berufsrecht

Im Berufsrecht der medizinischen Berufe finden sich nur eine Hand voll Entscheidungen, in denen die Pflegedokumentation Gegenstand war. Nie geht es aber um die Pflegedokumentation selbst, diese diente allenfalls als ein Beweismittel.

---

[70] OVG NRW B. v. 17.2.2011 Az. 12 A 241/10.

[71] BGH, Urt. v. 23.03.2010 AZ.: VI ZR 249/08; Urt. v. 23.03.2010 AZ.: VI ZR 327/08; Urt. v. 26.02.2013 AZ.: VI ZR 359/11; Urt. v. 07.11.2013 AZ.: III ZR 54/13.

Im Urteil des VG Minden vom 25.02.2011 konnte die Klägerin auch anhand einer Pflegedokumentation die Voraussetzungen für die Gewährung von Aufstiegsfortbildungsförderung, insbesondere dreijährige Berufserfahrung nachweisen[72].

In einem vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof entschiedenen Fall wurde das Recht, die Berufsbezeichnung Altenpfleger zu führen mangels Zuverlässigkeit aberkannt, nachdem aufgrund entsprechender Eintragungen feststand, dass der Kläger einen Pflegebedürftigen geschlagen hatte[73].

In einem Urteil vom 16.11.2007 vertrat das LSG Baden-Württemberg die Ansicht, der Leiter eines Pflegeheimes, das über 131 zugelassene Pflegeplätze verfügt, könne nicht zugleich die Stelle der ständigen verantwortlichen Pflegefachkraft besetzen, da das Erfordernis der Schwerpunktsetzung der Tätigkeit gerade im Hinblick auf Pflegeplanung und Pflegedokumentation nicht genügend gewährleistet sei[74].

Im Urteil vom 02.12.2002 zog das Sächsische LSG bei der Frage, ob die Lungenerkrankung der Klägerin als Berufskrankheit (BK) Nr. 3101 anzuerkennen sei, die Pflegedokumentation heran, um den Krankheitsverlauf nachzuvollziehen[75].

3.2.1.1.6 Strafrecht

Im Strafrecht war die Pflegedokumentation Gegenstand einiger Entscheidungen, jedoch niemals einziges Beweismittel, auf das eine Verurteilung gestützt worden wäre. Keine der recherchierten Entscheidungen definiert die Anforderungen an eine korrekte Pflegedokumentation.

3.2.1.1.7 Zusammenfassung

Die Recherche der Rechtsprechung zu Fragen der Pflegedokumentation macht deutlich, dass haftungsrechtliche Fragen im Vordergrund stehen. Dabei wird die Pflegedokumentation mit ihrem Detailierungsgrad weder problematisiert noch inhaltlich bestimmt. Es lassen sich allerdings gewisse Rückschlüsse aus der Rechtsprechung insofern ziehen, als die Pflegedokumentation zu Beweiszwecken und als Grundlage für Sachverständigengutachten herangezogen und ihre „Qualität“ bewertet wird. Anderen Rechtsfragen, etwa datenschutzrechlicher Art, wurden von der Rechtsprechung bisher nicht oder kaum gewürdigt oder wurden bislang nicht einer gerichtlichen Klärung zugeführt. Im ordnungsrechtlichen Kontext spielen Fragen der Einsichtnahme, der Überlassung der Pflegedokumentation durch Aufsichtsbehörden eine dominante Rolle. Und im Sozialversicherungsrecht wird die Pflegedokumentation zur Begutachtung der Pflegedokumentation herangezogen und ausgewertet und gegebenenfalls auch entscheidungsrelevant in sozialgerichtlichen Verfahren. Das gilt auch für den Nachweis besonderer

---

[72] VG Minden, Urt. v. 25.02.2011 AZ.: 6 K 2819/10.

[73] Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Urt. v. 02.03.2010 AZ.: 21 B 08.3008.

[74] LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.11.2007 AZ.: L 4 P 2359/04.

[75] LSG Sachsen, Urt. v. 02.12.2002 AZ.: L 2 U 131/00.

rehabilitativer Bemühungen in der stationären Pflege oder im Zusammenhang mit den seltenen Fällen der Entgeltminderung gemäß § 115 Abs. 3 SGB XI. Die Rechtsprechung ist auch in der Regel nicht dazu aufgerufen, ihrerseits ein in sich konsistentes System beziehungsweise Konzept der Pflegedokumentation zu entwerfen. Vielmehr bedient sich die Rechtsprechung zur Klärung bestimmter Rechtsfragen bestimmter Funktionen der Pflegedokumentation im Rechtsverkehr. Lediglich im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen gemäß § 112 ff. SGB XI hat die Rechtsprechung vereinzelt auf die fehlende fachliche Seriosität der Pflegedokumentation abgehoben, diese aber letztlich, wahrscheinlich nicht zuletzt aus verfahrensökonomischen Gründen nicht in Frage gestellt. Insofern lässt sich, nicht zuletzt wegen der nur sehr zufälligen und unsystematischen Bearbeitung von Rechtsfragen der Pflegedokumentation durch die Rechtsprechung und mangels im engeren Sinn einschlägiger Judikate, das Anforderungsprofil, das aus juristischer Sicht an Pflegedokumentationen zu richten ist, nicht bestimmen. Die Rechtsprechung thematisiert nicht die Pflegedokumentation an sich, sondern nutzt diese zur Klärung, als Beweis oder Grundlage für Sachverständigenaussagen im jeweiligen Einzelfall.

3.2.2 Pflegedokumentation in der pflegerechtlichen Literatur

3.2.2.1 Methodik

Zur Identifizierung der relevanten pflegerechtlichen Literatur wurde sowohl in dem Online-Suchportal Juris als auch bei Medline und GeroLit eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurden die Suchstrategien ausgerichtet auf die Kombination der Begriffe Pflegedokumentation mit den Begriffen Recht, Rechtsfragen, Haftungsrecht, Sozialrecht, Heimrecht. Die identifizierte relevante Literatur ist im Literaturverzeichnis dokumentiert.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche machen deutlich, dass es im Wesentlichen zwei Typen von Fundstellen relevanter pflegerechtlicher Literatur gibt. Zum einen handelt es sich um Transferliteratur aus dem Bereich der Pflegepraxis. In den pflegerelevanten Zeitschriften wie *Die Schwester / der Pfleger*, *Heilberufe, Altenpflege, Altenheim* etc. werden regelmäßig für die Praxis relevante Fragen der Pflegedokumentation aufgegriffen und dabei in den letzten Jahren zunehmend auch rechtliche Fragen reflektiert. Dabei ist die Transferliteratur ganz wesentlich darauf ausgerichtet, den Praktikern in der Langzeitpflege Orientierungen für ihr Handeln zu liefern. Eine grundlegende Problematisierung findet kaum statt. Die andere Art von Fachliteratur ist die des „Pflegerechts“. Hier finden sich inzwischen eine Reihe von Zeitschriften, die sich wiederum in angewandter Weise um die Bearbeitung von Rechtsfragen in der Pflege bemühen. Dabei handelt es sich etwa um die Zeitschrift *Pflegerecht*, die Zeitschrift *Pflege- und Krankenhausrecht* oder die *GUP*. Es handelt sich jeweils nicht um reviewte Zeitschriften. Eine systematische Aufbereitung rechtlicher Fragen im Kontext der Pflegedokumentation hat es im deutschen Pflegerecht bisher nicht gegeben. Verfügbar sind Ratgeber zum Umgang mit der Pflegedokumentation und dies explizit unter dem Gesichtspunkt der Beachtung maßgeblicher rechtlicher Rahmenbedingungen[76].

[76] König, Jutta (2010): 100 Fehler bei der Einstufung von Pflegebedürftigen und was Sie dagegen tun können, Hannover.

3.3 Ergebnisse: Dokumentationserfordernisse aus juristischer bzw. pflegerechtlicher Perspektive

3.3.1 Auswertung der Literatur nach Rechtsgebieten

3.3.1.1 Sozialrecht

In der pflegerechtlichen Literatur wird die Bedeutung der Pflegedokumentation für die Beurteilung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen bei der Gewährung von Sozialleistungen sowohl im SGB V als auch im SGB XI herausgearbeitet. Das gilt sowohl für den Krankenhausbereich im Zusammenhang mit Fehlbelegungen, als auch für den Bereich der Langzeitpflege, in dem sie maßgeblich für die Feststellung der jeweiligen Pflegestufe ist (vgl. jeweils in FN Soppart 2009). In der pflegerechtlichen Literatur wird weiterhin deutlich, dass die Pflegedokumentation zur Durchsetzung von Vergütungsansprüchen von Pflegeeinrichtungen und Diensten eine Rolle spielt. Das gilt weniger für den stationären, als vielmehr für den ambulanten Bereich. Hier arbeitet etwa Welke (2011) die Problematik des Leistungsbetruges und eines entsprechenden Nachweises in der Pflegedokumentation heraus. Klie (2014) problematisiert die Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit der Gewährung des Anerkennungsbetrages gemäß § 87a Abs. 4 SGB XI. Huber (2009) beschreibt den insbesondere in der ambulanten Pflege zu verzeichnenden Trend, dass angesichts der Relevanz der Pflegedokumentation für die Vergütung in der Dokumentation nur noch das Abrechenbare und zulässigerweise zu Leistende notiert werde. Damit würde die Pflegedokumentation nicht mehr zum Gedächtnis der Pflege, sondern zum Nachweis korrekter Abrechnung. Dies kann, muss aber nicht mit der Problematik verbunden sein und werden, dass gegebenenfalls auch nur noch das Abrechenbare geleistet und andere nachgefragte Unterstützungsleistungen der BewohnerInnen oder Kunden von ambulanten Pflegediensten nicht mehr erbracht wird. Rossbruch (2005) hält die Pflegedokumentation generell für ungeeignet, in Abrechnungsfragen herangezogen zu werden.

Es wird bei der Sichtung der pflegerechtlichen Literatur deutlich, dass sich die Gemengelage unterschiedlicher Zielrichtungen, die mit der Pflegedokumentation verfolgt werden, auch in einer vergleichsweise indifferenten Bewertung des rechtlichen Gehaltes der Pflegedokumentation niederschlägt.

Bauer (2010) thematisiert und problematisiert Fragen der Herausgabepflicht von Pflegedokumentation an Kranken- und Pflegekassen, sowohl beim Krankenkassenregress, aber auch im Zusammenhang mit der Überprüfung der Leistungserbringung.

Den größten Raum im sozialrechtlichen Kontext nehmen Fragen der Qualitätssicherung ein. Hier wird in der Transferliteratur weitgehend unkritisch die Bedeutung der Pflegedokumentation als Teil der Prozessqualität im Kontext der Qualitätssicherungsaufgaben des MDK anerkannt (vgl. etwa Gärtner/von Essen 2010). Überwiegend gibt die pflegerechtliche Literatur praxisorientierte Hinweise, wie sich Einrichtungen auf Qualitätsprüfungen vorbereiten können, auch und gerade durch eine angemessene und den MDK zufriedenstellende Pflegedokumentation (Richter/Wipp 2010), teilweise mit einer differenzierteren Auseinandersetzung mit Einzelfragen zu an die Pflegedokumentation gerichteten Ansprüchen. Überwiegend haben die Veröf-

fentlichungen eher Rezeptcharakter. Es finden sich allerdings auch grundlegend kritische Auseinandersetzungen mit der Aussagekraft der Pflegedokumentation, die die pflegewissenschaftlichen Probleme mit der rechtlichen Aussagekraft verbinden (etwa Abt-Zegelin 2004). Manche Veröffentlichungen problematisieren aus berufsständischer Sicht die Gehorsamsbereitschaft gegenüber übergeordneten Qualitätssicherungs- und Dokumentationsverpflichtungen, ohne jedoch substanziell auf die rechtlichen Probleme der Pflegedokumentation einzugehen (vgl. Huber 2011). Die Dominanz der Sozialleistungsträger, ihre große Bedeutung im Kontext der Qualitätsprüfungen und die häufig als asymmetrisch erlebten Machtpositionen bilden sich in gewisser Weise in der pflegerechtlichen Literatur ab: Im Wesentlichen werden die sozialadministrativen Vorgaben hinsichtlich der Pflegedokumentation nachvollzogen und als weitgehend rechtlich verbindliche Vorgaben für die Führung der Pflegedokumentation akzeptiert, auch wenn, wie dargestellt, der rechtliche Verpflichtungsgrad und die Eindeutigkeit der rechtlichen Vorgaben für die Führung einer Pflegedokumentation nicht so belastbar sind, wie in der Praxis häufig angenommen.

3.3.1.2 Haftungsrecht

Ein Großteil der pflegerechtlichen Literatur kennt einen haftungsrechtlichen Zugang zu Rechtsfragen der Pflegedokumentation. Zu nennen sind hier grundlegende Abhandlungen, etwa von Rossbruch (1998), Böhme (2002, 1998), Weiss (1998), Strassner (2012). Dabei wird die Bedeutung der Pflegedokumentation als Nachweis pflichtgemäßen Verhaltens ebenso herausgearbeitet wie die Fragen der Beweislastumkehr in Situationen, in denen die Pflege gegenüber dem auf Pflege angewiesenen Menschen eine besondere Obhuts- oder gar Garantenpflicht zukommt. Lückenhafte Dokumentation wird unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten immer wieder problematisiert (vergl. etwa Großkopf 2005). Reflektiert wird das in einem häufig anzufindenden kooperativen Zusammenwirken zwischen Pflegefachpersonen und ÄrztInnen und der Beteiligung von ÄrztInnen an der Pflegedokumentation (vgl. Barth 2007, Klie 1990). Dabei lassen sich in der pflegerechtlichen Literatur durchaus unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich der haftungsrechtlichen Bedeutung der Pflegedokumentation erkennen (vergl. etwa auf der einen Seite Barth 2008 und Klie 2008)[77]. Zu den unterschiedlichen Einschätzungen haftungsrechtlich relevanter Sorgfaltspflichten, der Bejahung oder Verneinung einer Aufsichtspflicht stationärer Pflegeeinrichtungen ergeben sich auch unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht.

Erfreulich ist angesichts dieser Kontroversen, dass sich in der so genannten „Kasseler Erklärung“ eine Reihe von Pflegerechtlern zu einer Einschätzung der haftungsrechtlichen Bedeutung der Pflegedokumentation verständigen konnten[78]. Die bereits bei der Rechtssprechungsanalyse beschriebene Problematik, dass der Pflegedokumentation eine immer größere Bedeutung

[77] Zu den Aufsichtspflichten einer Alten- und Pflegeeinrichtung über einen demenziell erkrankten Bewohner in Pflegerecht 2008, Barth: 3ff, Klie: 53ff sowie Barth: 103ff.

[78] Vgl. Beikirch, Elisabeth; Breloer-Simon, Gabriele; Rink, Friedhelm; Roes, Martina (2014): Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Abschlussbericht. Berlin-Witten: Bundesministerium für Gesundheit, S. 366 – 374.

mit Blick auf haftungsrechtliche Auseinandersetzungen zugeordnet wird, bestätigt sich auch bei der Sichtung der pflegerechtlichen Literatur. Vereinzelt werden die den Einrichtungen zustehenden Gestaltungsoptionen (Meisner 2012), aber auch die fehlende Aussagefähigkeit und -kräftigkeit von Pflegedokumentation aus fachlicher Sicht (Abt-Zegelin 2004, Höhmann 2014) gegenübergestellt. Überwiegend, so lässt sich zusammenfassend festhalten, hat in den vergangenen Jahren die pflegerechtliche Literatur ihren Beitrag dazu geleistet, einer recht umfassenden Pflegedokumentation ihren rechtlichen Segen zu geben. Dem ist erst durch die Kasseler Erklärung von einigen Juristen aus dem Pflegerecht eine differenzierte Gegenposition gegenüber gestellt worden.

3.3.1.3 Datenschutzrecht

Anders als in der Rechtsprechung und der Auswertung der Datenschutzberichte des Freistaates Bayern und des Bundesdatenschutzbeauftragten werden datenschutzrechtliche Fragen im Kontext der Pflegedokumentation in der pflegerechtlichen Literatur durchaus reflektiert. So problematisiert Hopfenritz (2013) die Grundrechtseingriffe, die mit der Führung, aber auch mit der Einsicht in die Pflegedokumentation verbunden sind. Grieb (2013) betont die Problematik der Einsicht in die Pflegedokumentation durch die zuständigen Heimaufsichtsbehörden ohne Einwilligung der Betroffenen. Philipp (2013) bejaht die Unterstellung der mutmaßlichen Einwilligung hinsichtlich der Einsichtnahme der Pflegekassen in die Pflegedokumentation, wobei er die Problematik, dass die Interessen der Leistungsträger nicht unbedingt identisch sein müssen mit denen der Versicherten, nicht anspricht. Klie problematisiert demgegenüber das Einsichtsrecht von Kranken- und Pflegekassen in die Pflegedokumentation (Klie 2004). Dezidierte Anforderungen datenschutzrechtlicher Art an den Umfang der Pflegedokumentation werden in den pflegerechtlichen Veröffentlichungen nicht herausgearbeitet. Das gilt auch für die Stellungnahmen der Datenschutzbeauftragten.

3.3.1.4 Weitere Rechtsgebiete

In der pflegerechtlichen Literatur wird die Bedeutung der Pflegedokumentation in anderen Zusammenhängen (häufig fallbezogen und bezogen auf die aktuelle Rechtsprechung) aufgegriffen. Das gilt etwa für das Arbeitsrecht. Rossbruch (2007) problematisiert die Manipulation einer Pflegedokumentation mit Blick auf die arbeitsrechtlichen Konsequenzen für die betreffende Pflegefachperson. Hecker greift die Problematik auf, dass sich hier in der Pflegedokumentation Fehlverhalten von Pflegefachpersonen abbilde, das zur Kündigung führen könne (Hecker 2011).

Einen ganz anderen Akzent gewinnt die Pflegedokumentation und ihre Führung im Bereich psychiatrisch erkrankter Personen. Marschner und Zinker (2011) thematisieren die therapeutische Sinnhaftigkeit der Gewährung der Einsicht in die Pflegedokumentation für psychiatrisch erkrankte Menschen. Markus (1998) betont die Kundenorientierung und die Bedeutung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit der Realisierung von Kundenrechten und der Integration der Perspektive der Kunden in der Gestaltung des Pflegeprozesses.

Kording (2010) thematisiert die Bedeutung der Pflegedokumentation als Beweismittel zur Klärung der Testier(un)fähigkeit.

3.3.1.5 Zusammenfassung

Bei einer kursorischen Analyse der pflegerechtlichen Literatur fällt auf, dass es an einer systematischen Befassung mit dem Thema Recht und Pflegedokumentation bislang fehlt. Ansprüche an den Umfang der Pflegedokumentation ergeben sich nicht, mit Ausnahme der Veröffentlichung des Abschlussberichts im Rahmen des Projektes des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entbürokratisierung der Pflege. Auch diese sind im Wesentlichen konzentriert auf Fragen des Haftungsrechtes, die in der Diskussion der Praxis vor Ort eine unbestritten große Rolle spielt. Flankiert wird die pflegrechtliche Diskussion von einer fachlichen Auseinandersetzung um die unterschiedlichen Arten von Dokumentation, die unterschiedlichen Zielsetzungen, die mit der Pflegedokumentation verfolgt werden und den immer problematischer werdenden Umfängen der Pflegedokumentation, die sich in Zahlen des Statistischen Bundesamtes niederschlagen. So ist, auch wenn es den Vertreibern von Pflegedokumentationssystemen möglicherweise nicht gefällt, eine immer lauter werdende Kritik in den Veröffentlichungen der Transferliteratur zu vernehmen, die eine Reduzierung des Dokumentationsaufwandes verlangen (vgl. etwa Klingbeil 2012). Der Zusammenhang des immer stärker ausgeprägten Anforderungsprofils an die Pflegedokumentation im Zusammenhang der sozialleistungsrechtlichen Vorgaben und den immer weiter perfektionierten, häufig EDV-gestützten Dokumentationssystemen darf nicht verkannt und kann durchaus als sich gegenseitig verstärkend beschrieben werden.

Wie schon in der Vorhabenbeschreibung angedeutet, stellen sich rechtliche Fragen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln. Es sind verschiedene Rechtsgebiete berührt. Eine rechtliche Gemengelage ist zu berücksichtigen, wenn es darum geht, den Kern der Verpflichtungen und Berechtigungen zu bestimmen, eine Pflegedokumentation zu führen,. Die Aufbereitung dieser Gemengelage soll im ersten Abschnitt geleistet werden. Dabei lassen sich die Rechtsfragen auf der einen Seite nach Rechtsgebieten strukturieren und auf der anderen Seite nach den jeweiligen Perspektiven, Interessen und Verpflichtungen der an der Pflegedokumentation Beteiligten. Dieser Logik und Struktur folgt die nachfolgende Darstellung.

3.3.2 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragen des Auftraggebers aus rechtlicher Sicht

3.3.2.1 Vorbemerkung

In dem Auftrag zur Durchführung einer Literaturstudie wird in der Formulierung der Fragen von *pflegerischen Dokumentationen* gesprochen, nicht von einer einheitlichen Pflegedokumentation. Das erscheint auch mit Blick auf die Ergebnisse der pflegewissenschaftlichen Literaturrecherche angemessen. Diese bewusst im Plural formulierten Fragen reflektieren die unterschiedlichen Funktionen, die der schriftlichen Dokumentation von Pflegehandlungen, des Pflegeprozesses und seiner Evaluation zukommen. So wird in der nachfolgenden Zusammenfassung auch dort, wo es sinnvoll und geboten erscheint, auch von unterschiedlichen Arten der Pflegedokumentation die Rede sein. Ein einheitliches, allumfassendes, allen Zwecken gleichermaßen dienendes Pflegedokumentationssystem im Sinne einer einheitlichen Pflegedokumentation begegnet, wie die Analyse des pflegerechtlichen Diskussionsstandes zeigt, erheblichen Bedenken.

3.3.2.2 Anforderungen an die Pflegedokumentation

3.3.2.2.1 Pflegefachliche Anforderungen

Zunächst ist die Dokumentation pflegerischen Handelns, die Dokumentation der Pflegeplanung und des Pflegeprozesses Teil professioneller Pflege, die den fachwissenschaftlichen Anforderungen der Fachpflege zu folgen hat. Das gilt für Aspekte der Pflegeanamnestik, der Diagnostik, der Planung und des Monitorings respektive der Evaluation des Pflegeprozesses. Die Pflegeversicherung schreibt den Einrichtungen und Diensten vor, dass sie sich in ihrem pflegerischen Handeln an den Stand in Medizin und Pflege zu orientieren haben, § 11 SGB XI. Insofern dürfen sekundäre Verwendungen der Pflegedokumentation, etwa im Zusammenhang mit Maßnahmen der Qualitätssicherung, der Überprüfung der Voraussetzungen von Sozialleistungen oder auch in haftungsrechtlichen Zusammenhängen den originären Zweck der Pflegedokumentation nicht in Frage stellen oder konterkarieren. Die Analyse der pflegewissenschaftlichen Literatur macht deutlich, dass hier ganz erhebliche Desiderate in der Bestimmung der Bedeutung der Pflegedokumentation für den Pflegeprozess auszumachen sind. Der Stand der pflegewissenschaftlichen Diskussion unterstreicht gleichzeitig, dass die Gefahr besteht, dass die sekundären Nutzungszusammenhänge für die Pflegedokumentation in der Lage sein können, die originäre Funktion von Pflegedokumentation zu gefährden. In dem Projekt des BMG im Zusammenhang mit den Bemühungen um die Entbürokratisierung der Pflege wurden wesentliche Schritte in Richtung der Verbindung von fachlichen Anforderungen und rechtlichen Bewertungen gegangen. Es wurden bislang verbreitete, etwa an den ABEDLs orientierte Dokumentationsroutinen problematisiert und eine pflegewissenschaftlich fundierte Systematik der Informationssammlung, der Aushandlung und Pflegeplanung erarbeitet und erprobt[79]. Sie gilt es im Sinne eines bundeseinheitlichen Fachdiskurses, auch in Bayern aufzugreifen. Dabei ist gleichzeitig festzustellen und festzuhalten, dass mit dem sogenannten Beikirch-Projekt[80] nicht alle pflegewissenschaftlich relevanten Fragen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation beantwortet werden konnten und sollten. Das gilt namentlich für pflegeethische und –rechtliche Fragen des Datenschutzes, der Berücksichtigung von Fragen des informed consent und der Handlungsverantwortung im kooperativen Zusammenwirken mit anderen Berufsgruppen, insbesondere der Medizin. Es werden eindrücklich die Gefahren für die Professionalität der Pflege benannt und fachöffentlich diskutiert, der durch den faktischen Zwang zum formalistischen Abarbeiten der Dokumentationspflichten entsteht: Fachlich-normative Qualitätsverständnisse werden funktionalen geopfert[81] . Das größte Verdienst des Beikirch-Projektes ist es, dass seine Ergebnisse von den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgenommen und konsentiert wurden[82]. Die gemeinsame Selbstverwaltung hat den größten Anteil an den fehlgeleiteten Doku-

[79] Roes, M. (2014): Fachlich, übersichtlich, praxistauglich. Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, in: Die Schwester/der Pfleger 7/2014, S. 694 - 698.

[80] http://www.bmg.bund.de/pflege/vereinfachung-in-der-pflegedokumentation.html

[81] Höhmann, U. (2014): Die Pflegedokumentation in der stationären Pflege. Paradoxe Sicherheiten, in: Hoch, H; Zoche, P (Hg.): Sicherheiten und Unsicherheiten, Münster, S. 235 – 256 (246).

[82] Gemeinsame Presseerklärung v. 4.7.2014 des GKV Spitzenverbands, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der BAG überörtliche Träger der Sozialhilfe.

mentationsverpflichtungen. Die Politik sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene sollten daraus den Schluss ziehen, dass es einer unabhängigen Institution bedarf, die fachliche Standards festlegt, etwa wie im SGB V. Es gibt trotz § 113a SGB XI keinen wirksamen Regelmechanismus in der Langzeitpflege für die Entwicklung von fachlichen Standards.

3.3.2.2.2 Qualitätsmanagement und -sicherung

Die Pflegedokumentation wird unter betrieblichen Gesichtspunkten zu einem wichtigen Instrument im Kontext des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung. Fachliche Controlling-Instrumente, z.B. zur Überprüfung der einrichtungsinternen Qualität, und Instrumente des Risk-Managements zur Identifizierung von relevanten Risikolagen können in Teilen mit der Pflegedokumentation verschränkt werden. Dabei ist zu betonen, dass sowohl im Landesheimrecht als auch im Recht der Pflegeversicherung die Qualitätsverantwortung zuvorderst den Einrichtungen und Diensten und ihren Trägern zugewiesen und eigenverantwortlich von ihnen wahrzunehmen ist. Im Zusammenhang mit der Festlegung des Detailierungsgrades der in die Pflegedokumentation aufzunehmenden Informationen über den Pflegeverlauf wirken sowohl konzeptionelle und strategische Überlegungen und Entscheidungen des jeweiligen Einrichtungsträgers ein als auch Fragen der Effizienz: Jedes Qualitätssicherungssystem produziert einen erheblichen Dokumentationsaufwand, einen Aufwand in der so genannten indirekten Pflege, der in der Lage ist, Aufgaben der direkten Pflege zu beeinträchtigen.

3.3.2.2.3 Qualitätsprüfungen

Die Pflegedokumentation wurde entgegen den Vorgaben des Pflegeversicherungsrechtes im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen gemäß §§ 112 ff. SGB XI zum Dreh- und Angelpunkt der Qualitätsbewertungen und damit auch für die veröffentlichten Pflegenoten. Dabei ergeben sich, wie dargestellt, unmittelbar aus dem Gesetz keine präzisen Anforderungen an das, was in der Pflegedokumentation dokumentiert werden soll. Vielmehr hat die gemeinsame Selbstverwaltung - mit ihrer Verständigung auf die Grundsätze und Maßstäbe auf die Qualität, die Prüfung und die Transparenzvereinbarungen – und die MDK-Gemeinschaft respektive die Pflegekassen durch die QPR die für die Prüfung der Einrichtungen relevante Dokumentation in ihrem Detailierungsgrad determiniert. Durch die Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und die Herleitung der Noten aus der Auswertung der Dokumentation wurde gerade im Rahmen der Qualitätsprüfung des SGB XI der problematische Grundsatz „Was nicht dokumentiert wurde, wurde nicht getan“ verstärkt. Immer wieder sollten Pflegeeinrichtungen Qualitätsbewertungen gegen sich gelten lassen müssen, weil sie bestimmte, gegebenenfalls als selbstverständlich erachtete Pflegehandlungen nicht dokumentiert hatten. Von dieser problematischen Praxis versucht sich das Beikirch-Projekt zu lösen und dies mit grundsätzlicher Zustimmung der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dabei erscheint in hohem Maße plausibel, was die AutorInnen des Beikirch-Berichts hinsichtlich der Dokumentation und ihrer Differenzierung in risikorelevante und Routinehandlungen vorschlagen. Es ist ein Meilenstein für die Qualifizierung einer eigenständigen pflegewissenschaftlich reflektierten Pflegedokumentation und ihrer Einführung in der Praxis, dass sich die gemeinsame Selbstverwaltung auf die Implementierung des Beikirch-Konzepts verständigt hat. Es gilt, diese neuen Verständigungen auf eine professionelle Pflegedokumentation in die Prüfpraxis der MDKs (und der Heimaufsicht) zu integrieren.

3.3.2.2.4 Heimrecht

Die Pflegedokumentation ist ihrerseits Gegenstand bei heimrechtlichen Aufsichtsmaßnahmen. Auch hier finden sich keine gesetzlichen Vorgaben. Dies gilt namentlich auch für den Freistaat Bayern, was den Detailierungsgrad der Pflegedokumentation anbelangt. Vielmehr wird nur vom Pflegeprozess und vom Pflegeplan gesprochen. Es wird im Sinne der Entbürokratisierung der Pflege notwendig, dass die bayrischen FQA sich in ihrer Vorgehensweise bei heimrechtlichen Nachschau-Maßnahmen und im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit einerseits auf das in dem Beikirch-Projekt herausgearbeitete Mindestmaß an Dokumentation beschränken und anderseits die pflegewissenschaftlichen Grundlagen als Anforderungen an die Einrichtungen zu richten, und dies in für die Norm-Adressaten erkennbar verbindlicher Weise. Dabei hat sich allerdings sowohl die Qualitätsprüfung im Rahmen des SGB XI als auch im Rahmen des Landesheimrechtes darauf zu erstrecken, ob die verantwortlichen Pflegefachkräfte, die für die Steuerung des Pflegeprozesses und der Pflegeplanung verantwortlich zeichnen, ihrerseits fachlich in der Lage sind und die entsprechende Kompetenz mitbringen, die Pflegedokumentation in der Weise zu führen, wie dieses im Beikirch-Projekt erwartet wird. Eine Reduzierung des Pflegedokumentationsaufwands ohne eine Stärkung der Kompetenz in der Pflegeprozessplanung und in der Pflegeprozesssteuerung, wie in dem Projekt ReduDok[83] angelegt, erscheint problematisch. Die pflegewissenschaftliche Literaturanalyse zeigt ebenso wie die pflegerechtliche, dass es in vieler Hinsicht an der Professionalität im Umgang mit den Aufgaben der Pflegeplanung und der Gestaltung des Pflegeprozesses fehlt. Die mit Blick auf Haftungsrisiken und Qualitätsprüfung defensiv zu nennenden Umgangsformen mit Aufgaben der Pflegedokumentation offenbaren ein Professionalisierungsdefizit, für das auch externe Faktoren verantwortlich zu machen sind, die es aufzugreifen gilt, wenn die Pflegedokumentationen mit ihren unterschiedlichen „Teilen“ und Zielen die Wirkung entfalten soll, die ihr zugeschrieben werden.

3.3.2.2.5 Sozialleistungsrecht

Während sich die bislang genannten Bedeutungen der Pflegedokumentation jeweils auf die Qualität des Pflegeprozesses beziehen, sind die von den Sozialleistungsträgern mit der Pflegedokumentation verbundenen Zwecke, so sie sich auf die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen, der ordnungsgemäßen Abrechnung etc. beziehen, mit diesen nicht kompatibel. Dies wird auch vereinzelt in der pflegerechtlichen Literatur betont. So ist die zweifellos nicht selten notwendige Überprüfung einer ordnungsgemäßen Abrechnung, der tatsächlichen Erbringung von Leistungen durch die „Kunden“ oder durch die Sozialversicherungsträger sicherzustellen, aber auf der Basis einer eigenständigen Dokumentation, die sich allein auf die Leistungserbringung und nicht auf den Leistungsinhalt und die Beobachtung des Pflegeprozesses bezieht. Datenschutzrechtlich handelt es sich um einen anderen Zweck, der mit der Überprüfung der Abrechnung verbunden wird als den der Qualitätssicherung. Insofern sind auch gesetzliche Abrechnungsüberprüfungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung deutlicher, als das bisher im ambulanten Bereich der Fall ist, voneinander zu trennen. Auch die Pflegedokumentation ist in ihrer Führung und Anlage hier zu differenzieren.

[83] http://projekte.ksfh.de/redudok/redudok/Abschlussbericht_final_08_05_2013.pdf

3.3.2.2.6 Haftungsrecht

Sowohl in der pflegefachlichen als auch in der pflegerechtlichen Literatur hat die Pflegedokumentation einen ganz eigenen und für ihre Führung zum Teil dominanten Bedeutungszusammenhang im Haftungsrecht erhalten. Die Bedeutung und die Gefahr haftungsrechtlicher Inanspruchnahme und die Abwehr als unberechtigt angesehener Regressansprüche, die insbesondere von den Krankenkassen ausgehen, verlangen vom Management von Pflegeeinrichtungen und von den für die Steuerung des Pflegeprozesses Verantwortlichen eine selbstbewusste Haltung und eine hohe Professionalität, was die Risikoabschätzung anbelangt. Als erster richtiger Schritt ist zu werten, den alltagstheoretischen Annahmen über den Zusammenhang dokumentierter Handlungen und der Reduzierung des Haftungsrisikos entgegenzutreten. Das gilt im besonderen Maße für die Interpretation der Garantenstellung der Pflegefachpersonen. Routinehandlungen aus dem Bereich der Grundpflege, wie es das Beikirch-Projekt vorschlägt, müssen und sollten schon aus Effizienzgründen nicht alltäglich dokumentiert werden. Das ist nicht nur überflüssig, sondern vermeidet u.U. dass in der Dokumentation wesentliche Beobachtungen und insbesondere die Ressourcen der PflegeheimbewohnerInnen respektive Pflegekunden sinnvoll festgehalten werden. Der Vorschlag, Abweichungen von den in der Pflegeplanung festgelegten Unterstützungshandlungen mit entsprechender Begründung zu notieren, erscheint richtig und rechtlich belastbar. Die hohe Bewertung des haftungsrechtlichen Risikos im Zusammenhang mit der Durchführung von ärztlichen Heilbehandlungsmaßnahmen im Rahmen der Behandlungspflege durch Pflegefachpersonen ist demgegenüber unter Risk-Managements-Gesichtspunkten nicht nachvollziehbar. Es ist aus der Rechtsprechung und Literatur keineswegs abzulesen, dass die Mitwirkung an Maßnahmen der ärztlichen Heilbehandlung, insbesondere dann, wenn sie sich als Ersatz für den Eigenbeitrag des Patienten, etwa bei der Applikation von täglichen Insulininjektionen handelt, einer anderen Bewertung zuzuführen sind als Routinemaßnahmen bei der Grundpflege. Hier bleiben die AutorInnen der „Kasseler Erklärung“ eine Begründung schuldig. Es wäre vielmehr generell auf die Risikogeneigtheit der Situation respektive einer Handlung abzustellen. Dass behandlungspflegerische Maßnahmen im ambulanten Bereich für die Abrechnung und zur Überprüfung einer korrekten Abrechnung dokumentiert werden müssen, ist richtig. Wie ausgeführt, wird diese Aufgabe und Funktion allerdings nicht im engeren Sinne der Pflegedokumentation im Sinne eines Hilfsinstrumentes für die Pflegeprozessgestaltung zugeordnet. Dass gerade dann, wenn auf ärztlich verordnete und veranlasste behandlungspflegerische Maßnahmen verzichtet wird, die Dokumentation dieses Verzichtes zu begründen und zu dokumentieren ist, erscheint sowohl unter dem Gesichtspunkt einer verantwortlichen, kooperativ gestalteten Pflegeprozessplanung evident als auch unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung haftungsrechtlicher Inanspruchnahme bei daraus resultierenden Zwischenfällen oder Schädigungen.

3.3.2.2.7 Datenschutz und Patientenschutz

Im Sinne einer datenschutzsensiblen und patientenrechteorientierten Führung der Pflegedokumentation besteht noch ganz erheblicher Nachholbedarf, sowohl in der pflegewissenschaftlichen als auch in der pflegerechtlichen Diskussion und Praxis. Pflegewissenschaftlich steht im Vordergrund jeder Pflegehandlung das Wohlergehen des auf Pflege angewiesenen Menschen, die Sicherung und Förderung seiner Selbstbestimmung und die Aushandlung der Ziele, Prioritäten und die Art und Weise des Pflegeprozesses. Pflege ist in ihrem Kern Interaktionskunst. Die

Aushandlungen über den Pflegeprozess, die im Verlauf des Krankheitsgeschehens und des Pflegeprozesses immer wieder neu zu erfolgen haben, sind der Dreh- und Angelpunkt einer subjektorientierten Gestaltung der Pflege und Unterstützung. Die Ergebnisse dieses Aushandlungsprozesses sind auf der einen Seite in der Pflegeplanung niederzulegen, so dass sich die am Pflegeprozess Beteiligten an den Ergebnissen der Aushandlung orientieren können. Sie sind auf der anderen Seite im Gedächtnis der für die Pflegeprozesssteuerung Verantwortlichen zu halten, ohne dass dieses Gedächtnis in Form einer verschriftlichten Pflegedokumentation allen anderen an der Pflege Beteiligten zugänglich sein darf. Ähnlich wie im Verhältnis vom Patient zum behandelnden Arzt gibt es einen spezifischen Vertrauensbereich zwischen der für die Pflegeprozessgestaltung und Aushandlung verantwortlichen Pflegefachperson und dem Patienten respektive dem auf Pflege angewiesenen Menschen. Das was zwischen ihnen ausgehandelt und was in diesem Zusammenhang einer verantwortlichen Pflegefachperson anvertraut wird, kann im Einzelfall ihrer Schweigepflicht unterfallen. Es verfolgt in jedem Fall einen anderen Zweck als die praktikable und informationsgestützte Durchführung des Pflegeprozesses im kooperativen Miteinander innerhalb des Pflegeheimes und mit Kooperationspartnern außerhalb des Pflegeheimes. Insofern liegt es nahe, alle Aspekte der Aushandlung über den Pflegeprozess und der Bewertung desselben allein in der Hand der für den Pflegeprozess verantwortlichen Pflegefachperson zu lassen. Dies hat Konsequenzen für die Gestaltung der Pflegedokumentation und ihrer Differenzierung, ihrer Führung und des Zugriffs auf die jeweiligen Daten. Um dem Zusammenhang mit dem Risiko, dass Pflegehandlungen ohne Zustimmung oder gegen den Willen des auf Pflege angewiesenen Menschen, der HeimbewohnerIn oder Pflegekunden durchgeführt werden, gerecht zu werden, ist unter menschenrechtlichen, unter betreuungsrechtlichen und gegebenenfalls auch unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten besonderer Wert darauf zu legen, dass die *Adhärenz* und der *Informed-Consent*, bezogen auf die in der Pflegeplanung verfolgten Ziele und verabredeten Maßnahmen, ebenso in der Dokumentation berücksichtigt werden wie die sichtbare Weigerung oder der Widerstand gegenüber den in der Pflegeplanung dokumentierten Pflegehandlungen, den behandlungspflegerischen oder anderen ärztlichen Maßnahmen. Bei hirnorganisch veränderten Personen, bei denen die individuelle Steuerungsfähigkeit herabgesetzt ist, sind die zur Vertretung berechtigten Personen (Personen des Vertrauens, Bevollmächtigte, BetreuerInnen) einzubeziehen und ist ihre informierte Einwilligung ebenso zu notieren wie Zweifel an der Legitimation für die gegebenenfalls gegen den Willen durchgeführten Pflegemaßnahmen. Im bayerischen Wohn- und Pflegequalitätsgesetz finden sich entsprechende Verpflichtungen bezogen auf die Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen. Dies wird aber angesichts des hohen Risikos der Verbreitung von Maßnahmen, die das Selbstbestimmungsrecht der HeimbewohnerInnen sowie der Pflegekunden berühren, keineswegs für ausreichend gehalten. Gerade mit Blick auf den in die Zuständigkeit des Landes fallenden wirksamen Schutz von Menschenrechten in Pflegeheimen wird auf diesen Aspekt ein besonderes Gewicht zu legen sein.

Tab. 1: Tabellarischer Ergebnisüberblick aus rechtlicher Perspektive

Pflegefachliche Anforderungen	Abrechnung	Spezielle gesetzliche Anforderungen	Riskmanagement (Schadensvermeidung / Schadensfolgenverlagerung)	Patientenrechte / Datenschutz
Pflegeplanung: für die Gestaltung des Pflegeprozesses und das Erkennen von Risiken erforderliche Informationen (individuelle Ziele aus der Pflegeprozessplanung, Ressourcen, Veränderungen), aus denen sich die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen ergeben	Dokumentation der erbrachten Leistungen zur Abrechnung gegenüber Kostenträgern oder Kunden, soweit vorgeschrieben oder vertraglich geregelt.	PfleWoqG; z.B.: Freiheitsentziehende Maßnahmen	Abweichungen von der Pflegeplanung in risikorelevanter Hinsicht	Informed consent respektive fehlende oder substituierte Einwilligung / Ablehnung
Schnittstellen: Kooperationsabsprachen mit professionellen und anderen Akteuren, die für die Umsetzung und Begleitung des Pflegeprozesses risikorelevant sind, z.B. ärztliche Verordnungen und Veranlassungen		BtMG: Abgabe, Lagerung etc. von Bt	Unvorhersehbare Ereignisse mit Risikobezug und der Umgang mit ihnen	Begrenzung auf das Erforderliche, Einwilligung in Datenspeicherung und Weitergabe
Pflegeorganisation: wer ist wann für welche Aufgaben und für welche BewohnerInnen bzw. Pflegekunden für die Durchführung der Pflegepla-		IfSG: meldepflichtige Erkrankungen etc.		Einbeziehung von Bevollmächtigten/BetreuerInnen und ihre Entscheidungen; ggf. gerichtliche Genehmigungen von FEM, Zwangsmaßnahmen etc.

nung verant-wortlich				
Evaluation: Ergebnisse der Evaluation und Fortschreibung der Pflegepla-nung				

4 Der Forschungsauftrag aus der pflegewissenschaftlichen Perspektive (Steffen Fleischer)

4.1 Operationalisierung des Forschungsauftrags und erkenntnisleitende Fragestellungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht

4.1.1 Fachliche Begründung und Beschaffenheit der Pflegedokumentation in der stationären Langzeitpflege

Die Pflegedokumentation soll den Pflegeprozess mit den individuellen Entscheidungen für bestimmte Pflegemaßnahmen abbilden und so einen Überblick über alle notwendigen Informationen für alle an der Versorgung des pflegebedürftigen Menschen Beteiligten bereithalten.

Hierzu gehören Informationen über Biographie, individuelle Bedürfnisse, Ressourcen und Probleme. Für einen unbeteiligten Dritten soll nachvollziehbar sein, wie der Pflegeprozess gestaltet wurde und welche Maßnahmen aktuell, auf welche Weise durchzuführen sind. Die Dokumentation ist somit Ort der gesammelten, geordneten, gespeicherten und ausgewerteten Informationen über den (Pflegeprozess des) Menschen. (Selinger et al. 2007, S. 18). Neben dieser rein dokumentarischen, retrospektiven Funktion soll die Pflegedokumentation in der Form der Pflegeplanung aber auch eine prospektive, arbeitsprozessgestaltende Wirkung entfalten.

Es lassen sich 5 Funktionsbereiche der Pflegedokumentation identifizieren:

1. Die Pflegedokumentation ist inner- und interprofessionelles Informationsmedium mit dem Ziel, einzelne Pflegehandlungen weiterzuleiten, zu koordinieren und ihre Kontinuität zu sichern.

2. Das professionelle und auf den individuellen Menschen bezogene Pflegehandeln wird nach aktuellem wissenschaftlichem Stand belegt.

3. Es wird die Kontrolle von Wirksamkeit und Qualität des innerprofessionellen Handelns ermöglicht.

4. Die Dokumentation belegt die Wirtschaftlichkeit des Pflegehandelns.

5. Die Pflegequalität wird rechtlich abgesichert (Selinger et al. 2007, S. 18).

Um diese Ziele zu erreichen, muss die Pflegedokumentation drei Qualitätsanforderungen gerecht werden:

1. Für ein möglichst vollständiges Bild des pflegebedürftigen Menschen und seiner Situation muss inhaltliche Vollständigkeit angestrebt werden.

2. Die Informationen müssen konkret und handlungsleitend sein.

3. Der Pflegeverlauf muss konsistent und systematisch dargestellt werden. (Selinger et al. 2007: 19)

In Übereinstimmung hiermit ergeben sich als Basiselemente der Pflegedokumentation nach Mahlberg-Breuer und Mybe (2007):

1. Das Sammeln von Informationen

- Stammdaten und Erstgespräch, Pflegeanamnese, Biographiebogen, Ärztliche Verordnung;
- Zusatzelemente: ggf. Assessmentbögen

2. Das Erkennen von Problemen und Ressourcen des Bewohners/der Bewohnerin

- Erkennen von Problemen und Ressourcen nach den 13 ABEDL von Krohwinkel (bzw. jeweilig genutztes Pflegemodell);
- Zusatzelemente: keine

3. Das Festlegen der Pflegeziele

- Nah- und Fernziele, ggf. Erhaltungsziele;
- Zusatzelemente: keine

4. Das Planen der Pflegemaßnahmen

- über Tagesstrukturplan, handlungsleitend formuliert, Hinweis auf Pflegediagnosen und Standards;
- Zusatzelemente: keine

5. Die Durchführung der Pflege

- Leistungsnachweise: Einzel- oder En-bloc-Nachweise;
- Zusatzelemente: ggf. Lagerungs-, Trink-, Ernährungs-, Bilanzierungs-, Miktions-, Vitalwerte-, Schmerzprotokoll, Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen, Leistungsnachweis Sozialer Dienst

6. Die Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den/die BewohnerIn

- Pflegebericht: ggf. Wunddokumentation, Bericht des Sozialen Dienstes, Bericht von externen TherapeutInnen

All diesen geforderten Qualitäten und Bestandteilen einer Pflegedokumentation kann jedoch nicht entnommen werden, welcher Umfang innerhalb dieser Qualitätsdimensionen erforder-

lich ist, um auf der Ebene der Ergebnisqualität einen positiven, d.h. qualitätssichernden Effekt zu erzielen.

4.1.1.1 Pflege-Outcomes

Die interessierenden Outcomes orientieren sich an dem Minimum Data Set 3.0 (MDS 3.0), welches für die stationäre Langzeitpflege folgende Qualitätsindikatoren (quality measures) vorgibt (eigene Übersetzung):

- Prozent der Bewohner, die einen oder mehrere Stürze mit daraus resultierenden erheblichen Verletzungen erlitten
- Prozent der Bewohner, die mäßige bis starke Schmerzen angeben
- Prozent der Hoch-Risiko-Bewohner mit bestehendem Dekubitus
- Prozent der Bewohner, deren Grippe-Risiko eingeschätzt wurde und die eine Impfung erhalten haben
- Prozent der Bewohner, deren Pneumokokken-Risiko eingeschätzt wurde und die eine Impfung erhalten haben
- Prozent der Bewohner, die eine Harnwegsinfektion haben
- Prozent der Bewohner mit Harn- oder Stuhlinkontinenz
- Prozent der Bewohner, denen einen Blasenverweilkatheter zeitweise oder dauerhaft gelegt wurde
- Prozent der Bewohner mit physischer Fixierung (Freiheitsentziehende Maßnahmen)
- Prozent der Bewohner, deren Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens gestiegen ist
- Prozent der Bewohner mit hoher Gewichtsabnahme
- Prozent der Bewohner mit Anzeichen einer Depression
- Prozent der Langzeitbewohner, die ein Neuroleptikum erhalten (http://www.cms.gov).

Die MDS 3.0-Kriterien sind bewohnerorientiert formuliert und fokussieren direkte Qualitätsmerkmale des Pflegeprozesses. Anhand der Dokumentation sind diese quantitativ gut auswertbar und können gut nachvollzogen werden.

Die MDK-Prüfkriterien werden zur Identifikation der Qualität auf BewohnerInnenebene als weniger geeignet angesehen, da sich diese nur zum Teil mit Outcomes auf dieser Ebene beschäftigen.

4.1.2 Forschungsfrage und untersuchte Endpunkte aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

Auf Grundlage dieser Ausgangsproblematik, insbesondere des Fehlens pflegewissenschaftlicher Grundlagen, bietet sich die Durchführung einer systematischen Literaturrecherche an, um evidencebasierte Mindestanforderungen[84] zu identifizieren und Handlungsempfehlungen zu formulieren. Die Recherche erfolgt auf Basis der folgenden Forschungsfrage:

Welche Kriterien muss eine Pflegedokumentation in der stationären Langzeitpflege erfüllen, um auf der Bewohnerebene eine Verbesserung der Pflegeoutcomes zu erreichen?

4.2 Methodik der Recherche und Bewertung der pflegewissenschaftlichen Perspektive

4.2.1 Die Fragestellung im PIKE-Schema

P – Pflegebedürftiger	Personen, die in der stationären Langzeitpflege versorgt werden
I – Intervention	Form einer schriftlichen Pflegeplanung bzw. Pflegedokumentation
K – Kontrollintervention	Andere Form einer schriftlichen Pflegeplanung bzw. Pflegedokumentation ODER keine schriftliche Pflegeplanung bzw. Pflegedokumentation
E – Ergebnismaß	Pflege-Outcomes auf Ebene des Pflegebedürftigen

4.2.2 Recherchestrategie

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum vom 28.01. bis 12.02.2014 statt. Es wurden die Datenbanken MEDLINE, Cochrane Library (incl. CENTRAL), Leitlinien in Guidelines.gov, CINAHL und dem KVK durchsucht. Zusätzlich wurden die Literaturverzeichnisse relevanter Arbeiten hinsichtlich geeigneter Literatur durchgesehen. Eine zusätzliche Befragung von Experten, die ansonsten nicht in dieses Projekt involviert waren, fand nicht statt. Mit Ausnahme des KVK fand bei der Formulierung der Suchanfragen in den einzelnen elektronischen Datenbanken vorab keine Einschränkung auf randomisierte kontrollierte Studien statt.

[84] Also die therapeutische Dosis der Pflegedokumentation.

4.2.3 Methodische Limitationen im Teil-Auftrag „Pflegewissenschaftliche Perspektive“

Die Einschlusskriterien waren dahingehend streng formuliert, dass für einen Wirksamkeitsbeleg als geeignetes Studiendesign nur RCTs akzeptiert wurden. Mit dieser Entscheidung, ergab sich, dass Studien, die vormals häufig als Belege für die Wirksamkeit des RAI angeführt wurden, in diesem Review ausgeschlossen wurden. Insbesondere die Untersuchungen, die im Rahmen der OBRA 87 durchgeführt wurden (Fries et al. 1997; Hawes et al. 1997a; Hawes et al. 1997b; Mor et al. 1997; Phillips et al. 1997), stellten sich bei genauerer Betrachtung als nicht randomisierte Studien mit einem historischen Vergleich heraus (die Ausschlussgründe aller ausgeschlossenen Studien sind in 7.5 dargelegt).

Die Einschränkung auf die MDS 3.0-Kriterien als relevante Outcomes kann insofern diskutiert werden, als dass diese Kriterien auch Aspekte umfassen, die in Deutschland kaum in den Verantwortungsbereich der Pflege, sondern vielmehr in den der Medizin fallen[85]. Die Suchstrategie war jedoch so sensitiv angelegt, dass auch Studien mit anderen Outcomes in den Suchergebnissen zu finden gewesen wären, dies war jedoch nicht der Fall. Die Entscheidung zum Einbezug aller MDS 3.0-Kriterien, also auch der medizinischen Aspekte hätte im Zweifelsfall aus der Perspektive von Kritikern dieser Kriterien eher dazu geführt, dass falsch positive Treffer produziert worden wären. Dies war aber ebenfalls nicht der Fall. Zudem besteht eine ausreichende Übereinstimmung mit anderen Kriterien-/Indikatorenkatalogen wie z.B. von Wingenfeld et al. (2011).

Die Literaturrecherche kann somit insgesamt als umfassend und ausreichend sensitiv bezeichnet werden. Als eine mögliche Limitation könnte noch der Verzicht auf eine Recherche in Datenbanken zur Studienregistrierung, wie etwa in Current Controlled Trials[86], betrachtet werden. Das Risiko, dass dadurch relevante Studien nicht berücksichtigt wurden, wird aber als vernachlässigbar gering eingestuft.

Zur Frage nach geeigneten einzelnen diagnostischen Tools/Assessements konnte mit der Einschränkung auf RCTs keine einzige Studie gefunden werden (lediglich eine Studie wurde hier im Volltext geprüft; da sie gleichzeitig aber auch noch weitere Interventionsbestandteile umfasste, wurde sie ausgeschlossen). Bei der Vielzahl an Risikoassessments und diagnostischen Tools, die zurzeit auf dem Markt sind scheint dies auf den ersten Blick ein Mangel der durchgeführten Literaturrecherche zu sein. Tatsächlich gibt dieses Suchergebnis aber ein generelles Problem der in der Pflege verwendeten Assessmentinstrumente wieder: über eine Prüfung der Reliabilität und Validität hinaus werden so gut wie nie weiterführende Untersuchungen vorgenommen; der Impact, den diese Instrumente auf relevante Outcomes haben bleibt häufig un-

[85] Vor allem die Kriterien, die den Impfschutz der Bewohner betreffen.

[86] http://www.controlled-trials.com/mrct/.

klar[87]. Mittlerweile werden Risikoassessmentskalen aber auch in den aktuellen Expertenstandards aufgrund ihres unklaren bzw. nicht nachgewiesenen Nutzens nicht mehr empfohlen.

4.2.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden konnten randomisiert kontrollierte oder klinisch kontrollierte Studien, die verschiedene Formen der Pflegedokumentation im stationären Setting (elektronisch ggü. Papierdokumentation, RAI mit keiner oder anderer Dokumentation) verglichen und als Zielparameter mindestens eines der im Minimum Data Set MDS 3.0 verzeichneten nutzerInnenrelevanten Kriterien untersucht. Die Population von Interesse waren NutzerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen. Bezüglich des Alters der NutzerInnen wurde keine Einschränkung getroffen. Des Weiteren wurde keine Einschränkung bezüglich des Publikationsdatums und der Sprache der Veröffentlichung vorgenommen. Die Kriterien werden im Folgenden noch einmal ausführlicher beschrieben.

4.2.4.1 Studiendesign

Es wurden ausschließlich Studien eingeschlossen, die dem Design einer RCT entsprachen. Studien, die andere Designs wählten, werden ausschließlich im Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** gewürdigt und in Bezug zu den Ergebnissen der RCTs gesetzt.

4.2.4.2 Gruppe der Pflegebedürftigen/NutzerInnen und Setting

Die untersuchte Studienpopulation sollte Pflegebedürftigen entsprechen, die dem deutschen System entsprechend in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung leben.

4.2.4.3 Systeme der Pflegedokumentation als relevante Interventionen

Im Folgenden werden verschiedene Systeme der Pflegedokumentation beschrieben, die mögliche Ansätze für einen Vergleich hinsichtlich der Fragestellung bieten.

4.2.4.3.1 Formen der papiergestützten Pflegedokumentation

Eine Möglichkeit zur Unterscheidung von Dokumentationssystemen besteht neben der konzeptionellen Ebene (zum Beispiel verschiedene theoretische Rahmenmodelle) auch auf einer technischen Ebene (je nach Ausmaß der IT-Integration).

Die traditionelle Form der Pflegedokumentation erfolgt handschriftlich auf Papier. Bis heute findet diese Methode in zahlreichen Einrichtungen Anwendung (Abt-Zegelin und Schaaf 2011). Allerdings weisen Ammenwerth et al. (2003) auf Probleme hin, die bei der Anwendung der Papierdokumentation auftreten können:

---

[87] Untersuchungen wie diese stellen eher die Ausnahme dar: Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., Mühlhauser, I. (2009): Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone. A cluster-randomised trial. Age Ageing, 38: 417-423. Die Studie befand sich nicht unter den Suchtreffern der systematischen Literaturrecherche, hätte aber den Einschlusskriterien entsprochen. Eine nachträgliche Bewertung der Biasrisiken ergab insgesamt ein niedriges Risiko für eine systematische Verzerrung der Studienergebnisse und es konnten keine Vorteile für die Verwendung eines Sturzassessmentinstrumentes nachgewiesen werden. Somit werden die Ergebnisse der Literatur übersicht gestützt und auf einen nachträglichen Einschluss der Studie verzichtet.

- So ist die Dokumentation z.B. in Bezug auf die Informationssammlung, notwendige Pflegemaßnahmen sowie den Pflegebericht häufig unvollständig.
- Die Datierung von Einträgen und Unterschriften fehlen.
- Vorgegebene Formulare sind nicht ordnungsgemäß angewendet. Sie weisen Unvollständigkeiten in den zu erhebenden Parametern auf; es besteht die Gefahr, dass es selbst bei der Anwendung standardisierter Assessmentinstrumente zu falschen Ergebnissen und Eintragungen kommt.
- Formulierungsprobleme seitens der Pflegefachpersonen führen zu einer reduzierten Nachvollziehbarkeit der Pflegesituationen und des durchgeführten Pflegeprozesses.
- Die Dokumentation erfolgt nicht zeitnah an das entsprechende Ereignis oder die jeweilige Tätigkeit, sondern wird nachträglich aus dem Gedächtnis niedergeschrieben. Das birgt die Gefahr der Unvollständigkeit.
- Durch die handschriftliche Verfassung kann es dazu kommen, dass die Dokumentation partiell überhaupt nicht lesbar und somit auch nicht nachvollziehbar ist.
- Die Pflegedokumentation liegt nur in einfacher Form vor, so dass sie nicht für alle an der Behandlung und Pflege beteiligten Personen jederzeit zur Verfügung steht.

Diese Probleme lassen vermuten, dass die Anwendung IT-gestützter Pflegedokumentation einen Vorteil hinsichtlich der Prozess- aber auch der Ergebnisqualität birgt.

4.2.4.3.2 Formen IT-gestützter Pflegedokumentation

Einige der eben genannten Probleme der Papierdokumentation sollen durch die Verwendung von IT-gestützter Dokumentation beseitigt bzw. verringert werden (Ammenwerth et al. 2002). So können Aufforderungsmechanismen daran erinnern, dass Pflegepläne abgezeichnet oder Pflegeplanungen evaluiert werden müssen (Abt-Zegelin und Schaaf 2011). Weiterhin stehen dem Nutzer im System enthaltene Vorgaben, wie beispielsweise vordefinierte Pflegepläne, zur Verfügung, so dass es nicht erforderlich ist, eigene Formulierungen zu finden (Ammenwerth et al. 2002). Die Speicherung der Daten erfolgt in einem elektrischen Medium, so dass jeder Berechtigte, zu jeder Zeit auf die Dokumentation zugreifen kann – auch zur gleichen Zeit. Ein weiterer Vorteil wäre, dass die Dokumentation besser les- und auswertbar ist (Ammenwerth et al. 2002).

Allerdings birgt diese Dokumentationsform auch Nachteile. Sie kann nur dann sinnvoll eingesetzt werden, wenn den MitarbeiterInnen Anwendungsschulungen angeboten werden. Zu Beginn der Nutzung steigt der Zeitaufwand für die Dokumentation, da noch kein routinierter Umgang mit dem System möglich ist. Diese Zeit fehlt dann eventuell in der Versorgung der NutzerInnen. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass die Formulierungsvorschläge dazu verleiten, die Pflegedokumentation zu standardisieren und nicht mehr auf die individuellen NutzerInnenbedürfnisse anzupassen (Abt-Zegelin und Schaaf 2011). Insofern lässt sich trotz der oben

beschriebenen Nachteile papiergestützter Pflegedokumentationssysteme ohne eine entsprechende empirische Evaluation keine Handlungsempfehlung aussprechen.

4.2.4.3.3 Komplexe Instrumente zur umfassenden Pflegeplanung und -dokumentation in der stationären Langzeitpflege am Beispiel das Resident Assessment Instrument (RAI)[88]

In 5.1.4.4 werden einige andere komplexe Instrumente zur handlungsleitenden Pflegedokumentation genannt, im Folgenden soll am Beispiel des RAI eines näher beschrieben werden.

Das RAI wurde in den USA Ende der Achtzigerjahre entwickelt, um gravierenden Qualitätsmängeln in der stationären Langzeitpflege zu begegnen (Garms-Homolová und Gilgen 2000). Für die Entwicklung des Instrumentes beauftragte die amerikanische Gesundheitsbehörde (HCFA, heute CMS = Center for Medicare and Medicaid Services) ein Konsortium von Fachleuten mit Vertretern aus verschiedenen relevanten Bereichen, wie Pflege, Sozialarbeit, Medizin, Physiotherapie, Gesprächstherapie, Ernährung etc. Es erfolgte die Entwicklung eines Konzeptes sowie eines Instrumentes. Nach dieser Entwicklungsphase kam es zur ersten Erprobung des Assessments in der Langzeitversorgung, wobei der Fokus auf Anwendbarkeit und Durchführbarkeit der Datenerhebung lag. Im Anschluss erfolgten die Testung der Reliabilität und Validität sowie eine weitere Untersuchung im Feld. Hierbei war der Fokus auf den Implementierungsprozess gerichtet. Seit 1990 ist für alle aus öffentlichen Geldern finanzierten Langzeitpflegeeinrichtungen der USA die Verwendung des RAI verpflichtend eingeführt (Garms-Homolová und Gilgen 2000).

Mittlerweile wird das Resident Assessment Instrument international angewendet. So ist heute ein internationales Konsortium, das interRAI, für die Koordination von Initiativen, Qualitätsstandards und Forschungsprojekten zuständig. Zwischenzeitlich wurden weitere Instrumente für verschiedene Settings entwickelt, so dass mittlerweile eine ganze Instrumentenfamilie vorliegt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Übersicht über die RAI-Familie

Original	Deutschsprachige Übersetzung
RAI-Nursing Home (RAI-NH)	RAI für Alters- und Pflegeheime
RAI-Home Care (RAI-HC)	RAI für Spitex (Ambulante Pflege in der Schweiz)
RAI-Mental Health (RAI-MH)	RAI für Psychiatrie

[88] Es fand keine ausschließliche Festlegung auf das RAI statt, jedoch ließen sich in der Literaturrecherche keine anderen systematischen international zur Anwendung kommenden Ansätze identifizieren.

RAI-Palliative Care (RAI-PC)	RAI für palliative Pflege
RAI-Post Acute Care (RAI-PAC)	RAI für die Rehabilitation

Quelle: Q-Sys AG

Zusätzlich erfolgte die kontinuierliche Weiterentwicklung des Resident Assessment Instrumentes. Aktuell liegt die Version RAI 3.0 für die stationäre Langzeitpflege vor, das aus 3 wesentlichen Komponenten besteht:

1. Dem Minimum Data Set (MDS):

Hierbei handelt es sich um ein pflegerisch-geriatrisches Assessment. Dieses dient dazu, vorhandene Ressourcen und mögliche Beeinträchtigungen der NutzerInnen differenziert einschätzen zu können. Im Folgenden wird darauf aufbauend die Pflege und Betreuung individuell und bedarfsgerecht geplant. Diese Erhebung erfolgt erstmals bei Heimeintritt. Danach folgt eine halbjährliche Zwischenbeurteilung in reduzierter Form sowie eine Gesamtbeurteilung aller zwölf Monate. Kommt es jedoch zu einer signifikanten Zustandsveränderung der Nutzerin oder des Nutzers, ist ein neues vollständiges Assessment durchzuführen (Q-Sys AG).

2. Dem RAI-Handbuch:

Dieses Handbuch bietet Anleitungen zur Nutzung des RAI`s für die entsprechenden Anwender. Es enthält Hinweise, wie das Assessment am besten vervollständigt werden kann. Weiterhin bietet es ein Gerüst zur Verbindung des MDS mit anderen klinischen Informationen (CMS RAI Version 3.0 Manual).

3. Den Abklärungshilfen - Resident Assessment Protokolle (RAPs):

„Sie stellen eine Verbindung zwischen der Klientenbeurteilung und den Zielen des Pflegeplans dar“ (Garms-Homolová & Gilgen 2000). Anhand der RAP lassen sich potentielle Problemfelder der NutzerInnen identifizieren. Dazu werden entsprechende Abklärungshilfen angeboten.

Tabelle 4: Problemfelder, für die Abklärungshilfen im RAI angeboten werden

Problemfeld	Problemfeld
Delir	Kognitive Beeinträchtigung/ Demenz
Sehfähigkeit	Kommunikative Fähigkeiten /Hören
Rehabilitationspotenzial/ ADL	Urininkontinenz/ Dauerkatheter
Wohlbefinden	Stimmungslage
Auffälliges Verhalten	Aktivitäten
Stürze	Ernährungszustand
Ernährungssonde	Dehydration/ Flüssigkeitsbilanz
Mundpflege	Druckgeschwüre/ Dekubitus
Psychopharmaka	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
Schmerz	Beteiligung an Gemeinschaftsmaßnahmen

Quelle: CMS RAI Version 3.0 Manual

Die RAP dienen jedoch nur zur Unterstützung der Identifikation, sie stellen keine Leitlinie dar, wie mit den Problemen umgegangen werden soll. Dazu sollen weiterhin aktuelle, evidence-basierte klinische Instrumente und Standards verwendet werden. Auch erheben diese Hilfen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. So können die NutzerInnen darüber hinaus in weiteren Feldern Probleme haben, die in den RAP nicht aufgeführt werden (CMS `s RAI Version 3.0 Manual**).** Das Ziel dieses Vorgehens ist es, die NutzerInnen ganzheitlich, mit ihren individuellen Eigenschaften zu betrachten. Mit diesen Informationen kann ein Pflegeplan erstellt werden, der auf die Bedürfnisse der Nutzerin/des Nutzers abgestimmt ist (CMS `s RAI Version 3.0 Manual).

4.2.4.3.4 Einzelne diagnostische Tools

Neben den komplexen Instrumenten waren auch diagnostische Tools von Interesse, die nur für bestimmte Teilaspekte des Pflegeprozesses als Assessment und Dokumentationsgrundlage herangezogen werden. Typische Beispiele für solche Tools sind das Mini Nutritional Assessment (MNA) im Bereich der Ernährung oder auch Risikoeinschätzungstools wie der Timed „Up and Go“ Test und Dekubitusrisikoskalen.

4.2.4.4 Untersuchte Endpunkte

Als relevante Endpunkte wurden klinische Outcomes entsprechend dem MDS 3.0 definiert.

4.2.5 Datenextraktion und Beurteilungskriterien

Die Ergebnisse der Literaturrecherche aller genutzten Datenbanken wurden mit dem Literaturverwaltungsprogramm Citavi Team 4.3 zusammengefasst und hinsichtlich vorhandener Dopplungen durchgesehen. Titel und (sofern vorhanden) Abstract der verbleibenden Treffer wurden hinsichtlich ihrer Relevanz für die Fragestellung beurteilt.

Die ausgewählten Studien wurden anhand eines Rasters beurteilt, welches Informationen zur Zielstellung der Untersuchung, zu Studienpopulation, Intervention und Kontrollintervention, sowie Outcomeparametern abfragt. Neben den Ergebnissen und Schlussfolgerungen der Autoren werden Verzerrungsrisiken in Anlehnung an das Cochrane Risk of Bias Assessment Tool benannt.

4.3 Dokumentationserfordernisse aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Die initiale Datenbankrecherche erbrachte 3101 Treffer, aus weiteren Quellen stammten 34 Arbeiten.

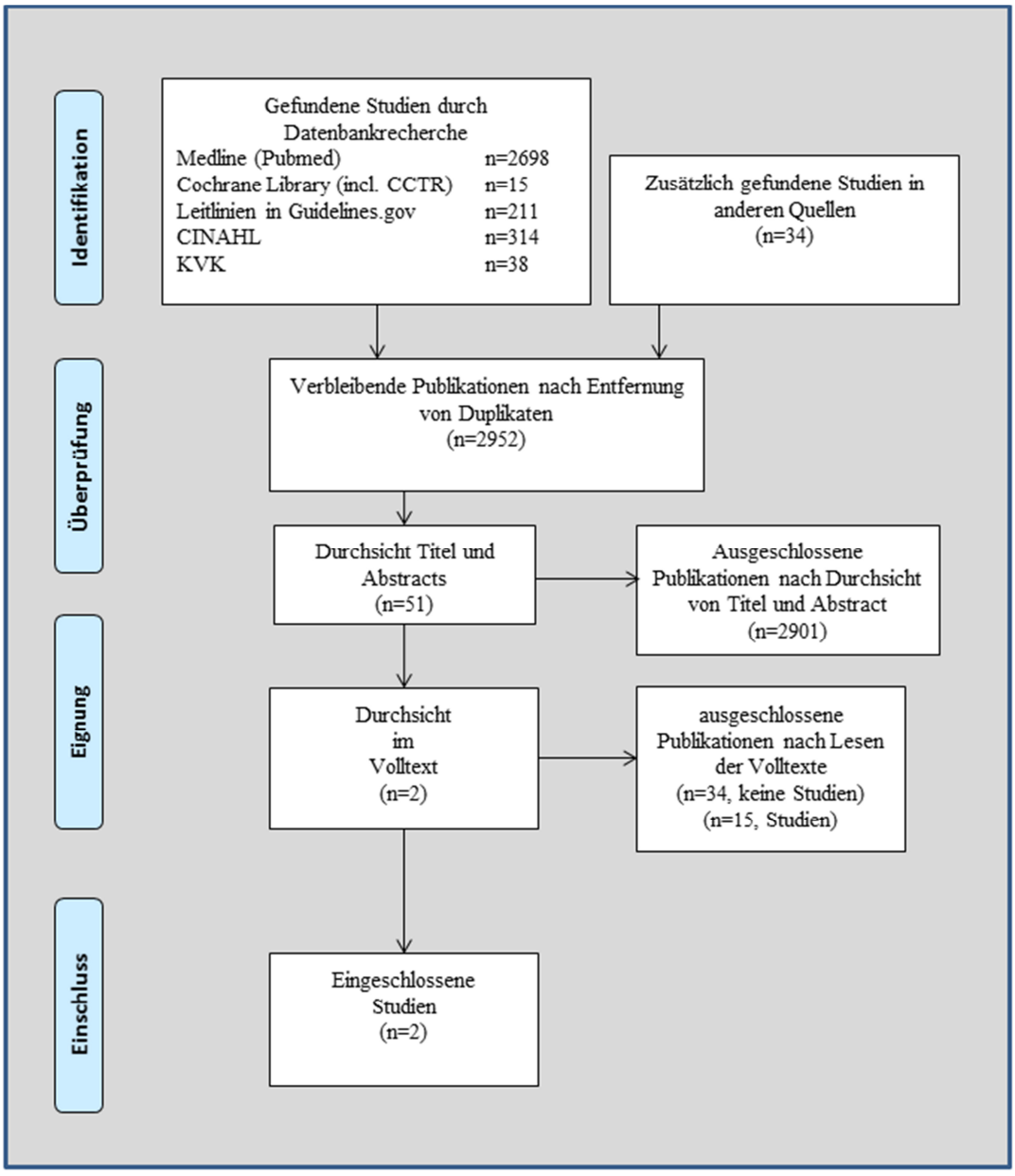

Abbildung 4: PRISMA Flussdiagramm Teil-Auftrag Pflegewissenschaftliche Perspektive

Nach der Entfernung der Duplikate konnten 2952 Veröffentlichungen auf ihre Eignung im Hinblick auf die Fragestellung beurteilt werden. Hierzu wurden zunächst Titel und Zusammenfassung überprüft. In diesem Schritt konnten 2901 Publikationen ausgeschlossen werden. Die Durchsicht der Volltexte brachte überwiegend Publikationen, die keine empirischen Untersu-

chungen im Sinne einer Studie darstellten (n=34), die Ausschlussgründe der in diesem Schritt ausgeschlossenen Studien (n=15) sind in Kapitel 7.5 beschrieben.

Die verbleibenden Treffer (n=2) wurden analysiert. Im Ergebnis konnten zwei Arbeiten in die Übersicht aufgenommen werden. Die Gliederung/Darstellung der eingeschlossenen Studien folgt im Gegensatz zur Darstellung der eingeschlossenen Studien in Kapitel 5.3 nicht der Logik unterschiedlicher Outcomes, sondern der Logik der Vergleiche von Interventionen.

4.3.1 Beschreibung der eingeschlossenen Studien, Vergleich papiergestützter versus IT-gestützter Dokumentationssysteme

Für diesen Vergleich konnte in der Trefferliste der Recherche eine Übersichtsarbeit (Urquhart et al. 2009) identifiziert werden. Diese Übersichtsarbeit setzte sich mit dem Vergleich papiergestützter und IT-gestützter Systeme in verschiedenen Settings auseinander, aus der Übersichtsarbeit konnte letztlich eine Primärstudie eingeschlossen werden (Daly et al. 2002).

Daly, Jeanette M.; Buckwalter, Kathleen; Maas, Meridean (2002): Written and computerized care plans. Organizational processes and effect on patient outcomes. In: *J Gerontol Nurs* 28 (9), S. 14–23.

Die Bias-Risiken der eingeschlossenen Studie sind in nächsten Abschnitt zusammengefasst. In der Studie wurde eine papiergestützte Pflegedokumentation mit einer IT-gestützten Pflegedokumentation verglichen[89]. Als Outcomes wurden in der randomisierten kontrollierten Studie auf der Ebene der Pflegebedürftigen die ADLs, die Schmerzwahrnehmung, kognitive Fähigkeiten, Medikation, Einsatz von abführenden Medikamenten, Obstipation, Gewicht, Nahrungszufuhr sowie die Veränderung des Hautzustands (Dekubitalgeschwüre) evaluiert. Zudem wurden Prozessdaten erhoben (Anzahl dokumentierter Pflegediagnosen, Interventionen und Aktivitäten sowie benötigte Zeit für die Dokumentation).

Es ergaben sich auf der Outcome-Ebene der Pflegebedürftigen (die den Outcomes für diesen Teil der Übersichtsarbeit entsprachen) keine Vorteile für die Interventionsgruppe[90]. Auf der Ebene der Prozessdaten zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe mehr Pflegediagnosen, Interventionen und Aktivitäten dokumentiert waren. Ebenso beanspruchte die Dokumentation in der Interventionsgruppe einen höheren Zeitaufwand, der sich zwar über die Messzeitpunkte der Studie verringerte, jedoch nicht das Niveau der papiergestützten Pflegedokumentation erreichen konnte. In der Publikation der Studie sind keine Effekte angegeben, weder als Punkt- noch als Intervallschätzer, somit ist eine Einordnung möglicher Effekte über die beschriebenen Signifikanztests hinaus nicht möglich.

Die Studie weist einige nicht unerhebliche methodische Mängel auf, die die Aussagekraft der Studie stark einschränken. Zu den Problemen der eingeschränkten internen Validität kommen weitere Einschränkungen bzgl. der externen Validität hinzu. So wurde die Studie um die Jahr-

[89] In beiden Gruppen wurde mit NANDA-I-Pflegediagnosen gearbeitet.

[90] Die Gruppe mit der IT-gestützten Pflegedokumentation.

tausendwende durchgeführt, mittlerweile gibt es aber zahlreiche technologische Weiterentwicklungen. Die in der Studie beschriebene Form der IT-gestützten Pflegedokumentation ist vom heutigen Standpunkt aus veraltet (dies betrifft insbesondere die Ausstattung im Rahmen des Projekts mit einem einzigen stationären Computer für die gesamte Interventionsgruppe - ohne Vernetzung -, aber auch die Beschaffenheit der Software dürfte mittlerweile eine andere sein). Auch bei angenommener ähnlicher technischer Ausstattung heutzutage bestünden für die Übertragbarkeit in den deutschen Versorgungskontext Einschränkungen hinsichtlich der in der IT-Anwendung implementierten NANDA-Systematik, da diese in Deutschland kaum in der Praxis der stationären Langzeitpflege anzutreffen ist.

Tabelle 5: Risk of Bias Tabelle Daly 2002

Daly et al.	Bewertung	Beschreibung
Erstellung der Randomisierungssequenz	?	Nur als „residents were randomly assigned to group“ beschrieben
Verdeckte Zuteilung	?	Nicht beschrieben
Verblindung der Teilnehmer und des Personals	⛔	Nein
Verblindung der Datenerhebung	⛔	Nein
Umgang mit fehlenden Werten	⛔	Erheblicher Anteil fehlender Werte, die dazu auch nicht als solche berücksichtigt wurden (kein ITT)
Selektive Berichterstattung	?	Keine Registrierung, kein publiziertes Studienprotokoll
Andere Bias-Risiken	⛔	Es ist nicht klar, ob sich die intervenierenden Pflegefachpersonen systematisch in wichtigen Eigenschaften voneinander unterschieden (allerdings beschrieben: IG: „computer literate“ und KG: „not computer literate“)
⊕ = geringes Risiko für Bias; ⛔ = hohes Risiko für Bias; ? = unklares Risiko für Bias		

4.3.2 Beschreibung der eingeschlossenen Studien - komplexe Rahmenmodelle

Für diesen Vergleich konnte in der Literaturrecherche lediglich eine Primärstudie identifiziert werden, die den Einschlusskriterien entsprach.

Becker, Christiane; Behncke, Anja; Börner, Michaela; Hoben, Matthias; Kuß, Oliver; Selinger, Yvonne et al. (2012): Implementierung des Resident Assessment Instruments (RAI) als Qualitätsentwicklungsinstrument in der stationären Langzeitpflege. In: Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd (Hg.): Ergebnisbericht des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd im Netzwerk Nursing Research. 2. Förderphase 2007-2011, S. 23–66.

Das Forschungsprojekt "Implementierung des Resident Assessment Instruments Qualitätsentwicklungsinstrument der stationären Langzeitpflege" im Rahmen des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd wurde in zwei Publikationen beschrieben (Becker und Behrens 2012; Becker et al. 2012). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde im Design einer cluster-randomisierten klinischen Studie die Daten von 1200 Bewohnern von 19 stationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen analysiert. In der Interventionsgruppe, zu welcher zehn Pflegeheime mit 766 teilnehmenden BewohnerInnen gehörten, wurde das RAI als Dokumentationssystem eingeführt. In der Kontrollgruppe, bestehend aus neun Pflegeheimen mit 434 Bewohnern, wurde auf herkömmliche Weise dokumentiert. Die Gruppen wurden im Hinblick auf den funktionalen Status (ADL-Index) untersucht. Sekundäre Zielgrößen waren Gewichtsverlust, Dekubitusprävalenz, der Übergang in höhere Pflegestufen oder in stationäre Akutbehandlung. Weiterhin wurde die Qualität der Dokumentation mit Hilfe eines hierfür entwickelten Rasters sowie die Lebensqualität mit dem Nottingham Health Profile erfasst. Die Dauer der Intervention betrug 12 Monate. Die Einschätzung des Bias-Risikos der Studie ist in Kap. 4.3.1 dargestellt.

Die Studie weist insgeamt eine gute methodische Qualität auf, jedoch ergeben sich hinsichtlich der Implementierung der Intervention post-hoc offene Fragen, die im Rahmen sekundärer Analysen, insbesondere qualitativer Interviews mit Pflegenden, beantwortet werden. In der Interventionsgruppe[91] brachen zwei Cluster die Studie vorzeitig ab. Wie sich zeigte, hing der Studienabbruch direkt mit der Studienintervention zusammen. Insgesamt wurden die erlebten Veränderungen in der Pflegepraxis auf der fachlichen Ebene als überwiegend positiv eingestuft. Als Einschränkung der RAI-Implementierung wurde häufig die Mehrarbeit durch die Implementierung berichtet, die nicht „sofort positive Auswirkungen auf die direkte Pflege der Bewohner zeigte" (Becher et al. 2012). Zudem wurden weitere externe Aspekte beschrieben, die die Implementierung des RAI erschwerten:

„Bedeutsam waren hierbei die als existenziell bedrohlich wahrgenommene Personalsituation sowie der Einfluss von MDK und Heimaufsicht. Die Kontrolle der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zu zumeist medizinisch/technischen Aspekten führte einerseits zum heutigen Qualitätsniveau, andererseits verhindert sie jedoch auch die Anwendung von genuin pflegerischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die gesetzlich nicht vorgeschrieben sind (Hoben, 2010; Twenhöfel, 2007)." (Becker et al. 2012, S. 51)

[91] Die Gruppe, die mit RAI gearbeitet hat.

Für die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen ergab sich vor dem Hintergrund der Anforderungen des MDK eine gewisse Doppelbelastung, da die Anforderungen des MDK und des RAI zum Teil parallel erfüllt werden mussten. Im Zweifel entschieden sich die verantwortlichen Führungspersonen der Pflegeeinrichtungen im Interesse der eigenen Institution für die Anforderungen des MDK. Dieses Problem beträfe nicht nur die Umsetzung des RAI, die Autoren sehen diese Problematik erweitert auf andere Maßnahmen der Qualitätssicherung und –entwicklung:

„Es bestehen durch die Rahmenbedingungen der deutschen Langzeitpflege Barrieren zur Umsetzung und Anwendung des RAI in der Regelversorgung, die auch für andere qualitätssichernden Maßnahmen bestehen." (Becker et al. 2012, S. 53)

Zudem werden weitere Barrieren bei der Umsetzung des RAI beschrieben, die in Führungsstrukturen der beiteiligten Einrichtungen begründet scheinen:

„Als Barrieren für die Umsetzung des RAI konnte die fehlende Identifikation der Leitungsebene mit dem RAI beziehungsweise fehlende Motivation der Projektverantwortlichen Person, eingeschränkte Strukturierungs- und Führungskompetenz der Einrichtungsleitungen (wollen vs. können), fehlende Institutionalisierung von Teamkommunikation, Personalstruktur unterhalb der Mindestanforderungen, Fluktuation & organisatorische/personelle Änderungen in der Leitungsebene sowie Umstellung auf ungeeignete EDV-Dokumentationssysteme, die den RAI-Anliegen entgegen stehen." (Becker et al. 2012: 54)

Kontrastierend zur Situation in der Schweiz, in der die RAI-Systematik erfolgreich umgesetzt sei, beschreiben Becker et al., dass möglicherweise der Implementierungszeitraum neben den anderen bereits beschriebenen Gründen im Rahmen der Studie zu kurz gewählt war, die befragten Schweizer-Experten gingen von einem Implementierungszeitraum von 3-5 Jahren für ein solch komplexes Verfahren wie das RAI aus.

Tabelle 6: Risk of Bias Tabelle Becker et al. 2012 und Becker und Behrens 2012

Becker et al.	Bewertung	Beschreibung
Erstellung der Randomisierungssequenz		Durch das Institut für Medizinische Biometrie und Informatik der Universität Halle Stratifizierung nach Einrichtungsgröße, Cluster-Randomisierung, Blockrandomisierung
Verdeckte Zuteilung		Zentrale Randomisierung
Verblindung der Teilnehmer und des Personals		Eine Verblindung der Pflegenden und Bewohner war nicht möglich
Verblindung der Datenerhebung		Nein
Umgang mit fehlenden Werten		Keine Gruppenwechsler Intention-to-Treat-Analyse, multiple Imputation durchgeführt und Vergleich mit protokollgemäßer Analyse Hoher Drop-out-Anteil durch natürlichen Verlauf
Selektive Berichterstattung		Retrospektive Registrierung
Andere Bias-Risiken		Verzerrung durch Qualität der Implementierung des RAI in den Einrichtungen
= geringes Risiko für Bias; = hohes Risiko für Bias; = unklares Risiko für Bias		

4.3.3 Limitationen der eingeschlossenen Studien im Teil-Auftrag „Pflegewissenschaftliche Perspektive“

Die beiden eingeschlossenen Studien untersuchen unterschiedliche Fragestellungen, die eine gemeinsame Synthese der Studienergebnisse ausschließen. Die Limitationen der beiden Studien in Form der Bias-Risiken wurden in den Kapiteln 4.3.1 und 4.3.2 dargestellt. Während die Studie von Becker et al. (2012) mit einem eher geringen Bias-Risiko zu bewerten ist, ist die Studie von Daly et al. (2002) mit nicht unerheblichen Bias-Risiken behaftet.

Neben den methodischen Limitationen der Studie von Daly et al. erscheint vor allem aber auch die Übertragbarkeit der Studienergebnisse in den heutigen deutschen Versorgungskontext fraglich.

Die Probleme der Studie von Becker et al. bestehen vor allem in der ungeklärten Frage, ob die Nicht-Überlegenheit der RAI-Systematik tatsächlich in der Intervention begründet liegt oder vielmehr ein Problem der Implementierung der Studienintervention widerspiegelt[92]. Was jedoch attestiert werden kann, unabhängig davon worin die Ursachen für eine Nicht-Überlegenheit der RAI-Systematik zu finden sind, ist, dass bei den derzeitigen Bedingungen im deutschen System der Langzeitpflege die Resultate der Studie die Wirksamkeit (oder vielmehr Nichtwirksamkeit) einer RAI-Implementierung in die Praxis unter Alltagsbedingungen gut wiedergeben.

Unter Berücksichtigung, dass an der Studie der Studienintervention aufgeschlossene Einrichtungen teilnahmen und dennoch so massive Barrieren in der Umsetzung wie in Kapitel 4.3.2 beschrieben bestanden, ist eine bessere Umsetzung der RAI-Systematik in der Breite in Deutschland unter den jetzigen Bedingungen (keine Verpflichtung/Anerkennung der RAI-Systematik in der Langzeitpflege) sogar noch unwahrscheinlicher. Bessere Effekte sind damit fast ausgeschlossen. Es überrascht, dass die Studie tatsächlich die einzige Untersuchung darstellt, die die Wirksamkeit des RAI in der stationären Langzeitpflege in einer randomisierten kontrollierten Studie untersuchte[93].

4.4 Zusammenfassung und Beantwortung der Fragestellungen des Auftraggebers aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Wie weit eine Pflegedokumentation den referierten juristischen Kriterien entspricht und daher sowohl den nutzlosen als auch den schädlichen Bereich einer entweder zu geringen oder zu weitreichenden Pflegedokumentation vermeidet, ist letztlich nur empirisch zu beantworten. Der Nutzen muss empirisch belegt werden (siehe Kap. 4.3).

Komplexe Pflegedokumentationssysteme sind in vielen Staaten flächendeckend verbreitet und auch für Deutschland adaptiert. Das gilt z.B. für das Rehabilitation Assessment Instrument (RAI), das in über 40 Staaten genutzt wird, in vielen Bundesstaaten der USA seit 20 Jahren für öffentliche Einrichtungen der Altenpflege gesetzlich vorgeschrieben ist und auch in vielen Kantonen der Schweiz flächendeckend Verbreitung fand. Trotz dieser weiten Verbreitung finden sich sehr wenige kontrollierte randomisierte Prüfungen des Nutzens dieser Systeme für Pflegeklienten. Der Nutzen eines Systems, das flächendeckend vorgeschrieben und implementiert ist, wird möglicherweise nicht mehr rigoros geprüft. Die wenigen Studien, die Einrichtungen mit und ohne dem Pflegedokumentationssystem RAI verglichen, konnten einen Nutzen für die Pflegeklienten nicht nachweisen. Im Bericht finden sich die meisten der international gebräuchlichen, häufig auch „minimal data sets“, evaluierten Pflegedokumentationssysteme. Die

[92] Somit stellt sich abschließend die verkürzte Frage, wie häufig bei komplexen Interventionen: unwirksame Intervention oder unwirksame Umsetzung?

[93] Siehe auch die Ausschlussgründe.

Recherche lässt keine ganz klaren Empfehlungen hinsichtlich eines bestimmten Dokumentationssystems oder einer bestimmten Dokumentationsform zu. Es besteht in diesem Bereich ein deutlicher Mangel an Evidence ihres Nutzens für die pflegebedürftigen BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen. Ein grundsätzlich ausgedrückter Verzicht auf eine pflegewissenschaftliche Evaluation ist vor dem Hintergrund der unklaren Evidencelage nicht angemessen. Es wäre zu empfehlen, z.B. beim SIS oder anderen komplexen Dokumentationssystemen (z.B. RAI oder PLAISIR), die Wirkungen in kontrollierten Studien (z.B. im Design einer Äquivalenzstudie) zu überprüfen(siehe Kap. 4.3).

Als Ergebnis der Forschungslage ergibt sich die klare Empfehlung, die Wirkung jedes (neuen) Pflegedokumentationssystems auf den Nutzen für die Pflegeklienten in kontrollierten Studien zu prüfen. Pflegedokumentationssysteme binden zu große Ressourcen (die für die Pflegeklienten auch anders eingesetzt werden könnten), als dass Systeme ohne nachgewiesenen Nutzen implementiert werden dürften - selbst wenn ihr Aufwand im Einzelfall gering wäre. Vor allem aber ist jedes Dokumentationssystem ein System von Anreizen mit oft unerwünschten Wirkungen auf pflegebedürftige Menschen und auf die NutzerInnen. Daher ist es ethisch geboten, die Wirkung von Dokumentationssystemen auf pflegebedürftige Menschen und auf die NutzerInnen sorgfältig zu prüfen (siehe Kap. 4.3 und siehe auch das nachfolgende Kapitel 5).

Als ein absolutes Mindestmaß einer Pflegedokumentation wird in der Literatur zwar häufig die Erfassung relevanter Pflegeergebnisse bei den Pflegeklienten (Pflege-Outcomes) angesehen. Diese werden häufig für eine Qualitätsentwicklung der Einrichtungen und ein „Benchmarking“ herangezogen. Zu prüfen wäre hier jedoch der Umfang eines solchen Outcome-Katalogs. Zum Beispiel umfassen die MDS 3.0 Kriterien aber auch Kriterien, die im deutschen System der stationären Langzeitpflege nicht adäquat erscheinen, da Pflegende auf diese kaum Einfluss nehmen können. Da zudem die Diskussion angemessener Outcomes in der Pflege sehr dynamisch ist, wäre sicherzustellen, dass ein solcher Outcome-Katalog regelmäßig geprüft und ggf. angepasst wird. Weiterhin ist bei der Implementierung solcher Benchmark-Kriterien darauf zu achten, dass bei kleinen Einrichtungen aufgrund der höheren Varianz alleine durch Zufall extreme Abweichungen auftreten können und „schlechte“ Benchmarkdaten nicht per se eine schlechte Qualität der Einrichtung indizieren (siehe Kap. 4.3).

4.4.1 Empfehlungen zum Mindestmaß des Inhalts der Pflegedokumentation aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Empirisch begründete Aussagen über das Mindestmaß des Inhalts (oder der Inhalte) der Pflegedokumentation lassen sich bei der bestehenden Studienlage nur schwer treffen und gesicherte Empfehlungen unter Berücksichtigung der pflegerischen Ergebnisqualität sind entsprechend nur eingeschränkt möglich. Im Rückgriff auf den theoretischen Hintergrund eines personenzentrierten Problemlösungsprozesses (Pflegeprozessmodell) können daher nur relativ allgemeine Empfehlungen ausgesprochen werden.[94] Einen weiteren Ansatzpunkt für Empfehlungen können, aus Ermangelung belastbarer empirischer Belege, Listen und Kataloge zu Indikato-

[94] Vgl. auch die Aussagen zur Pflegedokumentation auf der Grundlage des von Carey entwickelten Faktorenmodells der Pflegedokumentation auf Seite x, das auf einem vierstufigen Pflegeprozess basiert.

ren der Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege bieten. Möglich ist dies mittels der Pflegeoutcomes des MDS 3.0. In Anlehnung an und Adaption von Wingenfeld et al. (2011) können die dort – eigentlich zu Zwecken der Qualitätssicherung – entwickelten Indikatoren zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe genützt werden. Aus der Kombination der beiden Ansätze (Pflegeprozessmodell der WHO und Indikatoren zur Ergebnisqualität [ebda.]) kann eine Tracking-Matrix[95] erstellt werden, die notwendige Mindestanforderungen bezüglich des Inhalts an eine Dokumentation in der stationären Langzeitpflege abbildet (siehe Tabelle 7)[96]. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig daran zu erinnern, dass es die essentielle Unterscheidung von Patientendokumentation und Pflegedokumentation gibt. Da fast nirgendwo so viele Medikamente genommen werden wie in der stationären Langzeitpflege und da in der stationären Langzeitpflege immer die Pflegeeinrichtung Verantwortung für die regelmäßige Darreichung der Medikamente und die Beobachtung ihrer Folgen übernimmt, überlappen sich beide Bereiche stark. Sie sind aber gleichwohl analytisch trennbar. Da der Auftraggeber den Forschungsgegenstand „Pflegedokumentation" auf die stationäre Langzeitpflege reduziert hat, berücksichtigt die folgende Tracking-Matrix nur Aspekte der Pflegedokumentation in Alten- und Pflegeheimen. Aussagen zur Pflegedokumentation (als Teil der Patientendokumentation) können dieser Tabelle nicht entnommen werden.

Tabelle 7: Empfohlene Qualitätsindikatoren-Pflegeprozess-Matrix zu inhaltlichen Minimalanforderungen an eine Pflegedokumentation (Legende: am Ende der Tabelle)

Prozessschritt / Indikator	**Assessment**	**Planning**	**Intervention**	**Evaluation**
Gesundheitsbezogene Indikatoren				
Bereich: Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit				
1. Erhalt oder Verbesserung der Mobilität	+	+	?	+
2. Selbstständigkeitserhalt oder -verbesserung bei Alltagsverrichtungen	+	+	?	+
3. Selbstständigkeitserhalt oder –verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kon-	+	+	?	+

[95] Ein Tracking-System ist ein Konzept, um eine „Minimal-Spur" von Bewegungsphasen bzw. –abläufen und die hierfür notwendigen Leistungsbedingungen zu beschreiben. „To Track" bedeutet im Englischen eine Spur legen; im übertragenen Sinn: einen Überblick gewinnen.

[96] Die hier dargestellte Matrix in Tabelle 7 und Tabelle 8 ist auf zwei Dimensionen reduziert, als dritte Dimension ergibt sich aber noch die selbstbestimmte Teilhabe, die sich als Querschnittsebene durch die beiden anderen Ebenen zieht. Somit ist die selbstbestimmte Teilhabe als begründendes Ziel professioneller Pflege in den entsprechenden Zellen des Rasters immer mitzudenken und entsprechend in der Dokumentation zu berücksichtigen.

takte				
Bereich: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen				
4. Dekubitusentstehung				
5. Stürze mit gravierenden Folgen				
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust				
Bereich: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen				
7. Integrationsgespräch für BewohnerInnen nach Heimeinzug				
8. Einsatz von Gurtfixierungen				
9. Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei BewohnerInnen mit kognitiven Einbußen				
10. Schmerzmanagement				
Sozialstrukturelle Indikatoren				
Bereich: Tagesgestaltung und soziale Beziehungen	Diese Indikatoren werden im Regelfall durch Befragung des Bewohners erhoben, eine Berücksichtigung der Bewohnerperspektive in der Pflegedokumentation erscheint nur für ausgewählte Indikatoren sinnvoll.			
11. Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus NutzerInnensicht				
12. Bedürfnisgerechte Beschäftigung us NutzerInnensicht				
13. Teilnahme an Aktivitäten und Kommunikation				
14. Aktionsradius von BewohnerInnen mit deutlich eingeschränkter Mobilität				
15. Respektvoller Umgang aus Nutzerinnensicht				
16. Privatheit aus NutzerInnensicht				

17. Ergebnisse des Beschwerdemanagements aus NutzerInnensicht				
18. Mitarbeiterzeit aus NutzerInnensicht				
19. Weiterempfehlung aus NutzerInnensicht				
Sonderbereich: Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen	Diese Indikatoren werden im Regelfall durch Befragung von Angehörigen erhoben, eine Berücksichtigung in der Pflegedokumentation erscheint daher auf den ersten Blick nicht zwingend notwendig. Absprachen und Informationen von und durch Angehörige sollten aber flexibel notiert werden können. Dies kann unterschiedliche Schritte des Pflegeprozesses betreffen, aber auch unterschiedliche Problembereiche in der Pflege.			
20. Variabel, je nach Absprache mit Angehörigen				
Bereich: Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung	Diese Indikatoren werden im Regelfall durch Befragung des Bewohners erhoben, eine Berücksichtigung der Bewohnerperspektive in der Pflegedokumentation erscheint daher nicht zwingend notwendig, insbesondere, da es sich nicht um originär pflegerische Domänen handelt.			
21. Sauberkeit und Geruch aus NutzerInnensicht				
22. Qualität der Wäscheversorgung aus NutzerInnensicht und Dokumentation				
23. Unterstützung für BewohnerInnen aus Nutzersicht				
24. Qualität des Mahlzeitenangebots aus NutzerInnensicht				
= notwendiger Bestandteil; = situationsspezifisch; = nicht notwendig				

Neben den in Tabelle 7 dargestellten Indikatoren listen Wingenfeld et al. noch weitere gesundheitsbezogene Indikatoren auf, die jedoch aus verschiedenen Gründen nicht in den Indikatorenkatalog aufgenommen wurden, bzw. nur als bedingt geeignet erachtet werden. Die Gründe hierfür liegen zumeist in interinstitutionellen Unterschieden der Erfassung der Indikatoren (z.B. bei der Erfassung der Sturzhäufigkeit), der Unsicherheit der Erfassung (z.B. Kontrakturen) oder niedrig ausgeprägter Pflegesensitivität der Indikatoren (z.B. bei der Sondenernährung). Wie oben bereits ausgesagt empfehlen Wingenfeld et al. die Verwendung der Indikatoren für eine interne Qualitätsentwicklung der Langzeitpflegeeinrichtungen. Analog zu Tabelle 6

sind diese Indikatoren daher in einer Indikatoren-Pflegeprozess-Matrix dargestellt (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Interne Qualitätsentwicklung Indikatoren-Pflegeprozess-Matrix zu inhaltlichen Minimalanforderungen an eine Pflegedokumentation (Legende: am Ende der Tabelle)

Prozessschritt / Indikator	**Assessment**	**Planning**	**Intervention**	**Evaluation**
Gesundheitsbezogene Indikatoren (Wingenfeld a.a.O.)				
25. Häufigkeit von Sondenernährung	⊕	⊕	?	⊕
26. Sturzhäufigkeit	⊕	⊕	?	?
27. Entstehung von Kontrakturen	⊕	⊕	?	⊕
28. Intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen	?	?	?	?
29. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	⊕	⊕	?	⊕
30. Management von Harninkontinenz	⊕	⊕	?	⊕
31. Häufigkeit von Medikationsfehlern	⊖	⊖	?	?

⊕ = notwendiger Bestandteil; ? = situationsspezifisch; ⊖ = nicht notwendig

In beiden Tabellen (Tabelle 7 und Tabelle 8) spiegeln die benannten Indikatoren zum Teil konkret pflegerische Problembereiche bzw. Domänen der NANDA-I-Taxonomie wider. Methodisch ergibt sich aber bei einigen Indikatoren die Herausforderung, den Pflegeprozess rückwärts zu denken. D.h., ausgehend von sicherzustellenden Zielen/Indikatoren muss das zugrundeliegende Pflegeproblem rekonstruiert werden. Dabei kann es für manche der aufgeführten Bereiche zu Überschneidungen aber auch zu unterschiedlichen initialen Pflegeproblemen kommen. So kann z.B. für die Sturzhäufigkeit oder Stürze mit gravierenden Folgen die Ausgangsproblematik in einer eingeschränkten Mobilität liegen, aber auch in der Einnahme sedierender psychotroper Medikamente.

Die erstellten Matrizen stehen im Einklang mit dem der SIS zugrundeliegenden Strukturmodell (Beikirch et al. 2014) und sind damit kompatibel. Insbesondere die von Beikirch et al. verwendeten Themenfelder zur Strukturierung der Informationssammlung lassen sich inhaltlich in den Matrizen wiederfinden:

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen

Somit kann das von Beikirch et al. verwendete Rahmenmodell zur inhaltlichen Strukturierung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation gestützt werden. Unter Umständen ergeben sich hieraus neue Aspekte, da in beiden Ansätzen ein 4-stufiges Prozessmodell verwendet wurde, das sich von anderen 5- oder 6-stufigen Modellen durch eine andere feinere Granulierung unterscheidet. Die in anderen Modellen vorgenommene weitere Differenzierung in Diagnoseerstellung (Pflegediagnostik) und Zielformulierung wird im Beikirch-Projekt nicht weiter thematisiert. Diese Schritte sind aber auch im Strukturmodell des Beikirch-Projekts implizit weiterhin enthalten, da sie fundamentaler Bestandteil des Clinical Reasoning in der Pflege sind. Hier ist ein Rückgriff auf bestehende Pflegediagnose-Taxonomien denkbar (siehe auch die pflegepraktische Perspektive unter Kap. 5).

Bezüglich des Inhalts des Outcome-orientierten Vorgehens, hier im pflegewissenschaftlichen Teil des Abschlussberichts und dem Strukturmodell, lässt sich ein weitere deutliche Gemeinsamkeit erkennen: eine klare Absage hinsichtlich eines falsch verstandenen ganzheitlichen Ansatzes, der sich oft in der Verwendung ALLER ABEDLs in Pflegeplanungen und Pflegedokumentation widerspiegelt. Solch ein Verständnis führt nicht nur zu einer unpraktischen und aufgeblähten Gestaltung der Pflegeplanung; es stellt sich vielmehr die Frage, inwiefern dieses Verständnis nicht auch eine Anmaßung gegenüber dem pflegebedürftigen Menschen darstellt, dass Pflege bis ins letzte für alle Lebensbereiche verantwortlich sei, diese erfassen und aus einer professionellen Perspektive beurteilen muss.

4.4.2 Empfehlungen zum Mindestmaß des Umfangs der Pflegedokumentation aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Die Empfehlungen zum Mindestmaß des Umfangs der Pflegedokumentation aus pflegewissenschaftlicher Sicht lassen sich aus Tabelle 7 und Tabelle 8 entnehmen. Die Einschätzungen zugeordneter Bereiche und Pflegeprozessschritte als „notwendiger Bestandteil“, „situationsspezifisch“ sowie „nicht notwendig“ in den Tabellen ergeben sich aus Überlegungen zur Pflegesensitivität der Indikatoren bzw. der Prozessverantwortung. So erscheint es wenig gerechtfertigt, die Planung und Verschreibung der Medikation (Schritte Assessment und Planning) als einen notwendigen Bestandteil der pflegerischen Dokumentation zu betrachten, auch wenn es sich bei ihr um eine Dokumentation handelt, die von Pflegenden administriert wird (sie ist Bestandteil der medizinischen Dokumentation im Rahmen des ärztlichen Behandlungsprozesses). Wohl aber ist die Dokumentation beobachteter Wirkungen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen bei der Applikation von Medikamenten Bestandteil der Pflegedokumentation und im Verlauf (und nur ggf. in der Phase des Assessments beginnend) situationsspezifisch vorzunehmen. Wenngleich durch die Matrizen in Tabelle 7 und Tabelle 8 nicht abgedeckt, wäre analog mit anderen Formen der so genannten Behandlungspflege zu verfahren, da es sich hier ebenfalls um arztinitiierte Pflegehandlungen handelt.

Die Dokumentation der Interventionsdurchführung in Tabelle 7 und Tabelle 8 ist überwiegend als situationsspezifisch eingestuft. Dies hat wesentlichen Einfluss auf den Umfang der Pflegedokumentation und bedeutet, dass aus pflegewissenschaftlicher Sicht eine Dokumentation der Interventionsdurchführung nur dann notwendig erscheint, wenn dadurch die Versorgungssicherheit des Bewohners erhöht ist bzw. durch Unterlassen der Dokumentation eine erhöhte Risikosituation für den Bewohner entstehen kann. Weiterhin situationsspezifisch zu dokumentieren ist das Abweichen von der ursprünglich vorgesehenen Interventionsdurchführung. Maßnahmen der geplanten Routineversorgung sind bereits durch die systematische Planung abgedeckt und bedürfen aus pflegewissenschaftlicher Sicht keiner zusätzlichen Dokumentation, da davon ausgegangen werden kann, dass die Planung handlungsleitend und eindeutig erfolgt.

Die Evaluation pflegerischer Handlungen ist regelmäßig in vorab geplanten Abständen vorzunehmen. Die Zeitabstände sind dem Pflegeproblem angemessen zu wählen. Als situationsspezifisch gekennzeichnete Bereiche sind in diesem Schritt des Pflegeprozesses nur im Sinne einer notwendigen Dokumentation bei Eintreten des eigentlichen (unerwünschten) Ereignisses vorzunehmen.

Tabellarischer Überblick Ergebnisse aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Vorbemerkung: Obwohl keine Intervention im Sinne des Pflegeprozesses wird davon ausgegangen, dass Pflegedokumentation an sich eine Wirkung auf pflegerelevante/pflegesensitive Outcomes haben kann. Ebenfalls können auch unerwünschte Wirkungen eintreten. In der Argumentation im pflegewissenschaftlichen Teil ist der Ausgangspunkt sämtlicher Überlegungen die Sicherung/Verbesserung pflegerischer Outcomes, die auch als Indikatoren der pflegerischen Ergebnisqualität national oder international verwendet werden.

	Inhalte der Pflegedokumentation	Umfang der Pflegedokumentation
Empirische Begründungen und Belege	Keine empirischen Belege, dass sich bestimmte Inhalte positiv auf die Ergebnisqualität der stationären Langzeitpflege auswirken. Dies trifft sowohl für einzelne Bestandteile der Dokumentation als auch für komplexe Dokumentationssysteme zu.	Es lassen sich keine empirischen Belege über den notwendigen Umfang der Pflegedokumentation anführen.
Theoretische Begründungen	Bezogen auf relevante Pflege-Outcomes lässt sich eine Tracking-Matrix konstruieren (Outcome X Pflegeprozessmodell) anhand derer sich Inhalte einer	Der notwendige Umfang wurde innerhalb der erarbeiteten Tracking-Matrix (Outcome X Pflegeprozessmodell) in drei Stufen eingeteilt:

	Pflegedokumentation ableiten lassen. Eine strukturierende ADL-Systematik erscheint hier nicht notwendig; relevante Pflegephänomene lassen sich adäquat in pflegediagnostischen Taxonomien abbilden. Inhalte sind insbesondere aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu erfassen und zu priorisieren. Die Matrix-Inhalte lassen sich angelehnt an die Kategorisierung von Wingenfeld et al. (2011) und adaptiert für Zwecke der Beschreibung von Minimalerfordernissen in der Pflegedokumentation wie folgt einteilen: 1. Gesundheitsbezogene Indikatoren 2. Sozialstrukturelle Indikatoren Inhaltlich kann eine Nähe zum Modell des Beikirch-Projekts festgestellt werden, jedoch ist noch einmal gezielt auf den impliziten pflegediagnostischen Aspekt im 4-stufigen Pflegeprozessmodell hinzuweisen (in den Schritten assessment und planning).	notwendig, situationsspezifisch, nicht notwendig. Es ergab sich insbesondere für die Durchführung pflegerischer Intervention eine rein situationsspezifische Notwendigkeit zur Dokumentation. D.h., nur bei Abweichungen ergibt sich aus pflegewissenschaftlicher Sicht die Notwendigkeit zur Dokumentation. Für den Bereich der sogenannten „Behandlungspflege“, aber auch der Medikation, also pflegerischen Handlungen, die durch therapeutische Erfordernisse anderer Gesundheitsberufe (insbesondere Ärzte) initiiert werden, besteht für die Pflegedokumentation die Notwendigkeit der situationsspezifischen Dokumentation der Wirkungen und Nebenwirkungen. Assessment und planning sind hier Teil des Behandlungsprozess einer anderen Profession und von dieser nachvollziehbar zu dokumentieren (bzw. zu verordnen).

5 Der Forschungsauftrag aus der pflegepraktischen Perspektive (Astrid Herold-Majumdar)

5.1 Operationalisierung des Forschungsauftrags und erkenntnisleitende Fragestellungen aus pflegepraktischer Sicht

Um die teilweise verzerrte, von Mythen beladene Diskussion um die Pflegedokumentation und ihren scheinbaren Notwendigkeiten zu versachlichen, soll gemäß des Auftrages des StMGP systematisch und methodisch erhoben werden, welche Belege in der wissenschaftlichen Literatur zu finden sind, die die Mindestanforderungen an die Pflegedokumentation zur „reibungslosen Durchführung der Pflege" und zum „effizienten Arbeiten in der Pflege" begründen. Dabei sollen insbesondere auch Erkenntnisse, die in Deutschland gewonnen wurden (sofern vorhanden), berücksichtigt werden. Zunächst sind dazu die im Mittelpunkt der Untersuchung stehenden Begriffe und Konzepte theoretisch zu fundieren und zu klären, um die Suche gezielt durchführen zu können.

5.1.1 Wissensbasierte Pflegedokumentationssysteme als Unterstützung für das Arbeitsbündnis in der Langzeitpflege Älterer

Orte stationärer Altenpflege stellen Zentren menschlichen Lebens dar, häufig in existentiellen Ausnahmesituationen und in kritischen Phasen des Übergangs (z.B. von der selbstständigen Lebensführung zu Hause in das institutionelle Wohnen mit Langzeitpflegebedarf; von der kurativen Behandlung in die palliative Begleitung). Anders als in der akutstationären Pflege ist bei Langzeitpflegebedarf die pflegerische Assistenz in das tägliche Leben zu integrieren. Das Leben der NutzerIn pflegerischer Leistungen im Pflegeheim ist nicht an der medizinisch-pflegerischen Leistung auszurichten, sondern umgekehrt soll das pflegerische Hilfsangebot entlang den Prioritäten und der jeweils individuellen *Lebenspraxis* (Gildemeister 1995) der pflegebedürftigen Person gestaltet werden (Rubinstein 2000: 21) und dezent im Hintergrund wirken. Menschen im Altenpflegeheim sollen in erster Linie ihren Lebensmittelpunkt in der Einrichtung finden und sind nicht primär als Konsumenten medizinisch-pflegerischer Dienstleistungen zu verstehen. Ihre Definition von der Situation ist handlungsleitend für die Pflege. Dies stellt vor dem Hintergrund der Institutionalisierung mit ihren Risiken der Depersonalisierung (vgl. Goffman 1961) und der hohen Verletzlichkeit dieser Nutzergruppe, die meist nur sehr eingeschränkt ihre Rechte und Bedürfnisse durchsetzen kann, eine große Herausforderung dar. Marktwirtschaftliche Konzepte, wie z.B. der Pflegebedürftige als „Kunde", deren Grundlage das frei entscheidende Subjekt ist, sind entsprechend vorsichtig zu übertragen. Das Spannungsfeld zwischen menschlicher Zuwendung und Technologie ist vor zentralen Fragen des Menschseins und des „guten Lebens" besonders sorgfältig zu betrachten und zu gestalten.

Nach Friesacher bilden „[d]ie Lebens- und Leidenserfahrungen der betroffenen Menschen [bilden] dabei den Ankerpunkt für die Maßstäbe der Kritik" (Friesacher 2010: 308). Technikgebundene oder –unterstützte Handlungsabläufe tragen das Risiko der Depersonalsierung der Beziehung in sich. So können z.B. Anforderungen eines Dokumentationssystems, die über das

mit Sanktionsmacht ausgestattete Führungssystem einer Institution durchgesetzt werden, die Interaktion zwischen Pflegefachperson und pflegebedürftiger Person wesentlich beeinflussen. Soll zum Beispiel zur (vermeintlichen) Reduktion des Haftungsrisikos des Einrichtungsträgers und der in der Durchführungsverantwortung stehenden Pflegefachperson das Sturzrisiko mittels eines standardisierten (mehr oder weniger zuverlässigen) Erhebungsbogens erfasst werden, kann sich die Wahrnehmung bzgl. der mit dem Thema „Sturz" verbundenen Phänomene im Dialog mit der pflegebedürftigen Person verschieben. Die meisten Sturzerfassungsinstrumente orientieren sich am Risikofaktorenmodell und blenden positive Wahrnehmungen der Befragten im Zusammenhang mit ihrer Mobilität aus. Diese sind jedoch als Faktoren zur Reduzierung des Sturzrisikos und für die Lebensqualität durchaus von Bedeutung. Nach Friesacher sind „Technik und Technologie […] komplexe Arrangements aus Maschinen, Prozessen, Menschen und Systemen, die die Realität der Pflege, ihre Praxis, ihre Werte und politischen Überzeugungen modifizieren." (Friesacher 2010: 302). Er bezieht dabei computergestützte Pflegepläne, Klassifikations- und Diagnosesysteme in die Diskussion ein, wobei der weiter gefasste Technikbegriff auch auf handschriftliche Dokumentationssysteme mit einem oft umfangreichen Formularwesen als Technologie zu bezeichnen ist. Die häufig anzutreffende Sichtweise von der korrekten Abbildung des Pflegeprozesses im Dokumentationssystem wird somit durch die folgende Frage umgekehrt: Wie wirkt Technologie, zu der auch ein Pflegedokumentationssystem und die damit verbundenen Prozesse (z.B. Fallbesprechung) und einzelnen Bestandteile (Tools) zu zählen sind, auf die Pflegepraxis?

Außerhalb und innerhalb der Berufsgruppe wird die Pflege im Altenheim durch ihre hohen Anteile an sogenannter „Grundpflege"[97] deklassiert und der gerade dort notwendigen psychosozialen Begleitung und Betreuung vergessen. Gerade diese körperbetonten und eine große Nähe zulassenden Handlungen sind von hoher Komplexität und hohem Anspruch an Professionalität geprägt. Entgegen der Einschätzung nach Beikirch (2014) ist das Pflegehandeln in der sog. „Grundpflege" keineswegs als „Routineversorgung" (Beikirch 2014: 8) abzutun und in der Pflegedokumentation zu vernachlässigen. Vielmehr ist die pflegerische Assistenz in den täglichen wiederkehrenden Selbstpflegeaktivitäten sorgfältig vor dem Hintergrund individueller Bedeutungszuschreibungen (z.B. Waschrituale, biographisch gewachsene Überzeugungen und Gewohnheiten) zu planen. Friesacher hält es für äußerst fragwürdig, durch die Übernahme dem kranken und pflegebedürftigen Menschen ferner Managementaufgaben und techniklastiger Assistenzaufgaben, u.a. aus dem medizinischen Bereich, als eine „scheinbare Professionalisierung" und einen „Autonomiegewinn der Pflege" misszuverstehen. Vielmehr sei den Tendenzen der „Deprofessionalisierung", „Deautonomizing", „Deindividualizing" und „Deexpertising" entgegenzuwirken (Friesacher 2010: 303). Diese Tendenzen können auch als *Nebenwirkungen*

[97] Grundpflege ist geprägt vom unmittelbaren Umgang mit dem menschlichen Körper. Diese Körperarbeit bildet nach Friesacher „traditionell einen Kern pflegerischer Tätigkeiten wie Waschen, Baden, Hilfe bei den Ausscheidungen und anderes mehr" und werde durch die Technisierung abgewertet und als „profane work" und „dirty work" klassifiziert. „Vergessen wird dabei, dass die direkte Körperarbeit ein spezielles Körperwissen voraussetzt und der Umgang mit dem menschlichen Körper eine Intimität und Nähe zwischen Pflegenden und zu Pflegenden entstehen lässt, die die Domäne pflegerischen Handelns darstellt" (Friesacher 2010: 302 f.). Dieses Phänomen wird von der neuen Phänomenologie und Leibphänomenologie (vgl. Uzarewicz, Moers 2012) in der Pflegewissenschaft und Praxis aufgegriffen.

bzw. unerwünschte Wirkungen (side effects) einer Technologie, wie sie das Pflegedokumentationssystem darstellt, verstanden werden (vgl. dazu Urquhart 2009: 3).

Der in Deutschland noch recht junge Diskurs über Technik bzw. Technologie in der Pflege innerhalb der Disziplin – unter Zuhilfenahme der Auseinandersetzungen angrenzender Wissenschaften, wie z.B. der Sozialwissenschaften, wird zwischen zwei Extrempositionen geführt, des „technologischen Optimismus" und des „technologischen Romantizismus" (Friesacher 2010: 301).

Die hier vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Versachlichung des Diskurses liefern und keiner der beiden Extrempositionen zugeordnet werden. Um die Technik auf Basis einer humanistischen Grundüberzeugung in den Dienst des Menschen zu stellen, gilt es, erwünschte und unerwünschte Wirkungen überhaupt erst einmal nachzuweisen, was in dieser Übersichtsarbeit im Folgenden geschehen soll. Die Pflege – als Kooperationspartnerin der Medizin und des Managements – kann als praktische und wissenschaftliche Disziplin einen konstruktiven Beitrag in dieser Diskussion leisten, indem sie einerseits gegenüber Technologien aufgeschlossen ist und andererseits, ihrem Metaparadigma folgend, den kranken bzw. pflegebedürftigen Menschen, zu dessen Nutzen die Technologie eingesetzt werden soll, als Person und ganzheitliches Wesen in den Mittelpunkt rückt.

Die Technologien zur Planung, Steuerung und Dokumentation der Pflege setzen meist an einem stark verkürzten und am Leistungsrecht orientierten Pflegebegriff an, der das praktische Pflegehandeln nur marginal abbildet. Der Fokus liegt auf äußerlich sichtbaren und messbaren Handlungsabläufen („Verrichtungen des täglichen Lebens"), die bestenfalls auch noch relevant für den Ertrag (Vergütung der pflegerischen Leistung nach Leistungsrecht) aus Managementperspektive sind. Folglich werden wesentliche, wirkungsvolle Aspekte pflegerischen Handelns, wie Zuwendung, Verständigung und Gefühlsarbeit ausgeblendet und durch diese Technologien auch nicht systematisch gefördert bzw. erfasst. Zuwendungs-, Verständigungs- und Gefühlsarbeit werden jedoch täglich geleistet, auch wenn sie mehr oder weniger bewusst reflektiert sind. Sie sind unbedingt erforderlich, um zu verstehen, welche Dinge Lebensqualität für die BewohnerIn ausmachen. Da sich die ökonomischen Effekte dieser scheinbar unsichtbaren, in einem Dokumentationssystem kaum abbildbaren Pflegearbeit (Hansebo, Kihlgren, Ljunggren 1999: 1463) meist nur über die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung und der daraus resultierenden Ausgabenanteile der Gesetzlichen Kranken- und Sozialen Pflegeversicherung zeigen, bleiben diese auf einer mikroökonomischen Ebene meist unberücksichtigt. Die PflegepraktikerInnen sind diejenigen, die mit Technologien die Alltagspraxis mit zumeist schwerstpflegebedürftigen Menschen Tag und Nacht, 24 Stunden, meistern müssen und dabei kreative Lösungen mit den BewohnerInnen, ihren Angehörigen und anderen Betreuungspersonen entwickeln. Sie sind als ExpertInnen auf der Ebene der Anwendung dieser Techniksysteme von Anfang an in deren Entwicklung und Bewertung in der Handhabung einzubeziehen. Das Modellprogramm „Das intelligente Heim" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verfolgte schon 2008 die Ziele „Ablaufoptimierung, kurze Wege, Entbürokratisierung" mit Hilfe technologischer Unterstützung, wobei die Wirkungen auf Selbstbestimmung und Lebensqualität der BewohnerInnen und Effizienz zwar vorausgesetzt, jedoch nicht explizit untersucht wurden. Im „Schwerpunkt 1" sollte nach technologischen Lösungen im Bereich der

Pflegeplanung und Dokumentation gesucht werden. Dabei wurde ein Projekt im stationären Altenpflegesektor durchgeführt, indem die Wirkung eines mobilen Endgeräts mit Spracherkennungssoftware (Handheld) auf die Qualität und den Zeitaufwand der Dokumentation selbst überprüft wurden.

„Insbesondere technische Aspekte sind in den vergangenen Jahren verstärkt ins Blickfeld geraten, liegt in intelligent eingesetzten technischen Hilfen und innovativen Wohnkonzepten doch ein großes Potenzial für ein Mehr an Selbstbestimmtheit und Unterstützung im Alter – und somit die Chance, weiterhin oder zumindest länger in der vertrauten Umgebung zu wohnen. Weiterhin eröffnen sich Möglichkeiten im Pflegebetrieb selber, der durch technische Hilfen in der Regel entlastet wird, was positiv zu einem Mehr an Zuwendung und Fürsorge führen kann. Nicht zuletzt eröffnen die in anderen gesellschaftlichen Arbeits- und Versorgungsbereichen längst erprobten informationstechnischen Nutzungen ein effektiveres Leistungsspektrum, verschlanken Organisationsstrukturen, gestalten Abläufe effizienter und leisten einen maßgeblichen Beitrag zum Bürokratieabbau. Das Modellprogramm „Das intelligente Heim – Ablaufoptimierung, kurze Wege, Entbürokratisierung" setzt hier an. Es versucht, vorhandene technische und infrastrukturelle Standards auf den Bereich der Pflege, Betreuung und Versorgung älterer Menschen zu übertragen, konkrete Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen und Berührungsängste sowohl bei Bewohnerinnen und Bewohnern als auch beim Personal abzubauen" (Scholz 2008: 5).

Ob sich Technik jedoch tatsächlich in der hier beschriebenen Form bewährt, ist zum einen stets aus der Perspektive der PflegepraktikerInnen als primäre NutzerInnen der Technik und der pflegebedürftigen Menschen zu bewerten, zu deren Nutzen die Technik eingesetzt werden soll. Und zum anderen ist sie im Verhältnis der messbaren Wirkungen auf die Effektivität zu beurteilen. Dabei ist die Übertragung des Effektivitäts- und Effizienzbegriffs im Kontext *sozialer Dienstleistungen mit Zuwendungsbeziehung,* wie die Pflege auch betrachtet werden kann, sorgfältig zu klären, was nachfolgend noch geschieht. Im Rahmen dieses Forschungsauftrags soll daher nach solchen Bewertungen systematisch in der veröffentlichten Literatur gesucht werden.

5.1.2 Begriffsklärung „Pflegedokumentation"

Um Erkenntnisse der international und national veröffentlichten Literatur zu gewinnen, ist vorab eine Klärung des Begriffs Pflegedokumentation vor dem Hintergrund der englischsprachigen Entsprechungen notwendig. Die in den pflegewissenschaftlichen Datenbanken, wie z.B. CINAHL, ausgewiesenen englischsprachigen Suchbegriffe, wie „care planning" bzw. „care plan", deuten bereits in der wörtlichen Übersetzung an, dass die Grenzen zwischen Pflegeplanung als Prozess und als Produkt verschwimmen. Demzufolge führen die unterschiedlichen Zwecke der Pflegedokumentation einerseits als eine Abbildung der operativen Umsetzung der Pflegeplanung und andererseits als ein schriftlicher Beleg pflegerischer Leistungen in der internationalen Literatur zu einer Ambivalenz. Die Begrifflichkeiten im deutschen Sprachgebrauch werden ebenfalls nicht immer klar voneinander abgegrenzt verwendet. Häufig wird die Pflegeplanung, im Sinne von Zielsetzung und Maßnahmenplanung, unter dem Begriff Pflegedokumentation subsumiert. Oder unter Pflegedokumentation wird ausschließlich die Leistungserfassung der bereits durchgeführten Pflege verstanden, wodurch die Pflegedokumentation le-

diglich als Nebenprodukt der praktisch durchgeführten Pflege zu verstehen ist und nicht etwa als Unterstützungssystem, das bereits im Vorfeld bei der Planung der Pflege zur Verfügung steht und die Qualität der Pflege bewirkt. Als solches richtet sich der Fokus auf den Planungsprozess, der außer dem Dokumentationstool weitere wichtige Prozesse beinhaltet, wie etwa die Fallbesprechung oder das Zusammenführen von Informationen aus verschiedenen Quellen(vgl. Munkvold, Ellingsen, Monteiro 2007).

Das College of Nurses Ontario (CNO) liefert in ihrer Praxis-Leitlinie„Dokumentation“ eine Begriffsdefinition, nach der unter der Pflegedokumentation alles Geschriebene oder elektronisch (per EDV) Erfasste bezüglich bedeutsame Informationen über den Klienten, sprich Pflegebedürftigen, und der Pflegeleistungen, die für KlientInnen erbracht werden, zu verstehen ist.

„Documentation is anything written or electronically generated that describes the status of a client or the care or services given to that client (Perry, A.G., Potter, P.A., 2010). Nursing documentation refers to written or electronically generated client information obtained through the nursing process (ARNNL, 2010). Documentation is an integral part of nursing practice and professional patient care rather than something that takes away from patient care. Documentation is not optional“ (CNO 2012: 4).

Das Zitat macht den Bezug zum Pflegeprozess deutlich. Die Pflegedokumentation wird als integrierter Bestandteil der Pflegepraxis und der professionellen Leistungserbringung deklariert. Es wird unverkennbar herausgestellt, dass Dokumentation nicht optional, sondern obligatorisch sei.

Das CNO beschreibt die Pflegedokumentation somit als integralen Bestandteil für eine sichere und effektive Pflegepraxis, wobei es keine Aussagen darüber trifft, inwiefern es dafür wissenschaftliche Belege gibt.

„Nursing documentation is an important component of nursing practice and the interprofessional documentation that occurs within the client health record. Documentation — whether paper, electronic, audio or visual — is used to monitor a client's progress and communicate with other care providers. It also reflects the nursing care that is provided to a client“ (CNO 2008: 3).

In der Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) bezieht sich die Definition der Pflegedokumentation unmittelbar auf den gesamten Pflegeprozess, wobei der Pflegeprozess als Strukturierungsmodell für die Dokumentation zu Grunde gelegt wird. Haftungsrechtliche Implikationen werden durch die Verwendung des Begriffs des „Schadens“ deutlich. Hervorzuheben ist der Hinweis auf einen Aushandlungsprozess mit der Pflegebedürftigen, der sich in der Dokumentation abbilden soll. Der Anspruch, die aktuelle Situation der pflegebedürftigen Person handlungsleitend darzulegen, wird klar formuliert. Die Bedeutung der Pflegedokumentation für die Kommunikation der am Versorgungsprozess unmittelbar Beteiligten wird in der Definition des MDS exponiert.

„Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der Kompetenz des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzu-

kommen, dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen, dem Festlegen von Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen. In der Dokumentation werden die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und allen am Prozess Beteiligten werden die notwendigen Informationen zugänglich gemacht. Das individuelle und aktuelle Bild des Pflegebedürftigen soll sich darin widerspiegeln, so dass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht" (MDS 2005: 10).

Demnach ist die Pflegedokumentation mit dem Ziel des Leistungsnachweises, nur ein Bestandteil der bewohnerorientierten Pflegeprozesssteuerung. Für die Qualität der Pflege, die Kontinuität der Versorgung und die Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen ist die Unterstützung des kompletten Pflegeprozesses (Pflegeanamnese, Beurteilung bzw. Pflegediagnostik, Zielsetzung, Maßnahmenplanung, Überprüfung der Pflegeergebnisse/Evaluation) durch ein Pflegedokumentations*system* und entsprechende Tools oder Bestandteile (z.B. Formblätter, EDV-gestützte Systeme, mobile Endgeräte, Kurvensysteme) entscheidend. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es für den Pflegeprozess als geplanten Arbeitsprozess verschiedene pflegetheoretische Modelle mit unterschiedlicher Differenzierung der einzelnen Prozessschritte gibt. Die Orientierung am internationalen und von der Disziplin der Pflege weltweit anerkannten Standard für das Pflegeprozessmodell der NANDA II ist obligatorisch (NANDA 2012, 2013). Ein Dokumentationssystem, als Arbeitsinstrument und Steuerungstool betrachtet, muss die komplette Pflegeprozesssteuerung in allen Teilschritten im Sinne eines *Assistenten* für die Pflegefachpersonen unterstützen, jedoch nicht gezwungenermaßen dokumentieren. Solche Unterstützungssysteme und Steuerungstools sind einzusetzen, um die wenigen zur Verfügung stehenden Ressourcen optimal auf die BewohnerInnen bzw. PatientInnen zu disponieren. An dieser Stelle sei auf die im vorherigen Kapitel ausgeführten theoretischen Grundlagen der Pflegedokumentation als Technologie verwiesen, wobei der Pflegeprozess, verstanden als kybernetisches Modell zur Problemlösung und Zielerreichung, wiederum eine „Sozial-Technologie" darstellt. Diese Eignung für den pflegerischen und interaktiven Prozess, charakterisiert durch hohe Anteile an wenig sichtbarem und von Spontaneität geprägten Geschehen und dynamischer Kommunikation mit dem/der BewohnerIn, ist noch nicht ausreichend belegt. So stellt Friesacher unter Bezugnahme auf einschlägige Arbeiten fest:

„Die Logik der Technik ist nicht zwingend kompatibel mit der Logik menschlichen Handelns, dieses führt nicht selten zu einer erschwerten Beziehungsgestaltung und der Vernachlässigung kommunikativer, psychosozialer und taktiler Arbeitsanteile (vgl. Almerud u.a. 2008, Crocker & Timmons 2008, Hülsken- Giesler 2008 u. 2007, Friesacher 2010, 2008, Manzei 2000, Sandelowski 2000 u. 1997, Schrems 1994)" (Friesacher 2010: 294).

Dennoch ist es für den Einsatz eines Dokumentationssystems essentiell, dem pflegerischen Prozess ein planmäßiges Vorgehen zu ermöglichen, insbesondere unter der besonderen Berücksichtigung von sehr begrenzten Ressourcen, die gezielt eingesetzt werden müssen, um die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Allgemein wird für Wirtschaftsbetriebe (hierunter zählen auch Altenpflegeheime) folgende Definition zum „Arbeitsplan“ herangezogen:

„Aufstellung mit Informationen über die Art, die technologische Reihenfolge der Aktionen eines jeden Auftrages/Teilauftrages, deren Zeitbedarf (Kapazitätsbedarf ohne Periodenzuordnung, gemessen in Zeiteinheiten) und die Art der benötigten Kapazitäten (Maschinen, Werkzeuge, Arbeitskräfte). Häufig werden in den Arbeitsplänen auch Zusatzangaben über Materialqualitäten, Ausschussvorgaben, Richtzeiten, Transporthinweise etc. gegeben“ (Springer Gabler Verlag 2014: 1).

Dabei wird deutlich, dass in der betriebswirtschaftlichen Herangehensweise zunächst der ***Auftrag*** - in Abgrenzung zum vertraglichen Auftrag, z.B. über den Heimvertrag - Grundlage des Arbeitsplans darstellt. Der Auftrag ist in Betrieben der Gesundheitspflege und insbesondere im Pflegeheim jedoch häufig nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen (wenn die AuftraggeberIn aufgrund ihrer Erkrankung z.B. in der Kommunikation eingeschränkt ist oder die Pflegefachpersonen sie nicht verstehen) zu klären, in den seltensten Fällen ist er *aus Sicht der Pflegebedürftigen* dokumentiert (vgl. Behrens 2005).

Stillschweigend wird der Auftrag, der häufig an den vom Leistungsrecht vorgegebenen Kategorien orientiert ist, einfach vorausgesetzt. Dabei werden nicht selten Leistungen angeboten und erbracht, die die Bewohner gar nicht wünschen oder nicht in der angebotenen Form wünschen. Kritiker mögen an dieser Stelle zu Recht anmerken, dass wir es im Pflegeheim nicht mit KundenInnen im betriebs- bzw. marktwirtschaftlichen Sinne zu tun haben und häufig die professionellen Dienste über die notwendigen Leistungen entscheiden müssen, weil die Bewohner aufgrund ihrer Erkrankung und häufig kognitiven Einschränkung dies gar nicht mehr leisten können. Außerdem, so könnte sich die Kritik fortsetzen, habe die Solidargemeinschaft die Kosten zu tragen und könne nur einen Teil übernehmen. Zunächst ist hierbei zu berücksichtigen, dass der/die pflegebedürftige BewohnerIn als AuftraggeberIn ebenfalls dieser Solidargemeinschaft angehört und schließlich meist ein (Arbeits-)Leben lang Sozialversicherungsbeiträge einbezahlt hat. Ihr Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe bleibt unabhängig von der Schwere der körperlichen, psychischen oder geistigen Beeinträchtigung erhalten (§ 4 SGB IX). Es ist gerade ein Zeichen der Professionalität, dieses Recht im Pflegeprozess umzusetzen, indem kreative Wege der Kommunikation gefunden werden, um die Anliegen und Wünsche der BewohnerInnen bis zum Lebensende zu eruieren und in die Leistungsgestaltung einzubeziehen. So kann ein/e schwer demenzkranke/r BewohnerIn sehr deutlich ihren aktuellen Willen zum Ausdruck bringen und die Willensbildung durch einen verstehenden Zugang rekonstruiert werden. Prioritär ist dem direkt von dem/r BewohnerIn geäußerten Willen im Sinne eines Auftrages zu folgen. Stellvertretend können auch gesetzliche VertreterInnen einbezogen werden. Die Orientierung der Arbeitsplanung am Auftrag dient nicht nur der Legitimation, sondern stellt einen wesentlichen Aspekt der pflegefachlichen Effektivität dar. Wird ohne ausdrücklichen Auftrag oder gar gegen den Auftrag gehandelt, so werden diese Leistungen von der BewohnerIn entweder abgelehnt, schwerlich hingenommen (was dann als „mangelnde Compliance“ zu Mehraufwand führt) oder zusätzlich ohne Honorierung konsumiert.Ein weiterer wichtiger Aspekt der Arbeitsplanung ist die ***Kapazitätsplanung***. Diese wird in Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Regel nicht für den einzelnen Auftrag vorgenommen, sondern

über die Anzahl der Plätze im Pflegeheim insgesamt kalkuliert. Die Struktur der pflegebedürftigen BewohnerInnen findet sich hier in der quantitativen (Pflegezeit, Anzahl der Tätigkeiten), tageszeitlich zugeordnet, und auch qualitativen Ausprägung (erforderliche Qualifikation der durchführenden Pflegefachpersonen, inhaltliche Gestaltung der Leistungen, insbesondere hinsichtlich der fachlichen Anforderung einer „aktivierenden Pflege“) nicht immer (vgl. Hölscher 2006).

Die Leistungserstellung in der Pflege wird, nach einem spätestens seit den 1970er Jahren erweiterten Begriff des „Produkts“, auch als Dienstleistungsproduktion verstanden und im Bruttoinlandsprodukt (BIP) jährlich erfasst. Die wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors zeigt sich auch anhand dieser Zahlen: Im Jahr 1970 hatte er einen Anteil von etwa 48% am Bruttoinlandsprodukt, 2003 war der Anteil bereits auf 70% angestiegen. Kennzeichnend ist auch der wachsende Anteil der Gesundheitsausgaben in Deutschland am BIP von 9,6 % im Jahr 1992 bis auf immerhin 11,3 % in 2011 (siehe Tabelle 5).

Tabelle 9: Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre

Sachverhalt	Jahr									
	1992	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesundheitsausgaben in Mio. €	158.656	186.951	212.841	240.434	246.139	254.436	264.800	279.041	288.299	293.801
Anteil am BIP in %	9,6	10,1	10,4	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3
Gesundheitsausgaben je Einwohner in €	1.970	2.290	2.590	2.920	2.990	3.090	3.220	3.410	3.530	3.590

Quelle: Die Tabelle wurde am 21.03.2014 18:45 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.

Angesichts dieser volkswirtschaftlichen Bedeutung ist zu hinterfragen, welche wertschöpfenden, die Wohlfahrt fördernden und auf der anderen Seite unproduktiven, die Wohlfahrt gefährdenden Prozesse hinter den Ausgaben stecken. Der Wohlfahrtsbegriff sei an dieser Stelle der Wohlfahrtsökonomie (Glatzer & Zapf 1984) entliehen, die zwischen konsistenten und inkonsistenten Konstellationen unterscheidet und die Lebensqualität einer Gesellschaft danach bemisst, wie hoch der Anteil der Bevölkerung an denjenigen BürgerInnen ist, deren subjektiv wahrgenommenes Wohlbefinden (well-being) mit einem hohen, von außen beobachtbaren Lebensstandard (Einkommen, Wohnung, Bildung) gekoppelt ist. Auf die Bewohnerschaft eines Pflegeheims übertragen würde dies bedeuten, dass eine von außen betrachtete hohe Pflegequalität noch nicht zwingend ein subjektives Wohlbefinden bedeutet und umgekehrt eine schlechte Pflegequalität trotz Wohlbefinden vorliegen kann. Bei einseitiger Betrachtung der Pflegequalität aus einer Außenperspektive könnte sich deshalb leicht eine Abwärtsspirale entwickeln, wenn Zufriedenheitsbefragungen stets hohe Werte ergeben, wie dies aktuell beim „Pflege TÜV“ der Fall ist. Auf die Bedeutung der Sichtweise der BewohnerIn wird bei der Entwicklung der Forschungsfrage 1 noch näher eingegangen.

Um in der wirtschaftlichen Betrachtungsweise zu bleiben, soll nun die Pflegedokumentation einschließlich der Pflegeprozessplanung konzeptionell als Produktionsplanung im Wirtschaftsbetrieb allgemein betrachtet werden. Die betriebswirtschaftlichen Konzepte bedienen sich hier ebenfalls Modellen, die dem Pflegeprozessmodell sehr ähnlich sind, wenn auch der Aspekt der Zuwendungsbeziehung fehlt.

.

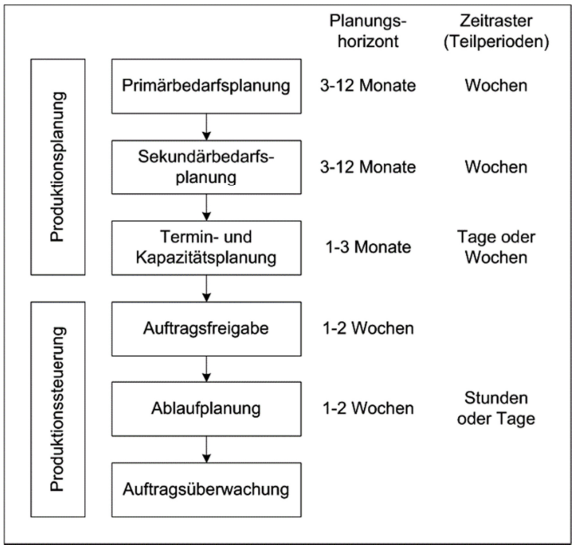

Abbildung 4: Konzept der hierarchischen Produktionsplanung (und -steuerung) (Quelle: Springer Gabler Verlag 2014)

Gemäß der betriebswirtschaftlichen Definition des Organisationsproblems, das schließlich auch in Einrichtungen der stationären Altenpflege zu lösen ist, wird das Gesamtproblem in Teilprobleme zerlegt, um es schrittweise zu lösen. Die in Abb. 4 dargestellten Prozessschritte können auf den Pflegeprozess transferiert werden. Die betriebswirtschaftliche Bedarfsplanung, die auf den Schritten Informationsakquise und Zielanalyse aufbaut, kann der Informationssammlung und dem Assessment entsprechen, in der Pflegefachpersonen zunächst die Ressourcen und Probleme der BewohnerIn erheben, um den Pflegebedarf zu ermitteln. Die „Termin- und Kapazitätsplanung“ erfolgt auf Einrichtungsebene, für einen einzelnen „Individual-Auftrag“ in der Regel in Deutschland nicht (Brandenburg 2002: 53), was eine Ursache für Fehlplanungen sein kann. Die „Auftragsfreigabe“ kann mit der Klärung des Auftrags der BewohnerIn für pflegerische Unterstützungsleistungen, der Zielvereinbarung mit der BewohnerIn und mit dem Abgleich der Beurteilung der Situation aus professioneller Sicht und aus der Sicht der BewohnerIn übersetzt werden. Die „Ablaufplanung“ entspräche der Maßnahmenplanung und die „Auftragsüberwachung“ erfolgt im Pflegeprozess einerseits im Sinne eines Pflegeprozessmonitorings und zweitens im Prozessabschluss als „Evaluation“. So gleichen sich die Problemlösemodelle aus der betriebswirtschaftlichen Managementtheorie mit dem des Pflegeprozessmodells sehr stark. Aus der speziellen Sichtweise des Pflegeheimmanagements besteht die organisatorische Herausforderung in der Gesamtaufgabe einer umfassenden medizinisch-pflegerischen, hauswirtschaftlichen, therapeutischen und psycho-sozialen Versorgung des pflegebedürftigen Heimbewohners, die zunächst in Teilaufgaben zerlegt werden muss, um anschließend wieder zusammengeführt zu werden, damit diese als möglichst passgenaue Dienstleistung bei der BewohnerIn ankommt.

Vor diesem Hintergrund wurde das Konzept der hierarchischen Produktionsplanung (und -steuerung) entwickelt, welches in Abb. 4 im Überblick dargestellt ist. Hierbei wird das Gesamtproblem der Produktionsplanung und -steuerung in Teilprobleme zerlegt, die (unter der Voraussetzung einer dezentralen Arbeitsorganisation mit für den jeweiligen Bereich relevanten Partialmodelle) im zeitlichen Prozessablauf sukzessiv gelöst werden, wobei die

Ergebnisse der vorgeordneten Planungsstufe den Ausgangspunkt für die Planung der nachfolgenden Stufe bildet. Der Detaillierungsgrad der Planung nimmt dabei zu, je näher der faktische „Auftrag“ mit dem geplanten Beginn der Pflegedurchführung zeitlich zusammenfällt. Es ist bei Abb. 2 allerdings zu berücksichtigen, dass der Planungshorizont und die die zugrunde liegenden Zeitraster, d.h. die Länge der Teilperioden, je nach Branche und konkretem Produktspektrum in der Praxis von Unternehmen zu Unternehmen sehr unterschiedlich sein können, z.B. hat die Planung in Pharmaunternehmen mit bis zu 20 Jahren bis zu einem marktreifen Produkt einen ganz anderen Horizont wie die Planung in Pflegeheimen mit einer maximalen zeitlichen Reichweite von 5 Jahren. Die Angaben in dem Modell der hierarchischen Produktionsplanung sind daher lediglich als (häufig vorkommende) Richtwerte zu verstehen“ (Springer Gabler Verlag 2014). So kann das Konzept der hierarchischen Produktionsplanung (und -steuerung) auch branchenübergreifend, also auch für die Planung und Steuerung der Pflege, zur Produktions- bzw. Leistungsplanung herangezogen werden, auch wenn der Aspekt der Zuwendungsbeziehung in besonderer Weise zu berücksichtigen ist.

Die Entwicklung innovativer und leistungsfähiger Unterstützungssyteme für die Planung, Steuerung und Dokumentation der Pflege können mit einem Blick auf andere Branchen und Fachbereiche profitieren. Der Transfer von Instrumenten aus Organisationen anderer Wirtschaftsbereiche oder aus anderen Disziplinen muss dabei sorgfältig unter Berücksichtigung der z.T. hohen Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit der pflegebedürftigen Menschen in Langzeitpflegeeinrichungen vonstatten gehen. Dennoch können mit einem intelligenten und ethisch reflektierten Einsatz von Effizienz- und Effektivitätsmodellen in der Pflege mit der besonderen Ausrichtung auf die Bedeutung der Zuwendungsbeziehung positive Impulse gewonnen werden.

Deshalb wurde für die hier beschriebene systematische Forschungsarbeit die Recherche auf der fachübergreifenden Datenbank PSYNDEX in WISO.net ausgeweitet; sie war auch recht ergiebig. So konnte eine Fallstudie eines Vertragsherstellers mittels Suchstrategie identifiziert werden, welche die Wirkung eines Informationstools beschreibt, das in Echtzeit den Stand des Produktionsprozesses und Qualitätsinformationen liefert(EPP Elektronik Produktion & Prüftechnik 2012: 2). Exemplarisch wird die Wirkung bei der Herstellung eines Medizinproduktes erläutert. Für die klinische Psychologie, ein etwas näherer Bereich der Pflege, liefert ebenfalls für das oben genannte Tool für die Pflegedokumentation eine potentielle Wirksamkeit, wie das folgende, ebenfalls auf PSYNDEX recherchierte Beispiel zeigt.

Das Problemlösemodell, das auch dem Pflegeprozess zugrunde liegt, findet in der klinischen Praxis vielfältige Anwendung, so auch in der allgemeinen klinischen Psychologie. Bartling und Engberding beschreiben die Umsetzung des Münsteraner Leitfadens als *„pragmatisches Prozessmodell*“ , das ähnlich wie der Pflegeprozess in fünf Phasen untergliedert ist: (1) Problemstellung, (2) Problemanalyse, (3) Zielanalyse, (4) Mittelanalyse und (5) Erprobung und Bewertung von Veränderungsschritten (Bartling, Engberding 2009: 35). Da Problemlösetheorien, die ebenfalls dem Pflegeprozessmodell zugrunde liegen, traditionell in der Allgemeinen Psychologie verortet sind, können von dieser Disziplin wirksame Instrumente entliehen werden. In der Beschreibung der konkreten Umsetzungsschritte des Münsteraner Leitfadens werden Hinweise auf die systematische Einbindung der Perspektive der KlientIn und ihrer

Sichtweise des „Problems“ gegeben. Der Beziehungs- und Aushandlungsprozess zwischen TherapeutIn und KlientIn bildet sich unmittelbar ab und das Modell fördert die Wahlmöglichkeiten der KlientIn hinsichtlich Zieldefinition und Lösungsoptionen. Pflegedokumentationssysteme und rein kybernetisch verstandene Pflegeprozessmodelle vernachlässigen häufig diese psycho-sozialen Aspekte und das Beziehungshandeln (Bartholmeyczik & Morgenstern 2004: 192 f.).

Außerdem weitet das hier vorgestellte Strukturierungsmodell in der Phase der Diagnostik die Sicht auf die Umgebungsbedingungen, die das Pflegeprozessmodell häufig vermissen lässt, und die zum Beispiel im ICF-Modell (International Classification of Functioning, Disability and Health) als „Umweltfaktoren“ berücksichtigt werden (Rauch et al. 2009: 1321). Bartling und Engberding geben in ihrer theoretischen Abhandlung Hinweise auf die Effizienz und auf Wirksamkeitsnachweise. Es wird festgestellt, dass es inzwischen zahlreiche Studien gebe, in denen das Problemlösetraining als „Kernintervention“ im Vergleich zu anderen Interventionsformen untersucht wurde und in denen bereits für Kurzinterventionen positive und stabile Effekte aufgezeigt werden konnten. Die Autorinnen verweisen hier auf die Übersichten von Marx, 1988; Coleman, Wheeler & Webber, 1993; Wege & Moller, 1995; McNeill, Watson, Henington et al., 2002; Ayres, 2007 (Bartling, Engberding 2009: 50). Für Situationen in der Pflege, in denen eine gezielte Problemlösung anzustreben ist, könnte dieses, bereits auf seine Wirksamkeit hin getestete, Modell hilfreich sein.

Mit Blick auf die derzeitigen Marktangebote können wir feststellen, dass es verschiedene Planungs- und Dokumentationssysteme für die Pflegeprozesssteuerung in der stationären und ambulanten Altenhilfe in unterschiedlichster Qualität angeboten werden. Eine im Jahr 2011 durchgeführte Marktrecherche der Autorin hat ergeben, dass es mindestens 30 verschiedene Produktanbieter gibt. Die Abbildung des Pflegeprozesses in diesen Dokumentationssystemen gelingt mehr oder weniger (Bundesministerium für Familie, Senioren, Jugend und Frauen 2006), wobei die Ursachen sowohl im Dokumentationssystem selbst, in der Anwenderfreundlichkeit als auch bei der Qualifikation bzw. Schulung der AnwenderInnen und deren Arbeitsbedingungen zu suchen sind. Die Heterogenität des inhaltlichen Aufbaus der auf dem Markt befindlichen Produkte erschweren u. a. das Überleitungsmanagement, die Kontinuität der Versorgung, das Qualitätscontrolling und die Versorgungsevaluation und -planung, sowie den nationalen und internationalen Vergleich der Versorgungssituation und Leistungskapazität des deutschen Pflegewesens.

Es stellt sich nun entsprechend des Forschungsauftrages des StMGP die berechtigte Frage nach der **Effizienz und Effektivität** dieser Unterstützungs- und Steuerungssysteme. Keenan und KollegInnen fassen die veröffentlichte Literatur zur Pflegedokumentation systematisch zusammen und stellen fest, dass die meisten Veröffentlichungen krankheits- und medizinorientiert sind und die Wirkung des Pflegedokumentationssystems auf die für die PatientIn relevanten Ergebnisse (Keenan 2008: 3-181) kaum untersucht ist. Dem gegenüber steht ein belegter hoher Zeit- und Kostenaufwand (Keenan 2008: 3-179) für ineffektive, dokumentations-, jedoch nicht patientenzentrierte Pflegedokumentationssysteme. Die Angaben über den Zeitbedarf für die Pflegedokumentation (Ressourcenaufwand) variieren in der Literatur von 5 % (Bundesan-

stalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2010) bis 29 % (Munyisia & Hailey 2011) der täglichen Arbeitszeit.

Es ergeben sich bei näherer Betrachtung zahlreiche methodische Probleme bei der zuverlässigen Erhebung des Aufwandes für die Pflegedokumentation zur Effizienz- und Effektivitätsbeurteilung.

- Messungen zum Zeitaufwand der Pflegedokumentation werden häufig auf Basis unterschiedlicher Definitionen, welche Tätigkeiten unter den Begriff „Pflegedokumentation“ fallen, durchgeführt und sind somit kaum vergleichbar. Zählt z.B. bereits die Diskussion der Befunde des Patienten mit dem/r KollegIn und die Entscheidungsfindung bzgl. des „Problems“, das dann in den Problemlösungsprozess überführt werden soll, zum Dokumentationsaufwand oder lediglich die Verschriftlichung des Ergebnisses?

- Die Methoden der Zeiterfassung sind ebenfalls sehr unterschiedlich und störanfällig. So ist z.B. eine rückblickende Schätzung des Zeitaufwands durch das subjektive Zeitempfinden und die individuell durch die Pflegefachperson erlebte Beanspruchung verzerrt. Werden Dokumentationspflichten als lästig empfunden, so neigen die StudienteilnehmerInnen zu höheren Werten als der tatsächliche Zeitbedarf.

- Die Qualifikation der in die jeweiligen Erhebungen einbezogenen MitarbeiterInnen ist häufig sehr unterschiedlich. Im internationalen Vergleich kommt noch hinzu, dass die Qualifikationsstrukturen von Land zu Land differieren und die jeweiligen Rahmenbedingungen bzgl. der Leistungs- und Vergütungssysteme teilweise weit voneinander abweichen.

5.1.3 Arbeitsdefinition „Pflegedokumentation“

Die Pflegedokumentation kann als ein System von Dokumenten und Tools (z.B. Erhebungsinstrumente), als ein Prozess im (über-) betrieblichen System und als unterstützende Technologie verstanden werden. In dieser Übersichtsarbeit wird deshalb von einem erweiterten Verständnis im Sinne eines Unterstützungssystems (Interventionsprogramm mit mehreren Bestandteilen bzw. Tools) für die umfassende Planung, Steuerung und Dokumentation der Pflege ausgegangen. Die pflegepraktische Perspektive befasst sich deshalb schwerpunktmäßig mit der prospektiven, arbeitsprozessgestaltenden Wirkung der Pflegedokumentation, wie unter der Operationalisierung des Forschungsauftrages aus pflegewissenschaftlicher Perspektive beschrieben (siehe Kap. 4.1). . Eingeschlossen sind auch EDV-, Audio- oder Video-gestützte Tools sowie kombinierte Systeme. In Anlehnung an das Modell der Wertschöpfungskette (value chain) nach Porter (Porter & Kramer 2006) wird der Pflegeprozess im Arbeitsbündnis mit dem/r BewohnerIn als wertschöpfender Kernprozess betrachtet, der von betrieblichen Unterstützungsprozessen (z.B. Beschaffung von Pflegehilfsmitteln, Medizinprodukten, Pflegedokumentationssystem), sowie den Managementprozessen (z.B. Unternehmenssteuerung, Qualitätsmanagement) befördert (oder manchmal auch behindert) wird.

Das Pflegedokumentationssystem und einzelne Bestandteile sind als Technologie-basierter Unterstützungsprozess am Ergebnis des Leistungserstellungsprozesses (wertschöpfender Kernprozess) beteiligt, wobei die Prozessergebnisse auf mehreren Ebenen zu betrachten sind:

- Bewohnerrelevante Ergebnisse (z.B. erlebte Pflegequalität, beobachtbare Pflegequalität, Lebensqualität, Patientensicherheit, Versorgungssicherheit)
- Betriebliche Ergebnisse (z.B. nachhaltiger Geschäftserfolg, Ertrag)
- Marktstrategisch relevante Ergebnisse (z.B. Wettbewerbsvorteil)
- Gesellschaftspolitisch relevante Ergebnisse (z.B. nachhaltige Erfüllung des Versorgungsauftrags, Ressourcenschonung)

Im Mittelpunkt der Effektivitäts- und Effizienzbeurteilung von Pflegedokumentationssystemen steht der eigentlich wertschöpfende Kernprozess, der Pflegeprozess im Arbeitsbündnis zwischen Pflegefach- bzw. hilfsperson und pflegebedürftiger Person. Aufwands- und „Ertrags"-Seite[98] sollen beispielhaft aus der Perspektive des Pflegedokumentationssytems, als einem von vielen Unterstützungsprozessen, betrachtet werden. Für das Pflegedokumentationssytem muss ein gewisser Aufwand betrieben werden. Die Pflegefach- und -hilfspersonen müssen z.B. Zeit für die Durchführung der Pflegedokumentation einsetzen (BMFSFJ 2012); es fallen Kosten für Lizenzgebühren oder Formulare an. In dem Modell. In Abb. 3 sind nicht nur monetäre Aufwände enthalten, sondern auch die durch die NutzerIn des Pflegedokumentationssystems wahrgenommene Beanspruchung. Im Sinne von „Kosten" werden z.B. Belastungen wahrgenommen, wie z.B. Überforderung, Zeitdruck, das Gefühl der Komplexität der Situation nicht gerecht zu werden, das Gefühl keine Unterstützung in der handlungsleitenden Beurteilung einer komplexen Situation zu erhalten. Als Ertrag ist betriebswirtschaftlich die Leistungsvergütung z.B. durch die Pflegekasse zu verstehen. Dazu können zusätzliche Einnahmen aus Prämien, wie bei den Bonuszahlungen gemäß § 87a Abs. 4 SGB XI [Zurückstufung in niedrigere Pflegestufe], gezählt werden, sowie die durch die BewohnerIn wahrgenommene verbesserte Lebensqualität oder gegenüber einem anderen Pflegeheim besseren Pflegequalität. Bei der Betrachtung der Effizienz sollte das Ziel des Quotienten (=Ertrag/Aufwand) größer 1 sein, d.h. der Ertrag aus dem vom Pflegedokumentationssytem unterstützten Kernprozess muss höher sein als der zu investierende Aufwand. Die Bewertung der Effektivität, sprich der Wirksamkeit von Pflegeleistungen in diesem Beispiel kann der Quotient aus Einsatz von Pflegemaßnahmen unter Zuhilfenahme des Dokumentationssystems im Verhältnis zu wirkungsvollen bzw. auch wirkungsvolleren Pflegemaßnahmen sein. Der Quotient sollte, um eine gute Wirksamkeit zu begründen, kleiner gleich 1 sein. Methodisch bleibt die Herausforderung, bei den vielfältigen Einflussfaktoren, die das Modell nicht abbilden kann, Aufwand und Ertrag dem Pflegedokumentationssytem verursachungsgerecht zuzurechnen.

[98] Ertrag wird hier nicht nur im betriebswirtschaftlichen Sinn als monetäre Erlöse gesehen, sondern z.B. auch als „Gewinn" an besserer wahrgenommener Lebensqualität bzw. Pflegequalität.

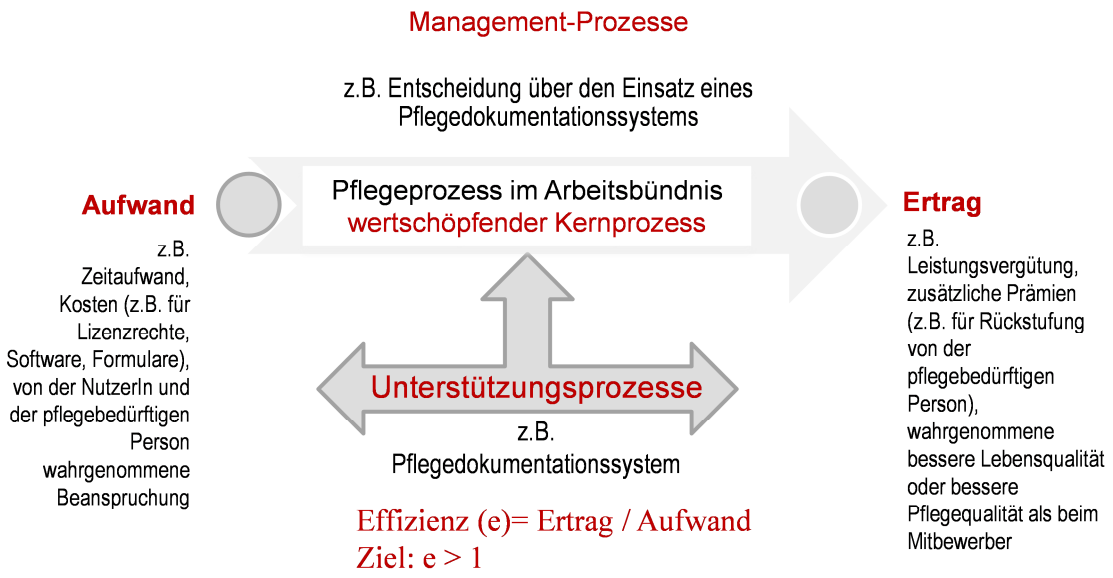

Abbildung 6: Modell Pflegedokumentationssystem als Unterstützungsprozess des Pflegeprozesses im Arbeitsbündnis mit der BewohnerIn (Quelle: Herold-Majumdar)

Ohne Nachweis der Wirkung, sprich der Effektivität und der Effizienz macht die Investition in ein Pflegedokumentationssystem keinen Sinn, denn wirkungslose Unterstützungssysteme oder solche mit unerwünschten Wirkungen sollen nicht eingesetzt werden. Dass Pflegedokumentationssysteme oder einzelne Tools auch unerwünschte Wirkungen haben können, wird an anderer Stelle noch ausgeführt und belegt.

Die Entbürokratisierungsdiskussion setzt häufig den angeblich zu hohen Zeitaufwand – ohne den gewonnenen Nutzen im Verhältnis zu sehen – ohne Nachweis einfach voraus . Der Nutzen der Pflegedokumentation wird meist nicht oder nicht differenziert genug beleuchtet. So stellen Ehrenberg und KollegInnen (2001) bei einer Analyse von 56 empirischen Studien zur Pflegedokumentation fest, dass die betrachteten Primäruntersuchungen in vier Kategorien einzuteilen sind:

1. Untersuchung der Einhaltung formaler Anforderungen an die Dokumentation
2. Untersuchung der Vollständigkeit des in den Dokumentationen abgebildeten Pflegeprozesses
3. Leitlinien und standardmäßige Dokumentation spezieller, als besonders relevant eingestufter pflegerischer Problemstellungen (z.B. Schmerz, Dekubitus, Sturz)
4. Untersuchung, inwiefern die Pflegewirklichkeit in der Dokumentation abgebildet ist

(Ehrenberg et al., zit. in Heislbetz 2009: 49).

Mit Bezug auf die Forschungsarbeit von Curell und Urquhart (2003) stellt Heislbetz in seiner internationalen Vergleichsuntersuchung fest, dass „[d]ie Wirkung des eingesetzten Dokumentationssystems auf die Pflegeoutcomes aus Pflegerinnen- und vor allem aus Klientinnensicht […] insgesamt eher gering bzw. wenig erforscht“ ist (Heislbetz 2009: 58).

Urquhart und KollegInnen belegen mittels systematischem Review, dass es keinen zuverlässigen Nachweis für Wirkungen in der Pflegepraxis aufgrund eines Wechsels desPflegedokumentationssystems gibt: „However, none of the studies produced results that could be interpreted as evidence of a change in practice that resulted from a change of record system” (Urquhart et al. 2009: 12).

Wir haben jedoch Belege sowohl über erhebliche Defizite (Lüngen et al. 2008) in der Pflegedokumentation trotz erheblichen Zeitaufwands (BMFSFJ 2012), als auch über positive Wirkungen auf die Pflegequalität durch eine geplante, technologie-gestützte Pflegeprozesssteuerung z.B. auf Basis von Klassifikationssystemen (Müller-Staub et al. 2010). Die Vollständigkeit und Exaktheit der Informationen im Pflegedokumentationssystem lassen keinesfalls den Schluss zu, dass dies auch positive Effekte auf die Pflegeergebnisse hat, wie Urquhart und KollegInnen mit Bezug auf ein systematisches Review von Müller-Staub 2006 betonen (Urquhart et al. 2009: 3). Umgekehrt bedeutet die Vernachlässigung von wichtigen Aspekten des Pflegehandelns in der Dokumentation nicht, dass diese Leistungsanteile tatsächlich nicht erbracht wurden.

Eine einseitige Betrachtung des Zeitaufwandes, ohne den Nutzen der Pflegedokumentation zu berücksichtigen, wird der Sache nicht gerecht.

Häufig wird in der Literatur die positive Wirkung einer vollständigen, kongruenten und hinsichtlich der Versorgungsdimensionen ausgewogenen Dokumentation auf die Pflegequalität und auf bewohnerbezogene Pflegeergebnisse einfach vorausgesetzt. Heislbetz hat jedoch in seiner international vergleichenden Untersuchung aus dem deutschen Datensatz auf Basis sekundärer, differenzierter Regressionsanalysen herausgearbeitet, dass das Wirkungsgefüge komplexer und keineswegs immer positiv ist.

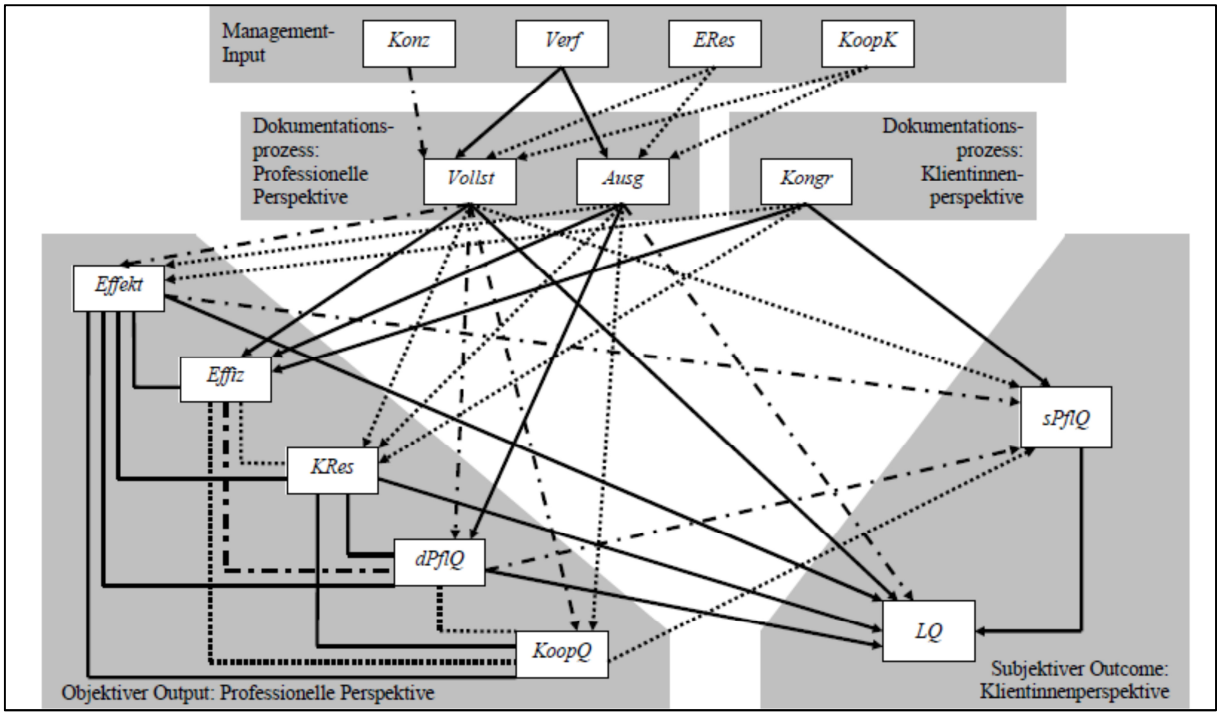

Abbildung 6 "Gesamtdarstellung aller Zusammenhänge - deutsche KlientInnen stationär" (Abb. aus Heislbetz 2009: 294)

Vor dem Hintergrund, der im Fokus stehenden Wirkungsdimensionen dieser Übersichtsarbeit sind besonders die Wirkungsbeziehungen zur Lebensqualität der KlientInnen (LQ) und zur Effizienz (Effiz), sowie Kooperationsqualität (KoopQ) von Bedeutung (siehe Abb. 4. Dabei hat Heislbetz positive Wirkungen mit einer durchgehenden Linie, negative Wirkungen mit einer gepunkteten Linie und nicht eindeutig zu charakterisierende Wirkungen mit einer Strich-Punkt-Linie versehen. Die Indikatorgruppen wurden von Heislbetz folgendermaßen abgekürzt: Management-Input: Managementkonzept – *Konz*, von der Managerin vorgegebene Verfahren – *Verf*, Einrichtungsressourcen – *ERes*, Kooperationskonzept – *KoopK*, Dokumentationsqualität: Dokumentationsvollständigkeit – *Vollst*, Ausgewogenheit der Dokumentation – *Ausg*, Kongruenz der Dokumentation mit dem Pflegeerleben durch die KlientIn – *Kongr*, Objektiver Dokumentationsoutput aus professioneller Perspektive: Effektivität – Effekt, Effizienz – *Effiz*, klientinnenspezifische Ressourcen – *KRes*, dokumentierte Pflegequalität – *dPflQ*, Kooperationsqualität – *KoopQ*, Subjektiver Dokumentationsoutcome aus KlientInnensicht: subjektive Pflegequalität – *sPflQ*, pflegebezogene Lebensqualität – *LQ* (vgl. Heislbetz 2009: 272).

„Diese Zusammenfassung aller für die stationär versorgten deutschen Klientinnen gemessenen Einzelzusammenhänge weist große Parallelen zu der zuvor diskutieren ambulanten Pflege auf. Wie im ambulanten Teildatensatz wirken sich die Vollständigkeit und Ausgewogenheit der Dokumentation (fast) ausschließlich negativ auf den Grad der Bedarfsbefriedigung der Pflege und auf die klientinnenbezogene Ressourcenausstattung aus. Die Wirkung auf die Effizienz der Ressourcenverwendung und auf die Pflegequalität aus professioneller Sicht ist hingegen (fast) ausschließlich positiv. Weniger eindeutig als zuvor ist jedoch die Wirkung der professionellen Do-

kumentationsqualitätsmerkmale auf den Pflegeoutcome aus Klientinnensicht. Hier findet sich eine überwiegend negative Wirkung der Dokumentationsvollständigkeit auf die subjektive Pflegezufriedenheit, während die Lebensqualität positiv beeinflusst wird. Doch auch die Ausgewogenheit der Dokumentation hat – teils positiv, teils negativ – Einfluss auf die Lebensqualität" (Heislbetz 2009: 295).

Aus diesen Befunden ließe sich nun schließen, dass die beiden Zielrichtungen Effizienz und Effiktivität im Sinn von positiven Wirkungen auf die erlebte Pflegequalität und Lebensqualität der BewohnerInnen in gegenseitiger Abwägung anzustreben wären. Geht man jedoch etwas tiefer und differenzierter in die Analyse so muss ergänzend eine direkte Wirkungslinie zwischen erlebter Pflegequalität bzw. Lebensqualität und Effizienz gezogen werden, sodass es zu einer positiven Rückwirkung auf die Effektivität kommt. Nach Produktionsprozessmodellen des Dienstleistungsmanagements spielen bewohnerbezogene Ergebnisse bei der Effizienzbeurteilung eine bedeutende Rolle. Darüber hinaus wird der Einfluss der BewohnerIn auf diese Wirkungsdimensionen in der Vorstellung einer Koproduktion bei gleichzeitiger Konsumption der pflegerischen Leistung (Uno-actu Prinzip) konstatiert (Corsten 2007). Dies wurde in dem Modell von Heislbetz ausgeklammert, zeigt jedoch die Komplexität der Wirkungsbeziehungen und damit die hohen Anforderungen an einen Wirkungsnachweis.

Nach Heislbetz ließen sich die Motive für die Dokumentation in deutschen Pflegeeinrichtungen auf Basis des entsprechenden Teildatensatzes überwiegend in der Reduzierung des Risikos identifizieren. Zentrales Merkmal dieses Dokumentationsmusters sei die negative Wirkung der Dokumentationsvollständigkeit und -unausgewogenheit auf die Effektivität der Pflege. Diese negativen Beziehungen stehe in Widerspruch zu den gewünschten positiven Wirkungen der Dokumentationsqualität auf die dokumentierte Pflegequalität und den Pflegeoutcome aus KlientInnensicht wie die Lebensqualität (Heislbetz 2009: 284f.).

5.1.4 Der Nutzen von Pflegedokumentation aus pflegepraktischer Sicht

Was kann nun der Nutzen bzw. die erwünschte Wirkung der Pflegedokumentation **aus pflegepraktischer Sicht** sein?

Nicht zuletzt der MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V.) selbst stellt fest, dass in den vergangenen Jahren die Pflegedokumentation zunehmend an den Ansprüchen Dritter, wie z.B. der Träger, hinsichtlich haftungsrechtlicher Absicherung der Gesundheits- und Pflegeunternehmen, der Aufsichtsbehörden und der Kranken- und Pflegekassen auf der Grundlage leistungsrechtlich relevanter Aspekte ausgerichtet wurde (MDS 2012: 186). Die Anforderungen der NutzerInnen, einerseits die Pflegefachkräfte selbst, die mit einem System der Pflegedokumentation arbeiten müssen, und andererseits die BewohnerInnen, die letztlich von der Pflegedokumentation im Sinne einer bedürfnis- und bedarfsgerechten und zumindest sicheren Pflege profitieren sollen, traten hingegen in den Hintergrund. Die Ansprüche hinsichtlich Patientensicherheit und Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens werden als selbstverständlich von den NutzerInnen pflegerischer Leistungen vorausgesetzt. In der Literatur werden in der Langzeitpflege darüber hinaus pflegeethische Ansprüche der BewohnerIn an die Lebensqualität bzw. autonome Ausgestaltung der Lebensführung bis zum Lebensende, an die soziale Teilhabe und selbstständige

Gestaltung sozialer Kontakte formuliert (Josat et al. 2006). Diese Parameter stellen mindestens gleichwertige Faktoren der Ergebnisqualität in der Langzeitpflege dar (Mukamel 1997, Rubinstein 2000, Behrens 2005, Ollenschläger 2007, Herold-Majumdar 2010), die, durch die Pflegedokumentation unterstützt, erreicht werden soll. Wir haben jedoch zahlreiche Belege, dass genau diese, aus „Kundensicht" wesentliche Nutzenseite, also die psycho-soziale Ebene, in den gängigen Dokumentationssystemen wenig beleuchtet wird (Hansebo, Kihlgren, Ljunggren 1998: 1469). Dies ist jedoch nicht gleichbedeutend damit, dass diese Dimension tatsächlich vernachlässigt wird.

„Mit anderen Worten ist es durchaus möglich, dass Pflegerinnen die nichtmedizinischen Pflegedimensionen in ihrer Arbeit anerkennen und einbeziehen – sie verzichten aber auf deren Dokumentation" (Heiselbetz 2009: 55).

Umgekehrt stellt sich die Frage, inwiefern das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools in der Lage sind, die gezielte Einbeziehung dieser Dimension der empfundenen Lebenswirklichkeit der BewohnerInnen in den Pflegeprozess zu unterstützen.

Insofern versucht die vorliegende Forschungsarbeit, die von Heislbetz (2009) auf der Grundlage seiner international angelegten Vergleichsuntersuchung identifizierte Forschungslücke zu füllen oder zumindest differenzierter zu beschreiben. Sie soll untersuchen, inwiefern empirische Belege vorliegen, wie „Wirkungsketten – ausgehend von der Dokumentationsqualität über die objektive Pflegequalität aus professioneller Sicht bis hin zur subjektiv erlebten Pflegequalität und Lebensqualität der Klientinnen durch die vom Management geschaffenen Dokumentationsbedingungen – beeinflusst werden" (Heislbetz 2009: 305). Angesichts der deutlichen Hinweise von unerwünschten Wirkungen (side effects) auf die von der BewohnerIn empfundene Lebensqualität durch eine nach überwiegend bürokratischen Vorgaben geführte Pflegedokumentation ist hier nach Wirkungsnachweisen zu suchen. Wobei die Vermutung der Autoren hinsichtlich der negativen Auswirkungen als Resultat nicht nur in den so genannten „Bürokratieeffekten" gesehen werden, sondern auch im Belastungserleben der BewohnerInnen und der AnwenderInnen von Dokumentationssystemen.

„Die Tatsache, dass eine ausführlichere Dokumentation die individuell erlebte Pflegequalität und die pflegebezogene Lebensqualität hier sogar verschlechtern, zeigt, wie die bürokratisch motivierte Dokumentationsführung die Pflegerinnen in ihrem Alltag eher belastet als unterstützt. Die Pflegerinnen kommen den bürokratischen Vorgaben trotzdem nach, um das Risiko zu vermeiden, für fehlende Dokumentationsdaten verantwortlich gemacht zu werden" (Heislbetz 2009: 305).

Das Bedürfnis zur Schaffung von Rechtssicherheit und von Leistungs- und Qualitätsdarlegungen zum Zwecke der Erlössicherung auf Basis von leistungsrechtlichen Vorgaben können „bürokratische Motive" darstellen, die den eigentlichen Zweck, nämlich die Unterstützung des Arbeitsbündnisses zum Nutzen der BewohnerInnen, konterkarieren können. Aus pflegepraktischer Sicht ist nach Behrens dabei besonders die Ebene des „individuellen Arbeitsbündnisses mit einzelnen Klienten" (Behrens 2000:328) zu betrachten.

5.1.4.1 Lebensqualität (LQ bzw. QoL) als Konstrukt und relevanter Outcome-Parameter der Langzeitpflege

Die individuell vom/n der BewohnerIn erfahrene Lebensqualität, also ob das Leben als erfüllt und schön wahrgenommen wird, ist als subjektiv erlebte, komplexe und dynamische Dimension von dem Begriff der „Zufriedenheit“ (Kundensicht in Total Quality-Managementmodellen) und von dem originär psychologischen Konzept „Wohlbefinden“ („well-being“) abzugrenzen. Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit werden häufig synonym für Lebensqualität verwendet. Die Lebensqualität (Quality of Life, QoL) ist aber als ein Konzept der Moralphilosophie und der klassischen Ethik aufgrund ihrer Dynamik und Multidimensionalität vom Wohlbefinden abzugrenzen. Das Konzept des „Wohlbefindens“ wird gerne als das universale Ziel der Pflege gesehen. In der Literatur wird Wohlbefinden manchmal als Voraussetzung für Lebensqualität (vgl. MacKeigan/Pathak 1992, Schnabel/Schönberg 2004, Cella/Tulsky 1990) oder als „Ausdruck der subjektiv empfundenen Lebensqualität“ (Bartholomeyczik et al. 2006:29) beschrieben. Wohlbefinden wird auf der psychischen Ebene als Balance zwischen positiven und negativen Gefühlszuständen oder als die Erfahrung von Gefühlen in einem Zeitraum definiert. Auf der physischen Ebene bedeutet Wohlbefinden aktuelle positive körperliche Empfindung (vgl. Schumacher/Klaiberg/Brähler 2003). Wohlfahrtssurveys betrachten aus soziologischer Sicht das Verhältnis von LQ und subjektivem Wohlbefinden, wobei LQ hauptsächlich über objektiv beobachtbare Lebensumstände definiert wird (vgl. Glatzer 1992), jedoch stets die jeweils einzigartige Sichtweise der Person und wie sie ihr Leben beurteilt einschließt (vgl. Herold-Majumdar & Behrens 2012). Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ist die Verteilung von Glück und Zufriedenheit „ziemlich stabil“ (Glatzer 1992:78), während das subjektive Wohlbefinden, vom Individuum her betrachtet, häufigen Änderungen unterliegt.

Das Konzept der Bewohnerzufriedenheit schließt andere, für die BewohnerIn wichtige Aspekte ihres Lebens und Wohnens im Heim aus, die obligatorisch für ein umfassendes Verständnis von Lebensqualität (LQ) sind(vgl. Rubinstein 2000). Im Konzept der Zufriedenheit dominieren Kategorien, die zwar für die Pflegeprofession wichtig sind, aber nicht unbedingt für den/die BewohnerIn als Person, die ihren Lebensmittelpunkt mehr oder weniger freiwillig im Pflegeheim hat. Nach Rubinstein spielen eher „personenbezogene Kategorien“ für das Leben im Heim eine wichtige Rolle. Dazu zählen die persönliche Identität, die Biographie, die sozialen Beziehungen, die Lebenserfahrung und die Bedeutungszuschreibungen, also um mit Rubinstein zu sprechen, das ganze System der persönlichen Bedeutungszuschreibungen, das „system of personal meaning“. Aus dieser Definition wird deutlich, dass LQ wesentlich umfassender zu verstehen ist als „Wohlbefinden“ und „Zufriedenheit“. LQ ist der eigentliche Gehalt des täglichen Lebens im Heim, von Rubinstein treffend als „stuff of everyday life“ bezeichnet, der hinter der dominierenden krankheitsorientierten pflegerischen Versorgung oft verschwindet (Rubinstein 2000: 19). Bewohnerzufriedenheit kann nach Rubinstein nur verstanden werden, wenn man weiß oder zumindest eine Ahnung davon hat, was der/die BewohnerIn über sich selbst denkt, warum sie im Heim ist, was sie dort macht und was der Heimaufenthalt in Bezug auf die individuelle Lebensgeschichte bedeutet:

„It is difficult to understand resident satisfaction in the nursing home when we may lack any systematic or particularized understanding of what nursing home residents believe themselves to be doing in the nursing home. That is, what are their own explanations, understandings and

evaluations of why they are there? What does nursing home residence mean in terms of each person´s life history?" (Rubinstein 2000:16)

Die Bedeutung der Lebensqualität als relevanter Ergebnisparameter in der Langzeitpflege Älterer sowie dessen Vernachlässigung in der Pflegedokumentation selbst wie auch in der Beurteilung der Wirkung von Dokumentationssystemen ist in der Literatur evident:

„Quality of life (QoL) is widely recognised as an important concept and measure of outcomes in health care, and the concept is emerging more and more often also in connection with long-term care (LTC). However, although improving or maximising the QoL of the clients seems to be increasingly mentioned in care policies and development programmes of LTC of older people, it less often is a goal pursued in actual care practices. In our view, among the reasons for this are underdeveloped concepts, structures and processes of evaluation of care outcomes in the LTC of older people. Although considerable progress has been achieved in research and practice in recent years, there still are no common definitions or standards for quality available in LTC and no "golden rules" on how to care for the frail and vulnerable clients well and based on best gerontological knowledge. The quality of documentation in LTC tends to be poor and narrowly focused on clinical information, and standards for documentation are lacking, let alone the development of information technologies tailored for this purpose" (Vaarama, Pieper, Sixsmith 2008: iX).

Wenn die Lebensqualität einen relevanten Outcome-Parameter in der stationären Langzeitpflege darstellt und für die Lebenspraxis der BewohnerInnen relevant ist, ist im Sinne des Wertschöpfungsmodells in Bezug auf die Effizienz und Effektivität eines Pflegedokumentationssystems zu fragen:

Frage 1

Inwiefern können das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile dazu beitragen, die Ansprüche der BewohnerIn hinsichtlich Lebensqualität (verstanden als autonome Ausgestaltung der Lebensführung bis zum Lebensende) im Sinne des Nutzens bzw. der erwünschten Wirkung zu erfüllen?

Endpunkt 1: Lebensqualität (LQ bzw. QoL: Quality of life), einschließlich Qualität des Lebensendes (Quality end-of-life) der BewohnerIn

5.1.4.2 Soziale Partizipation als Konstrukt und relevanter Outcome-Parameter der Langzeitpflege

Die Lebenspraxis in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wird darüber hinaus wesentlich von sozialen Bezügen und Netzwerken bestimmt. Nicht zuletzt verpflichtet das Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) zu Leistungen, die die „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen".

„§ 4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,

3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern. […]“ (Sozialgesetzbuch, IX. Buch, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 14.12.2012 I 2598)

An dieser Stelle seien auch die Diskussionen erwähnt, die zu einer Neubeurteilung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Entwicklung des „Neuen Begutachtungsassessments“ (NBA) führten. In diesem Diskussionsrahmen wurde kritisiert, dass die bis dahin geltende Definition der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) zu viele Punkte ausschließt (z.B. Partizipation und selbstständige Lebensführung) und Menschen, die an Demenz erkrankt sind und erkranken, mit ihren besonderen Bedürfnissen zu wenig Berücksichtigung finden (Gansweid et al. 2010: 53).

Um dieser Engführung zu begegnen, setzte das Bundesministerium für Gesundheit einen Expertenbeirat ein, indem auch die Wissenschaft sowie Sachverständige aus der Pflege vertreten waren. Der überarbeitete Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA wurden im Abschluss-„Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ aus dem Jahr 2013 (vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben) dargestellt. Demnach umfasst die neue Pflegebedürftigkeitsdefinition ausdrücklich die soziale Teilhabe (participation):

Pflegebedürftig ist, „wer

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen und Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden können,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist“ (BMG 2013:. 11).

Parallel mit der Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde das oben genannte NBA entworfen. Gemessen wird nicht die „Pflegezeit, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen“ (Gansweid et al. 2010:54).

Durch die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Erarbeitung eines umfassenden Assessments mit Blick auf Selbständigkeit und soziale Teilhabe ist eine Grundlage geschaffen, weitere Veränderungen anzustoßen. Dieses Assessment-Instrument ist nicht per se auf den Altenhilfebereich zugeschnitten, hat aber nach Meinung der AutorInnen das Potenzial, auch hier ansetzen zu können und durch die neuen Grundlagen ein Dokumentationssystem oder auch einzelne Bestandteile zu generieren, die dazu beitragen können, die Ansprüche der BewohnerIn hinsichtlich sozialer Teilhabe und selbstständiger Gestaltung sozialer Kontakte zu erfüllen.

Es ist eine genaue Untersuchung der Anwendbarkeit im Altenhilfebereich durchzuführen, ebenso die Analyse von potentiellen Wirkungszusammenhängen. Mit der Forschungsfrage 2 soll der Wirkzusammenhang mit dem Pflegedokumentationssystem untersucht werden:

Frage 2

Inwiefern können das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile dazu beitragen, die Ansprüche der BewohnerIn hinsichtlich sozialer Teilhabe und selbstständiger Gestaltung sozialer Kontakte zu erfüllen?

Endpunkt 2: Soziale Teilhabe (participation) und selbstständige Gestaltung sozialer Kontakte (social interaction) der BewohnerIn

Nachdem nun der Nutzen als erwünschte Wirkungen für dieBewohnerIn beleuchtet wurde, soll nun die Seite der Pflegefachpersonen als AnwenderInnen des Pflegedokumentationssystems betrachtet werden, um die nächste forschungsleitende Fragestellung zu entwickeln.

5.1.4.3 Die Qualität des Arbeitslebens von Pflegefachpersonen als Konstrukt und relevanter Outcome-Parameter der Langzeitpflege

Auf der Ebene des Arbeitsbündnisses sind gleichfalls die Anforderungen der Pflegefachpersonen zu betrachten. Sozio-emotionale Faktoren sind nicht nur auf Seiten der BewohnerInnen, sondern auch bei den Pflegefachpersonen von Bedeutung. Bei der Frage nach der Lebensqualität ist die Qualität des Arbeitslebens, das schließlich einen Großteil unseres Lebens ausmacht, immer einzuschließen. Clarke und Brooks halten sogar jede Diskussion über Lebensqualität für unvollständig, falls man diesen Aspekt im wissenschaftlichen Diskurs nicht berücksichtigt.

„Any discussion of quality of life would not be complete without addressing the concept of worklife and specifically nursing worklife” (Clarke & Brooks 2010:301).

Die Qualität des Arbeitslebens und die Arbeitszufriedenheit der Pflegefach- und -hilfsperson wirken sich nicht zuletzt auch auf die Voraussetzungen für eine qualitative, der BewohnerIn

und seinen/ihren Bedürfnissen zugewandten Pflege aus, die neben den rein instrumentellen, verrichtungsbezogenen Anforderungen auch die Dimension der Lebenswirklichkeit (system of personal meaning; Rubinstein 2000:21) mit einbezieht. Die europaweit angelegte RN4CAST-Studie über die Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen legte Zufriedenheitskategorien, wie Qualität des Arbeitslebens (Quality of Working Life), Arbeits- und Berufszufriedenheit (job satisfaction) und deren Erfüllung aus deren Sicht dar. Es zeigten sich besorgniserregende Ergebnisse, die sich insbesondere durch das frühe Ausscheiden aus dem Beruf, mangelnde Pflegequalität oder einer erhöhten Mortalität von PatientInnen gezeigt haben.

So stellen Clarke und Brooks fest, dass es einen, stellenweise auch statistisch nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Ergebnisqualität (Patienten-Outcome) gibt, auch wenn der ursächliche Zusammenhang nicht nachgewiesen werden konnte.

„In fact, much nursing job satisfaction research linked to patient outcomes found only a correlational relationship not a causal one (Ma, Samuels, & Alexander, 2003)" (zit. in Clarke, Brooks 2010:303).

Arbeitsunzufriedenheit, hohe Stresslevels und beeinträchtigte Qualität des Arbeitslebens der Pflegefachpersonen sind in der Literatur belegt (Engström 2011) und werden politisch und in der Öffentlichkeit immer wieder diskutiert. Dabei stehen Arbeitsbedingungen, wie Personalausstattung, Arbeitszeiten und Beanspruchung durch die zumeist von schwerer Krankheit betroffenen Pflegebedürftigen im Fokus. Es gilt daher auch, nach Entlastungs- und Unterstützungssystemen zu suchen, die nachweislich erwünschte Wirkungen, z.B. die Erleichterung des Praxisalltags mit PatientInnen, auf die Qualität des Arbeitslebens haben. Das Pflegedokumentationssystem kann ein solches Unterstützungssystem sein. Tatsächlich wissen wir aber auch, dass gegenteilige Effekte, z.B. über zusätzliche Belastungen auftreten können (Keenan 2008: 3-179).

Die Qualität des Arbeitslebens ließ sich bisher jedoch nur als globales Konzept erfassen. Differenzierte Analysen anhand einzelner Dimensionen waren nicht möglich (Clarke & Brooks 2010: 302). Es werden jedoch zunehmend verlässlichere Instrumente zur Erhebung dieses komplexen und individuellen Konstruktes entwickelt, so z.B. der „Work Quality Index", sodass Wirkungsnachweise möglich sind.

„Work Quality Index – A measure of nurses' satisfaction with the quality of their work and their work environment using 6 subscales for job properties: professional work environment, autonomy, work worth, professional relationships, role enactment, and benefits was obtained using the Work Quality Index (WQI; Whitley & Putzier, 1994). This scale contains 38 Likert-like items with seven response categories ranging from "not satisfied" to "satisfied". (McGillis Hall et al. 2006:19)

Das Konstrukt der Qualität des Arbeitslebens lässt sich folgendermaßen operationalisieren. Im Rahmen des hier bearbeiteten Forschungsauftrags wurde deshalb folgende Fragestellung zugrunde gelegt:

Frage 3

Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools auf die Qualität des Arbeitslebens der Pflegefach- und hilfspersonen?

Endpunkt 3: Qualität des Arbeitslebens (Quality of working life)

5.1.4.4 Die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und des Pflegebedarfs als Konstrukt und relevanter Outcome-Parameter der Langzeitpflege

Für eine reibungslose Durchführung der Pflege in der Alltagspraxis muss das Pflegedokumentationssystem den aktuellen Gesundheitszustand und Pflegebedarf so erfassen und darlegen, dass daraus unmittelbar handlungsleitende Schlüsse gezogen werden können (MDS 2005: 10). Die komplexen Krankheitsbilder und pflegerelevanten Erscheinungen im Zusammenhang mit Altern, Multimorbidität und Langzeitpflegebedürftigkeit führen teilweise zu sich schnell verändernde Pflegesituationen, denen angemessen und zeitnah zu begegnen sind. Ein Pflegedokumentationssystem muss deshalb Tools (z.B. Assessments) vorhalten, die zuverlässig Änderungen erfassen und den aktuellen Handlungsbedarf aufzeigen.

Zur der hier notwendigen Begriffsklärung unterscheidet Bartholomeyczik (2003, S. 306) zwischen Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit (zum überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriff siehe Endpunkt 2: participation): „Pflegebedarf entsteht aus der Pflegebedürftigkeit dann, wenn pflegerische Maßnahmen die Pflegebedürftigkeit lindern, kompensieren oder aufheben können. Pflegebedarf kann erst als Ergebnis eines Beurteilungsprozesses festgestellt werden, wenn die Möglichkeiten zu erreichender Pflegeziele geklärt sind“

Nach Wingenfeld und Büscher (2011) spricht man von Pflegebedürftigkeit, „wenn eine Person nicht in der Lage ist, gesundheitlich bedingte funktionelle Einbußen, Belastungen und Anforderungen selbstständig zu kompensieren bzw. zu bewältigen und daher von professioneller Hilfe abhängig ist“ (Wingenfeld & Büscher 2011, zit. nach Gattinger et al. 2014:31).

Zur Erhebung eben dieses unter Umständen komplexen und individuellen Bedarfs wurden und werden diverse (Assessment-)Instrumente bzw. Tools entwickelt, die den Pflegeprozess unterstützen können und sollen (zum Beispiel das „BewohnerInneneinstufungs- und Abrechnungssystem“ BESA oder das „Resident Assessment Instrument“ RAI). Als Effekt soll hieraus eine Handlungsleitung generiert werden (Gattinger et al. 2014:31).

Zur Pflegebedarfserhebung im Krankenhaus (auf der Grundlage von Leistungen mit Normzeiten) werden zwei Instrumente verglichen: die „Pflegepersonalregelung“ (PPR; Deutschland 1992) und die „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP; Schweiz 1989 und 2001). Diese können allerdings keine Aussage zur Pflegebedürftigkeit und zur Qualität der Leistungen und zur oben genannten Zielerreichung treffen (Bartholomeyczik 2003:304).

In diesem Zusammenhang wird auch hier (ebd.) auf die Engführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach SGB XI hingewiesen (zum Beispiel hinsichtlich des Ziels der sozialen Teilhabe).

Viele der genannten Instrumente haben vorrangig den Zweck, über die Erhebung des Pflegebedarfs die Personalbemessung zu rechtfertigen. Diesem Umstand soll das Tool „PLAISIR“ (Planification informatisée des soins informiers requis) entgegenwirken. Anwendung findet es in der stationären Altenpflege. Mit Hilfe dieses Instruments sollen die individuellen Problemlagen auf Basis des bio-psycho-sozialen Modells mit den zu erbringenden Pflegehandlungen verlinkt werden. Allerdings sieht Bartholomeyczik (2003, S. 308-309) einige Probleme, die gegen die Anwendung sprechen, zum Beispiel: „Die Inhalte des bio-psycho-sozialen Profils entsprechen nur in Teilen den Inhalten, die in der Erhebung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Problemlage des Bewohners als Grundlage der Pflege erhoben werden sollten. […] Insgesamt ist die Erfassung des bio-psycho-sozialen Profils kaum pflegeorientiert, ihr Ursprung aus einer Krankenhaus-Personalbemessung wird sehr deutlich, trifft aber nicht die wichtigen Bereiche der stationären Altenpflege. Vor allen Dingen enthält es viel zu wenig die Grundlagen für eine individuelle Pflegeplanung.“

Ein weiteres, für die stationäre Altenpflege konzipiertes Tool stellt das Resident Assessment Instrument (RAI) dar. Ziel ist es hier, der auf das Individuum zugeschnittenen Pflegeplanung Struktur zu geben. Zusätzlich soll es zur Entwicklung der Qualität beziehungsweise zur Vergleichbarkeit herangezogen werden. Bartholomeyczik (2003:309) sieht im RAI im Vergleich zu den anderen hier vorgestellten Instrumenten das größte Potenzial. „Dennoch wird auch hier kritisiert, dass die Perspektive des Betroffenen zu wenig erfasst werde und das Instrument eine Theoriediskussion nicht ersetzen könne oder überflüssig mache“ (Brandenburg 2002 zit. nach Bartholomeyczik 2003:309).

Saxer et al. vergleichen in ihrer Studie die Ergebnisse des BewohnerInneneinstufungs- und Abrechnungssystem BESA und des Minimum Data Set (MDS) des Resident Assessment Instrument RAI zur Erhebung des Pflegebedarfs. Sie führten diese Untersuchung auf Basis von Daten durch, die sie in zwei Schweizer Pflegeheimen gewonnen hatten. Beim Assessment konnten bedeutende Disparitäten erkannt werden (2014:38). Durch die geografische und kulturelle Nähe stellt sich die Frage, ob eine in deutschen Pflegeheimen durchgeführte Studie ähnliche Ergebnisse liefern würde.

In dem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Forschungsprojekt, das bundesweit angelegte Studien mit einschließt (Schneekloth und Wahl (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“), kann nachverfolgt werden, wie sich die Forschung an das Setting „Heim“ herantastet. Zwar wird die Pflegedokumentation dort in ihrer planenden und beschreibenden Funktion genannt, jedoch finden sich darüberhinaus keine Untersuchungen zu Wirkungen, insbesondere zu Wirkungszusammenhängen für diesen genannten Outcome-Parameter, geschweige denn, dass diese gefordert wurden.

So wird beispielsweise die (Möglichkeit zur) Mitwirkung von Angehörigen an der Pflegeplanung beschrieben (14% regelmäßige Beteiligung; 15-16% ab und zu), jedoch kein Wirkzusammenhang zur Kommunikation mit Angehörigen (Endpunkt 5) untersucht (Schneekloth & Wahl 2007: 253f. u. 307). Des Weiteren erfolgt eine kurze Beschreibung der Pflegeplanung und der Pflege-

dokumentation (ebd., 314). Eine Beteiligung zumindest an der primären Pflegeplanung wird den Angehörigen zugesprochen (ebd., 337).

Reuther et al. haben in ihrer Studie „Mangelernährung und Demenz bei Bewohnern in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland“ herausgearbeitet, dass bei Feststellung einer „wahrscheinlichen Mangelernährung“ beziehungsweise eines „Risikos“ des Vorliegens von Demenz durchaus Interventionen vom Pflegepersonal eingeleitet wurden (u. a. energiereiche Zwischenmahlzeiten, Nahrungssupplemente, etc.),. Jedoch „deuten auch die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass eingeleitete Maßnahmen noch zu unreflektiert und wenig gezielt angewendet werden, obwohl klar erkennbar ist, dass mit zunehmenden Risiko auch der Anteil der eingeleiteten Maßnahmen steigt, Pflegende also auf entsprechende Risiken reagieren“ (Reuther et al. 2013: 265). Eine Handlungsleitung, wenn auch zu wenig reflektiert, ist zwar sichtbar, aber ein Wirkzusammenhang zwischen Erhebungsinstrument und handlungsleitender Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und des Pflegebedarfs wird auch in dieser Untersuchung nicht geleistet. Es erfolgt eine Empfehlung, die regelmäßiges Screening und – bei festgestelltem Risiko – ein Assessmentinstrument für die Ursachenforschung und Maßnahmenplanung fordert. Dazu wird ein fähiges Tool-Kit benötigt (ebd., 266).

Borchelt et al. (1999) stellten einen fehlenden Meinungsabgleich bezüglich der minimalen Anforderungen der Dokumentation im akutgeriatrischen Setting fest. Ein Einschluss dieser Untersuchung konnte auf Grund des Settings im Krankenhausbereich nicht stattfinden, dennoch konnten interessante Punkte zu eventuellen Forschungsdesideraten abgeleitet werden. So sollte versucht werden, „ein Instrument zur Erfassung eines geriatrischen Minimaldatensatzes zu entwickeln, das sich zur Basisbeurteilung von Behandlungsergebnissen und mit akzeptablem Mehraufwand dauerhaft in der klinischen Routine verankern lässt. Das Instrument sollte dabei auf die Erfassung unverzichtbarer Merkmale beschränkt bleiben und diese zuverlässig und valide messen“ (Borchelt et al. 1999: 13). Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) soll eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen Kliniken herstellen (ebd., 13). Die drei (Mindest-)Erhebungsdimensionen beziehen sich auf „Demographie, Behandlung und den funktionellen Status“ (ebd., 14). Eine Einbeziehung schon durchgeführter Studien auch aus anderen Settings kann für die weitere Forschung durchaus fruchtbar gemacht werden, indem beispielsweise aus Fehlern gelernt und Erkenntnisse genutzt werden. Interessant ist die Aussage von Borchelt et al. zur Ergebnisqualität: im Vorfeld müssen schon Kriterien ebenjener Ergebnisqualität festgesetzt werden, um mit Hilfe eines Tools wie Gemidas zu beurteilbaren Ergebnissen zu gelangen (gute vs. schlechte) (ebd., 21).

Dies führt zur vierten Forschungsfrage.

Frage 4

Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools auf die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und des Pflegebedarfs?

Endpunkt 4: Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und des Pflegebedarfs (health care need)

5.1.4.5 Kommunikation versorgungsrelevanter Aspekte mit den am Versorgungsprozess unmittelbar Beteiligten (Angehörigen, HausärztInnen usw.) (communication)

Dem Arbeitsbündnis gehören auch andere am Versorgungsprozess Beteiligte an, professionelle und nicht professionelle Gruppen. Sodass sich die Wirkung bzw. der Nutzen der Pflegedokumentation aus pflegepraktischer Sicht auch an der Förderung der Kommunikation mit den am Versorgungsprozess unmittelbar Beteiligten und den Angehörigen messen lassen muss, wobei die bewohner- und versorgungsrelevanten Informationen im Mittelpunkt stehen sollen (Keenan 2008: 3-183 f.). Auch an dieser Stelle zeigen die Dokumentationssysteme eine hohe Medizin- und Krankheitsorientierung, die die Bedeutung und Rolle der Angehörigen vernachlässigt. Nach Keenan fokussiert die Forschungsliteratur bei der Betrachtung der interdisziplinären Versorgungsplanung entweder das Case Management oder Clinical Pathways. Die Angehörigen, die oft über viele Jahre die BewohnerInnen vor Heimeintritt begleitet und gepflegt haben und die im stationären Setting meist weiterhin mittelbar oder unmittelbar in die Pflege involviert sind, bleiben bei wissenschaftlichen Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Pflegedokumentationssystem häufig außen vor (Maas 1994: 27). Auch in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation (z.B. mit HausärztInnen, TherapeutInnen) scheint die Forschung erst am Anfang. Mit Bezug auf Häyrinen (2008) konstatieren Urquhart und KollegInnen, dass es zwar viele Studien gibt, die die Vollständigkeit und Exaktheit der Dokumentation untersuchen, jedoch nur wenige Studien, die die Wirkung der Pflegedokumentation auf die interprofessionelle Kommunikation explorieren (Urquhart et al. 2009: 3).

Aufgrund der hohen Bedeutung der interdisziplinäre Kommunikation und der Kommunikation mit den Angehörigen für die Pflegepraxis soll deshalb in der fünften Forschungsfrage die Wirkung des Pflegedokumentationssystems auf diesen Aspekt untersucht werden.

Frage 5

Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools auf die interdisziplinäre Kommunikation und die Kommunikation mit den Angehörigen bezüglich versorgungsrelevanter Aspekte?

Endpunkt 5: Interdisziplinäre Kommunikation und die Kommunikation mit den Angehörigen (communication)

Die Mindestanforderungen an ein Pflegedokumentationssystem müssen sich daran messen lassen, ob die zuvor beschriebenen erwünschten Wirkungen auf Seiten der BewohnerInnen und der Pflegefachpersonen in Bezug auf deren Lebens- und Arbeitspraxis überhaupt zuverlässig belegt sind. Um im Sinne der Effizienz und Effektivität die Pflegedokumentation überhaupt beurteilen zu können, sind zunächst die belegten erwünschten Wirkungen für das Arbeitsbündnis zu ermitteln. Nur auf der Grundlage eines ausreichenden Nachweises können wirksame Anteile der Pflegedokumentation letztlich verbindlich gefordert werden. Alle anderen Anteile zum vermeintlichen Nutzen Dritter, die nicht unmittelbar am Pflege- und Versorgungspro-

zess beteiligt sind, bedürfen einer gesonderten Begründung. Pflegedokumentationssysteme, die gar unerwünschte Wirkungen zeigen, sind in diesem Sinne obsolet.

5.1.5 Mögliche unerwünschte Wirkungen der Pflegedokumentation

Mögliche unerwünschte Wirkungen (adverse effects) sind bei der Bewertung von Aufwand und Nutzen ebenfalls zu berücksichtigen, wie Urquhart und KollegInnen in ihrem systematischen Review zur Fragestellung, welche Effekte Pflegedokumentationssysteme auf die Pflegepraxis und Pflegeergebnisse haben, feststellen.

„The possible adverse effects on patient care, nursing practice, and the development of nursing knowledge, of recording patient information in structures which may be inadequate or inappropriate for the purpose, could be highly significant" (Urquhart et al. 2009:3).

Als eine der wenigen Forschungsarbeiten konzentrieren sich die Autorinnen bei ihrer systematischen Übersichtsarbeit (systematic review) über einen Zeitraum von 60 Jahren auf die unmittelbaren Wirkungen auf die Pflegepraxis und gesundheitsrelevanten Ergebnisse. Allerdings wurden überwiegend nur Studien aus dem Krankenhaus und dem ambulanten Pflegebereich berücksichtigt. Im Zeitraum 2003-2008 konnten lediglich neun Studien identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllten und die Forschungsfrage untersuchten. Dabei wurden ausschließlich Vergleichsstudien mit Interventionen im Bereich Pflegedokumentationssystem recherchiert.

5.1.6 Zusammenfassung der Forschungsfragen und der untersuchten Endpunkte aus pflegepraktischer Perspektive

Das „Dokumentationsmindestmaß in der stationären Altenpflege aus pflegepraktischer Sicht" lässt sich über – in der wissenschaftlichen Literatur nachgewiesene – erwünschte Wirkungen auf der Ebene der Lebenspraxis bestimmen.

Diese erwünschten Wirkungen sind als Nutzen in der Effizienz- und Effektivitätsbeurteilung zu verstehen, ohne deren Nachweis der Mitteleinsatz z. B. im Sinne des Zeitaufwandes für die Pflegedokumentation nicht beurteilt werden kann. Aus pflegepraktischer Sicht sind erwünschte Wirkungen unmittelbar auf das Arbeitsbündnis mit dem/r BewohnerIn, als NutzerIn der pflegerischen Leistung in der stationären Langzeitpflegeeinrichtung, zu beziehen. Hier sind sowohl die Anforderungen der täglichen Lebenspraxis in Ergänzung zu den wissenschaftlichen Anforderungen auf Seiten der BewohnerInnen, auf Seiten der Pflegefachpersonen und auch auf unmittelbar im Versorgungsprozess involvierte professionelle (z.B. Hausarzt/ärztin, TherapeutIn) und nicht professionelle Gruppen (Angehörige) zu berücksichtigen, um eine reibungslose Durchführung der Pflege zu gewährleisten.

Anforderungen in Bezug auf die Lebens- und Arbeitspraxis sind:

auf der Seite der BewohnerInnen bzw. NutzerInnen der pflegerischen Leistung in stationären Altenpflegeeinrichtungen:

1. Lebensqualität, Autonome Ausgestaltung der Lebensführung (LQ bzw.QoL: Quality of Life)

2. Soziale Teilhabe: Selbstständige Gestaltung sozialer Kontakte (participation),

auf Seiten der Pflegefachpersonen und der unmittelbar im Arbeitsbündnis Mitwirkenden:

3. Qualität des Arbeitslebens und Arbeitszufriedenheit (Quality of Worklife)

4. Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (health care need)

5. Kommunikation versorgungsrelevanter Aspekte mit den am Versorgungsprozess unmittelbar Beteiligten (Angehörigen, HausärztInnen usw.) (communication).

Mittels systematischer Literaturrecherche wird also nach Wirksamkeitsnachweisen für Pflegedokumentationssysteme oder einzelne Bestandteile (Tools) gesucht.

Zu berücksichtigen sind laut Auftrag die nationalen Erkenntnisse, wobei auch internationale Erkenntnisse einbezogen werden, um den Entwicklungs- und Forschungsbedarf für Deutschland zu konkretisieren und mögliche Technologieentwicklungen und Lösungswege aufzuzeigen.

5.2 Methodik der Recherche und Bewertung der pflegepraktischen Perspektive

5.2.1 Die Fragestellung im PIOS-Schema

Nach dem PIOS-Schema für systematische Übersichtsarbeiten (CRD 2009) ergibt sich, wie nachfolgend in der Tabelle dargestellt, folgendes Untersuchungsschema.

Tabelle 10: Untersuchungsschema

Population	Bewohner und Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen über 65 Jahre alt
Intervention	In dieser Übersichtsarbeit wird von einem erweiterten Verständnis der Pflegedokumentation im Sinne eines Unterstützungssystems (Interventionsprogramm mit mehreren Bestandteilen bzw. Tools) für die umfassende Planung, Steuerung und Dokumentation der Pflege verstanden. Dabei soll das Pflegedokumentationssystem einerseits für den gesamten Pflegeprozess als maßgebliches Instrument (mit den einzelnen Phasen, wie z. B. Anamnese, Informationssammlung, Fokusassessments, Diagnostiktools, Maßnahmenplanung, Verlaufsbericht), andererseits auch für einzelne Bestandteile oder Tools (z.B. Assessmentverfahren wie Schmerzassessment) betrachtet werden. Eingeschlossen sind auch EDV-, Audio- oder Video-gestützte Tools sowie kombinierte Systeme mit einzelnen Instrumenten, z.B. zur Unterstützung der Einschätzung der Situation und Kommunikationskonzepten, z.B. (interdisziplinäre) Fallbesprechung. Das Pflegedokumentationssystem, seine Bestandteile und Prozesse werden als Interventionen verstanden, die keine, erwünschte

	und auch unerwünschte Wirkungen (side-effects) haben können. Das Pflegedokumentationssystem, seine Bestandteile und Prozesse werden als Interventionen verstanden, die keine, erwünschte und auch unerwünschte Wirkungen sowie Nebeneffekte (side-effects) haben können.
Comparison	Vergleichsintervention
Outcome (Zielgröße, Endpunkte)	Auf der Seite der BewohnerInnen bzw. NutzerInnen der pflegerischen Leistung in stationären Altenpflegeeinrichtungen: 1. Lebensqualität, Autonome Ausgestaltung der Lebensführung (QoL: Quality of Life) 2. Soziale Teilhabe: Selbständige Gestaltung sozialer Kontakte (participation) Auf Seiten der Pflegefachpersonen und –hilfskräfte und der unmittelbar im Arbeitsbündnis Mitwirkenden: 3. Qualität des Arbeitslebens und Arbeitszufriedenheit (Quality of Worklife) 4. Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (health care need) 5. Kommunikation versorgungsrelevanter Aspekte mit den am Versorgungsprozess unmittelbar Beteiligten (Angehörigen, HausärztInnen usw.) (communication)
Studiendesign	Randomisiert-kontrollierte Studien, qualitative Studien

5.2.2 Recherchestrategie

Die Ergebnisse basieren auf einer systematischen Übersicht (systematic review) der international veröffentlichten Literatur zu Untersuchungen, die in Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Deutschland umgesetzt wurden. Es wurde in dem Zeitraum Februar bis März 2014 recherchiert.

Bevor die Suchstrategie und Suchbegriffe festgelegt wurden, wurde in einer Initialrecherche mit unterschiedlichen Schlüsselwörtern und Verknüpfungen probiert, wie sich die Trefferquoten unterscheiden. Nach einer ersten systematischen Suche entschied die Forschergruppe, die Variation der Begriffe zu „Pflegedokumentation“ und zu englischsprachigen Entsprechungen auszuweiten, um schließlich in eine zweite, systematische Recherche zu gehen, deren Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit zusammengefasst sind. Der Suchbegriff „nursing care plan*“ wurde mit den Begriffen „nursing record*“ und „documentation“ mit dem Booleschen Operator „OR“ verknüpft, um die Suche nach Dokumentationssystemen und einzelnen Tools auszuweiten.

Zu allen fünf Endpunkten (Lebensqualität, Qualität des Arbeitslebens, Soziale Teilhabe, Hhandlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs, Kommunikation) wurden folgende Datenbanken systematisch nach der vorher festgelegten allgemeinen Strategie durchsucht (siehe im Anhang Kapitel 7.1.1)[99]:

- PSYNDEX; WISO-net
- PubMed
- CINAHL
- GeroLit
- Cochrane Library

Bei der Auswahl der Datenbanken wurde darauf geachtet, dass diese deutsch- und englischsprachige Literatur zu allen relevanten Forschungsbereichen, die von der Fragestellung betroffen waren, zur Verfügung stellen konnten. So umfassen der Forschungsauftrag und seine Operationalisierung in erkenntnisleitende Interessenlagen den Gegenstandsbereich der Pflegewissenschaft, der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften als auch der (Arbeits-)Medizin, Psychologie und Soziologie.

Auf allen Datenbanken wurden die erweiterten Suchfunktionen verwendet, um die Limitationen entsprechend differenziert setzen zu können und die Suche nach der zuvor festgelegten Strategie zu spezifizieren.

Die Limitationen (limiters) waren:

- Abstract Available
- Geographic Subset: Continental Europe
- Age Groups: Aged: 65+ years
- Search modes - Find all my search terms

Zusätzlich wurde eine Handsuche in einschlägigen Fachzeitschriften, der „Pflege" (Februar 1999 bis Januar 2014), Huber Verlag und dem Organ der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft „Pflege & Gesellschaft" (Mai 1996 bis Januar 2014), Juventa Verlag, durchgeführt.

5.2.3 Methodische Diskussion für die Literaturstudie: Limitationen

Die Suchstrategie wurde sorgfältig auf Basis theoretisch fundierter Begriffe, deren Abgleich mit den MeSH (Medical Subject Headings)-Terms der Datenbanken und der Ergebnisse einer Initi-

[99] Die datenbank- und endpunktspezifischen Suchstrategien sind mit den relevanten Treffern in Kapitel 5.3 aufgeführt.

alsuche entwickelt. Dennoch ist nicht ausgeschlossen, dass relevante Studien von dem Filter nicht erfasst wurden. Um auch hier die Fehlerquote gering zu halten, wurde parallel breit über google und google.scholar gesucht und im Schneeballsystem nachrecherchiert. Außerdem wurde entsprechend des Forschungsauftrages in einschlägigen, deutschsprachigen Fachzeitschriften eine Handsuche über sämtliche Jahrgänge durchgeführt. Wenn auch jedem Hinweis über einen möglichen Bezug zur Fragestellung nachgegangen wurde, so kann auch bei der Handsuche nicht völlig ausgeschlossen werden, dass relevante Forschungsarbeiten nicht entdeckt wurden. Die hohe Anzahl der nach Volltextbearbeitung ausgeschlossenen Publikationen in beiden Teilen der Arbeit (Wissenschafts- sowie Praxisperspektive) belegt u.a. einerseits eine breit angelegte Suche, andererseits aber auch eine spezifische Forschungsfrage, die in der bisherigen Forschung über Pflegedokumentation so noch kaum gestellt wurde.

Die beiden Teile der Literaturstudie (Wissenschaft bzw. Praxis) weisen eine vergleichbare Methodik auf, unterscheiden sich jedoch in einigen Punkten. Dies betrifft neben inhaltlichen Punkten, die eine zwangsläufige Konsequenz der unterschiedlichen Fragestellungen sind, auch die gewählten Recherchestrategien und Einschlusskriterien für geeignete Studien.

5.2.4 Methodische Limitationen des Review im Teil-Auftrag „Pflegepraktische Perspektive“

Aufgrund der Limitation, dass eine Kurzzusammenfassung (Abstract) verfügbar sein musste, wurden Studien ohne Abstract nicht berücksichtigt. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese auch nicht die methodische Qualität erfüllten. Es wurden nur Veröffentlichungen in dem Zeitraum vor 02/2014 berücksichtigt, wobei zu den eingeschlossenen Studien gezielt nachrecherchiert und noch aktuellere Berichte nach 02/2014 eingeschlossen wurden. Bei der Handsuche wurden nur Veröffentlichungen berücksichtigt bis zu dem Jahr, indem auch Inhaltsverzeichnisse und Volltexte zur Verfügung standen. Die Volltexte der aktuellen Veröffentlichungen von 2012/13/14, die in den Fachjournals „Pflege“ und „Pflege & Gesellschaft“ nicht zur Verfügung standen, wurden beschafft. Die im Vergleich höhere Zahl relevanter und einzuschließender Studien bei der Handsuche unterstreicht einerseits die Bedeutung der Handsuche, v.a. in deutschen, fachwissenschaftlichen Journals, die in einer Folgestudie auch ausgedehnt werden sollte. Andererseits zeigt dies auch, dass die in Deutschland durchgeführten Studien zu dem Thema Pflegedokumentation in den internationalen Publikationen und damit im internationalen wissenschaftlichen Diskurs unterrepräsentiert sind.

Durch die Recherche in diversen elektronischen Fachdatenbanken traten Probleme in der Vergleichbarkeit der Suchstrategie auf, da jede Datenbank andere Suchmasken verwendet. Es wurden stets die professionellen und meist differenzierteren Suchmasken („Profi-Suche“) verwendet. Es war nicht immer möglich, die Limitationen einheitlich zu gestalten, auf Grund der begrenzten und standardisierten Vorgaben in den Suchmasken. Auch die Begriffsverknüpfung mit Hilfe der Booleschen Operatoren und Klammern war nicht immer auf die gleiche Weise möglich.

Um die Limitationen der Handsuche auszugleichen, wurde sowohl im Schneeballverfahren nachrecherchiert als auch noch einmal breit mit dem Schlagwort „Pflegedokumentation“ im Bibliotheksverbund des Gateway Bayern gesucht. Dies ergab 439 Treffer (Stand 12.04.2014), wobei die Bibliotheken voll mit gut gemeinten „*Rezeptbüchern*“ zur Umsetzung der gesetzli-

chen Dokumentationspflicht zu sein scheinen. Darunter waren kaum ernst zu nehmende Wirksamkeitsnachweise in Bezug auf die relevanten Endpunkte in dieser Übersichtsarbeit. Nachfolgend werden einige Titelbeispiele aufgeführt:

- „Fehler im Umgang mit der Pflegedokumentation“
- „Pflegedokumentation leicht gemacht“ (10-fach aufgeführt)
- „Anleitung zur Pflegedokumentation“
- „Anleitung zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation“
- „Formulierungshilfen zur Pflegeplanung“
- „Pflege sicher und professionell dokumentieren - Pflegeberichte - Leistungsnachweise – Dokumentationsbögen“
- „Handbuch: Expertenstandards MDK-sicher dokumentieren - die Anforderungen der Expertenstandards umsetzen ; das Richtige dokumentieren ; eine gute Note sichern ; für ambulante und stationäre Altenhilfeeinrichtungen“
- „Formulierungshilfen für die Pflegeplanung nach den ABEDL und den Pflegediagnosen“
- „Pflegeplanung leicht gemacht - für die Gesundheits- und Krankenpflege“
- „Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess - individuell, prägnant, praktikabel“
- „Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert - praktische Arbeitshilfen für Lehrende und Lernende“

Trotz breit angelegter Suchstrategie konnten nur sehr wenige Studien (n= 7) und diese meist nach mehrfachem Review und sorgfältiger Abwägung der Erfüllung der Einschlusskriterien einbezogen werden. Die AutorInnen sind sich bewusst, dass hinsichtlich methodischer Qualität der eingeschlossenen Studien, rein empirisch-analytisch betrachtet, Schwächen zu verzeichnen sind. Die Fragestellungen des erkenntnisleitenden Interesses und die damit verbundenen Konzepte (wie z.B. Lebensqualität, Qualität des Arbeitslebens) erfordern jedoch adäquate interpretativ-hermeneutische, sog. „qualitative“ Methoden, deren Qualität nicht über hohe Studienteilnehmerzahlen zu belegen ist. Deshalb wurde die o.g. Evidencehierarchie gewählt (Evans 2003), die für solche Forschungsansätze eine strukturierte Bewertung ermöglicht. Darüber hinaus wurden bewusst vor dem Start der Recherche die Qualitätskriterien für sog. „qualitative“ Studien festgelegt. Ziel der Arbeit war es außerdem, zielführende Forschungsansätze und sich verdichtende Evidence zu identifizieren, um handlungsleitende Empfehlungen nicht nur für das Dokumentationsmindestmaß, sondern auch für die Forschungsförderung und –entwicklung geben zu können. Zur besseren Einschätzung der Aussagekraft der eingeschlossenen Studien sollen nun nachfolgend die Limitationen der in die narrative Inhaltsanalyse und Synthese der Übersichtsarbeit beschrieben werden. An dieser Stelle sei auch auf die Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien mit differenzierter Bewertung der methodischen

Stärken und Schwächen verwiesen Limitationen der eingeschlossenen Studien im Teil-Auftrag „Pflegepraktische Perspektive“

Häufig wurden die Endpunkte der Übersichtsarbeit nicht als primäre Outcome-Parameter in den Studien erhoben oder es wurden nur Teilaspekte der Endpunkte untersucht z.B. Arbeitszufriedenheit, Belastungserleben der Pflegekräfte, jedoch nicht Qualität des Arbeitslebens. Das Konstrukt „Quality of Worklife“ ist trotz „Work-Life-Balance“-Diskussion in Deutschland noch kaum in den Studien operationalisiert.

Die Auswahl der Einrichtungen, in denen die Studien durchgeführt wurden (z.B. Kreidenweis 2009) erfolgt zwar begründet, jedoch auch aufgrund Verfügbarkeit und Gelegenheit, was die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse einschränkt.

Bei den Studien, zu denen die Nachrecherche oder Anfrage bei den AutorInnen zu keinen Ergebnissen führten, musste die Qualität anhand der zur Verfügung stehenden Publikationen bewertet werden. Wie die Publikation von Kreidenweis (2009) belegt, konnten oft wichtige Detailinformationen aus der Publikation nicht gewonnen werden. Bei Kreidenweis gab erst der nachrecherchierte Projektbericht Aufschluss z.B. über die Kontrolle von Einflussfaktoren oder die Zusammensetzung der Studienpopulation.

Nicht immer waren die Interessen und Finanzierungsquellen klar. Kommerzielle Interessen konnten in einem Fall („sic pflegeassistent“) nicht ausgeschlossen werden.

Lüngen et al. nennen in ihrer Studie (2008: 338) diverse Limitationen. Es handelt sich nicht um eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT), sondern um eine Vorher-Nachher-Studie, die in der Evidencehierarchie nach Evans (2003: 79) den Grad „Fair“ einnimmt. Es fand keine Randomisierung oder Kontrolle der Befragten statt, und es wurde keine Kontrollgruppe herangezogen. Es wurden verschiedene Aspekte mittelbar gemessen, eben durch Befragung der MitarbeiterInnen. Des Weiteren nennen die AutorInnen die verminderte Übertragbarkeit der Ergebnisse, da der Umfang der Stichprobe zu gering ist. Eventuell sind sechs Monate, die der Betrachtungszeitraum umfasste, zu kurz für den Nachweis nachhaltiger Effekte. Für eine Kosten-Effizienz-Analyse ist es zusätzlich notwendig, alle Kosten (zum Beispiel Investitionskosten und Systemwartungskosten sowie Aufwände für Schulungen) mit in die Analyse einzubeziehen. Die Sichtweise der BewohnerInnen wurde, wie in den meisten Studien, nicht miteinbezogen, so dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, wie sich die Umstellung auf computergestützte Dokumentationssysteme auf diese Personengruppe tatsächlich auswirkt. Es erfolgte keine Erhebung von bewohnersensitiven Outcome-Parametern. Aus diesem Bericht konnte nicht herausgelesen werden, inwiefern der benutzte Fragebogen mit Blick auf die Gütekriterien zu bewerten ist.

Die Studie von Kreidenweis (2009) weist Einschränkungen dahingehend auf, dass das Konzept der Pflegequalität im Rahmen der Untersuchung aus Effizienzgründen nur mittelbar beziehungsweise indirekt gemessen wurde, indem die Einschätzung der Pflegefachpersonen und eine Analyse der externen Qualitätsprüfungsberichte vorgenommen wurde. Die Vorher-Nachher-Effekte waren nur eingeschränkt zu erheben, da die Implementierung des EDV-gestützten Dokumentationssystems zum Zeitpunkt der Befragung in den Einrichtungen unter-

schiedlich fortgeschritten war. Dazu ist jedoch zu sagen, dass Forschung in diesem Zusammenhang im natürlichen Arbeits- und Wohnumfeld mit vielgestaltigen Einflussfaktoren stattfindet und die Kontrolle dieser Einflussfaktoren (wie z.B. Schulung, Vorerfahrung, Information) stets nur begrenzt erfolgen kann. Zur Kompensation wählte der Autor ein polymethodisches Vorgehen. Diese Limitationen wurden vom Autor erkannt und benannt, ebenso wie diverse Möglichkeiten der Verzerrung beziehungsweise mögliche Störvariablen (zum Beispiel: räumliche Situation oder der Wechsel von MitarbeiterInnen innerhalb der Organisation) (Kreidenweis 2008: 8-10). Die Stichprobengröße der externen Fachkräfte ist nicht als repräsentativ zu werten, da die Grundgesamtheit nicht bekannt ist. Eine Gleichverteilung auf die drei Einrichtungen ist nicht gegeben (2008: 51). Die Befragung der MitarbeiterInnen basiert auf einer Gelegenheitsstichprobe. Eine Klärung der Fragebögen bezüglich der in der Pflegewissenschaft geläufigen Gütekriterien erfolgte nicht (Kreidenweis 2008: 12). Die Gefahr der sozialen Erwünschtheit muss mit in die Auswertung einfließen, da die befragten MitarbeiterInnen alle in dem Unternehmen beschäftigt waren. Durch die relativ kleine Gelegenheitsstichprobe war die Zuordnung der Antworten zu den einzelnen MitarbeiterInnen eher möglich. Der hohe Erfolgsdruck von Seiten der Aufsichtsbehörden (Heimaufsicht) und Kontrollorgane (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK), unter dem die Träger stehen, könnte ebenfalls zu systematischen Verzerrungen geführt haben. Die im Projektbericht veröffentlichten Antworten der MitarbeiterInnen in der offenen Kategorie zeigen jedoch eine relativ hohe Offenheit bzgl. Kritik und Verbesserungsbedarfe für das EDV-gestützte Dokumentationssystem.

Auch wenn die Einschätzungen vor dem Hintergrund der Stichprobenplanung und geringen Studienteilnehmerzahl als nicht repräsentativ zu werten sind, liefern die Ergebnisse einen interessanten Einblick in die wahrgenommene Wirkung von EDV-gestützten Dokumentationssystemen mit mobilen Endgeräten.

Insgesamt ergab die Recherche wenig Drittmittel-geförderte Projekte. Häufig waren die Limitationen durch den hohen Effizienzdruck der Studienorganisation bedingt. Angesichts der spätestens seit dem Entbürokratisierungsbericht des BMFSFJ 2006 veröffentlichten Bericht zur Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen dürfte das hohe Einsparpotenzial einer effizienteren Pflegedokumentation und der Forschungsbedarf deutlich geworden sein. Eine Investition in die Forschungsförderung dürfte sich innerhalb kürzester Zeit amortisieren, ganz abgesehen von den positiven Effekten auf die Lebensqualität der BewohnerInnen und die Arbeitszufriedenheit der Pflegefach- und hilfspersonen.

Die Erfassung „subjektiver“ Parameter zeigte häufig eine geringe methodische Qualität. Die Sichtweisen der BewohnerInnen wurden meist ausgeschlossen.

Eine Limitation der eingeschlossenen Übersichtsarbeit von Müller-Staub et al. (2007) ist, dass kein klarer Bezug zu Langzeitpflegeeinrichtungen hergestellt werden kann, da sich die Ergebnisse auf unterschiedliche Settings beziehen. Des Weiteren besteht die Einschränkung der Durchführung von Wirksamkeitsnachweisen auch außerhalb Deutschlands z.B. in der Schweiz, was aber auf Grund der geringen Anzahl der einzuschließenden Studien und der regionalen Nähe zu Deutschland der in Kauf genommen wird, da die Untersuchung von Müller-Staub et al.

(2007) hochrelevante Ergebnisse für die vorliegenden Fragestellungen liefert und methodisch gut fundiert durchgeführt wurde.

5.2.5 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden alle Studien eingeschlossen, die Wirksamkeitsnachweise in der stationären Langzeitpflege Älterer (> 65 Jahre) in Deutschland mit vorher definierter methodischer Qualität beschreiben, wobei aufgrund der inhärenten Eigenschaften der zu untersuchenden Konstrukte wie „Lebensqualität“ auch sog. „qualitative Studien“ eingeschlossen wurden. Ferner besteht ein Forschungsbedarf für ein besseres Verstehen der Wirkungen von Pflegedokumentationssystemen auf Dimensionen der Lebenswirklichkeit von Pflegefach-, -hilfspersonen und BewohnerInnen. Dazu sind interpretativ-hermeneutische Verfahren erforderlich, die einen Einblick in das Erleben der NutzerInnen solcher Unterstützungssysteme geben.

„There is still a need for research into the relationship between clinical practice and its understanding and written expression by nurses. It is clear from the literature that the full range of the functions of a clinical nursing record are not well understood, and that exploratory research using qualitative techniques is required before more focused trials are undertaken“ (Urquhart et al. 2009: 14).

Bei der Metaanalyse solcher Studien im Rahmen einer Übersichtsarbeit sind besondere Anforderungen zu erfüllen (vgl. Hasseler 2007). Eingeschlossen werden nur solche qualitativen Studien, die die Mindeststandards der methodischen Qualität erfüllen (vgl. Flick 2005), wie intersubjektive Nachvollziehbarkeit und Reproduzierbarkeit, Validität, Regelgeleitetheit (regelgeleitete Inhaltsanalyse), begründete und nachvollziehbare Samplingstrategie, Reliabilität (Intercoderreliabilität), empirische Verankerung, theoretische Verankerung, transparente Limitation, reflektierte Subjektivität. Für die Synthese qualitativer Studien soll die ENTREQ-Leitlinie (Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research) zu Grunde gelegt werden, falls mehrere vergleichbare Studien gefunden werden.

Es wurden insbesondere auch randomisiert kontrollierte Studien (RCT) und gut kontrollierte Studien (CT) mit vorzugsweise Vergleichs- und Interventionsansatz und Longitudinaldesign einbezogen.

Kurzzusammenfassungen (Abstracts) mussten verfügbar sein (als Limit gesetzt) und die Studien hatten sich konkret auf das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile (einschl. EDV-Tools, Video, Audio) sowie auf die Endpunkte zu beziehen. Die methodische Qualität der quantitativen und qualitativen Studien wurde bewertet und nur bei Erfüllung der Mindestanforderungen wurde die Untersuchung eingeschlossen. Dazu wurden die quantitativen Studien (RCT, CT) mittels SQUIRE Guidelines (vgl. Ogrinc et al. 2008) bewertet und in der Auswertungstabelle methodische Stärken (mögliche Bias- und Verzerrungseffekte) und Schwächen dokumentiert.

Der Zeitraum der recherchierten Studien wurde zur Vergangenheit hin nicht begrenzt, um gezielt auch Literatur vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 einbeziehen zu können, denn die ForscherInnen gehen davon aus, dass die mit Einführung der Pflegeversicherung geltenden leistungsrechtlichen Aspekte wesentlich die Pflegedokumentationssysteme in Deutschland

beeinflusst haben. Es wird vermutet, dass wirksame Systeme oder Bestandteile durch die Ausrichtung der stationären Pflegeeinrichtungen am Leistungsrecht verdrängt wurden. Eingeschlossen wurden Veröffentlichungen in deutscher und englischer Sprache. Bei der Identifikation der Literatur wurde hinsichtlich Durchführung der Studien in Deutschland, im kontinentalen Europa und im außereuropäischen Ausland unterschieden. Die inhaltliche Auswertung erfolgte auftragsgemäß bei den nachweislich in Deutschland durchgeführten Studien systematisch. Die Studien des europäischen und außereuropäischen Auslandes wurden bei der Operationalisierung des Auftrags in Forschungsfragen, der Darlegung des internationalen Forschungsstandes und der Entwicklung von Forschungsdesideraten narrativ einbezogen. Aufgrund der systematischen Suchstrategie könnten jedoch in einem Folgeauftrag auch die internationalen Veröffentlichungen systematisch ausgewertet werden.

Da die Suche nach Wirksamkeitsnachweisen auf das Ziel der Identifikation von erwünschten Wirkungen und Mindestanforderungen ausgerichtet war, wurden nur Belege methodisch guter Qualität einbezogen. Graue Literatur fand in der Ergebnisauswertung mit Ausnahme der Sekundäranalyse von Heislbetz 2009 keine Berücksichtigung, jedoch in der Operationalisierung des Forschungsauftrages und in der Ergebnisinterpretation.

Die Auswahl der Literatur erfolgte in zwei Schritten durch zwei wissenschaftliche MitarbeiterInnen, die unabhängig voneinander die Treffer beurteilten. Bei unklarer Beurteilungssituation z.B. hinsichtlich Relevanz der Quelle oder methodischer Qualität der beschriebenen Studie war ein Konsensverfahren innerhalb der Forschergruppe und mit einer externen, parallel an einer ähnlichen Fragestellung forschenden Gruppe (Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg) vereinbart.

Es erfolgte ein Review und bei Bedarf ein Konsentierungsprozess innerhalb der Forschergruppe (AutorInnen des Berichts) bei allen eingeschlossenen Studien und bei Bedarf in der Phase des Screening der Abstracts und Volltexte. In einem Fall wurde zur Beurteilung der methodischen Qualität einer Studie die parallel am Auftrag arbeitende Forschergruppe der Universität Halle-Wittenberg befragt.

Zunächst erfolgte eine Sichtung der Titel und Abstracts. Nur bei eindeutig daraus hervorgehender Erfüllung der Ausschlusskriterien bzw. Nicht-Erfüllung der Einschlusskriterien wurde die Studie ausgeschlossen. In Fällen, in denen die Erfüllung der Einschlusskriterien nicht zweifelsfrei anhand der Titel und Abstracts beurteilt werden konnte, wurden die Volltexte besorgt und danach der Einschluss der Studie entschieden.

Die Kaskade der Stichprobenziehung, angefangen vom Screening der Abstracts bis hin zum Einschluss nach Volltextauswertung, ist in den PRISMA-Diagrammen (nach Moher et al. 2009) nachvollziehbar. Für jeden Endpunkt wurde die Stichprobenziehung dokumentiert.

Alle analysierten Volltexte, alle im allgemeinen Teil des Berichtes verwendeten Berichte und alle eingeschlossenen Studien wurden in einer Literaturdatenbank erfasst (Citavi 4.3) und hinsichtlich der Relevanz für die Fragestellung, Methodik und die Outcome-Parameter bewertet.

Die eingeschlossenen Studien wurden zusätzlich in einer Excel-Tabelle mit differenzierter Bewertung erfasst. Dabei wurden Quelle, Setting bzw. Anwendungsbereich, Population, Methodik, Stichprobengröße, methodische Stärken und Schwächen anhand SQUIRE Guidelines und ENTREQ-Leitlinie bewertet und anhand Evan (2003) klassifiziert - Ergebnis, Land, in dem die Studie durchgeführt wurde - erfasst und kodiert. Somit war eine systematische, auch quantitative Auswertung der Rechercheergebnisse möglich.

Nachdem insgesamt für alle 5 Endpunkte mit den jeweiligen Suchstrategien N= 2115 Treffer (einschließlich Dubletten mit einmaliger Berechnung der Treffer der Handsuche, die für alle Endpunkte gleichzeitig gescreent wurden) erzielt wurden, bestand ein hoher Aufwand in der Phase des Screenings der Titel und Kurzzusammenfassungen (Abstracts) aufgrund vieler Studien, die zwar die Schlüsselbegriffe in der Kombination enthielten, jedoch keinen Wirkzusammenhang untersuchten und/oder die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Es mussten N= 244 Volltexte gelesen und analysiert werden. In einigen Fällen konnte erst aufgrund des Volltextes ein begründeter Ausschluss erfolgen. In einigen Fällen musste darüber hinaus im Schneeballverfahren nachrecherchiert werden, um detaillierte Informationen über die Studie zu bekomme. Teilweise wurden auch die Projektleitungen per Email angeschrieben, um aktuelle Studienberichte zu erhalten. In einem Fall (in der Schmitten et al. 2014) hatte die Kontaktaufnahme per Email Erfolg, und es konnte eine aktuelle, auf PubMed noch nicht gelistete Veröffentlichung einbezogen werden. Häufig wurde in den Berichten, die Untersuchung der Vollständigkeit der Pflegedokumentation beschrieben, wobei das Strukturmodell mit unterschiedlicher Gliederung der Pflegeprozessschritte als Anforderung zu Grunde gelegt wurde. Die nachfolgende Tabelle 11**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** gibt einen Überblick über die Ausschlussgründe, ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die in der Tabelle genannten Ausschlussgründe geben einen Einblick in die gewählten Fragestellungen bei der Untersuchung des Pflegedokumentationssystems und zeigen deutliche Parallelen zu den bereits zitierten Befunden von Ehrenberg und KollegInnen (2001) bei einer Analyse von 56 empirischen Studien zur Pflegedokumentation (zit. in Heislbetz 2009: 49).

Tabelle 11: Häufige Ausschlussgründe bei der Volltextanalyse

Ausschlussgrund	Erläuterung
Keine Untersuchung eines Wirkungszusammenhangs zwischen Pflegedokumentation/Tool und relevanten Outcome-Parametern	Meist werden Pflegedokumentationssysteme an sich untersucht z.B. im Zusammenhang mit einer Intervention wie z.B. Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems, Schulung der Pflegefachpersonen und die Wirkung auf die Dokumentationsqualität.
Untersuchung der Pflegedokumentationssysteme auf Vollständigkeit bzgl. Abbildung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses	Die Qualität des Dokumentationssystems wird auf Grund der Vollständigkeit der Abbildung des Pflegeprozesses als Strukturierungsmodell für die Pflegedokumentation beurteilt. Dabei werden häufig Defizite bei der Evaluation festgestellt, ohne jedoch einen Zusammen-

	hang zu bewohnerrelevanten Outcome-Parametern zu untersuchen.
Internationale Studien	Nur wenige Studien wurden in deutschen, stationären Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt.
Anderes Setting	Die meisten Studien wurden im ambulanten Bereich, Gemeindepflege oder im akutstationären Setting (Krankenhaus) durchgeführt.

Nachfolgend werden die Suchstrategie und die Anzahl der Treffer der systematischen Recherche auf den jeweiligen Datenbanken zu allen Endpunkten im Überblick (Tabelle 12) dargestellt.

Tabelle 11: Übersicht über alle Treffer nach Endpunkt und Datenbank Stand 02/2014

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
Quality of Life (BewohnerIn) QoL	CINAHL	nursing care plan*AND(quality of life OR patient satisfaction OR resident satisfaction OR lived experience OR end of life)	abstract available, Age group: aged > 65+ years , geographic subset: Continental Europe	87
	PubMed	(((((care plan* OR nursing care plan*))) AND ((quality of life OR patient satisfaction OR resident satisfaction OR lived experience OR end-of-life))) AND ((residential care OR nursing home OR resident*))) AND ((hasabstract[text] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]) AND aged[MeSH])) (213 items)	abstract available, Age group: aged > 65+ years, German, English	686
	PSYNDEX	(nursing care plan* OR nursing record OR	Deutschland ";alle	107

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
		documentation) AND (quality of life OR patient satisfaction OR resident satisfaction OR lived experience OR end of life)	Medien	
	GeroLit	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) Pflegedokumentation eingrenzen ([ALL] Alle Wörter) Lebensqualität		8
	Cochrane	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (quality of life OR patient satisfaction OR resident satisfaction OR lived experience OR end of life)	All Dates	34
Social participation	CINAHL	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (social participation OR social inclusion OR social interaction)	abstract available, Age group: aged > 65+ years , geographic subset: Continental Europe	14
	PubMed	(((nursing care plan* OR nursing record* OR documentation))) AND ((social participation OR social inclusion OR social interaction))	Abstract available; Humans; German; English; Aged 65 + years	341
	PSYNDEX	(Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (soziale Teilhabe) (nursing care plan* OR	none	36+ 14

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
		nursing record* OR documentation) AND (social participation OR social inclusion OR social interaction)	Schlagworte: (social participation OR social inclusion OR social interaction)	=50
	GeroLit	(Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND soziale Teilhabe (nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (social participation OR social inclusion OR social interaction)	None none	2+ 0 =2
	Cochrane	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (social participation OR social inclusion OR social interaction)		10
Quality of Work-life (QoWorkL)	CINAHL	((nursing care plan* OR nursing record* OR documentation)) AND ((job satisfaction OR quality of working life))	Abstract Available; Geographic Subset: Continental Europe; Age Groups: Aged: 65+ years Search modes - Find all my search terms	2
	PubMed	(((nursing care plan* OR nursing record* OR	Abstract available; Humans;	52

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
		documentation))) AND ((job satisfaction OR quality of working life))	English; German; Aged: 65+ years	
	PSYNDEX	(Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (Arbeitszufriedenheit OR Qualität des Arbeitslebens); Limitations: none (nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (job satisfaction OR quality of working life); Limitations: Schlagworte: (job satisfaction OR quality of working life)	Deutschland"; alle Medien	37+ 8 = 45
	GeroLit	suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) nursing care plan* erweitern ([ALL] Alle Wörter) nursing record* eingrenzen ([ALL] Alle Wörter) job satisfaction erweitern ([ALL] Alle Wörter) quality of working life suchen [und] ([ALL] Alle Wörter) Pflegedokumentation		6+ 5

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
		erweitern ([ALL] Alle Wörter) Pflegeplanung eingrenzen ([ALL] Alle Wörter) Arbeitszufriedenheit erweitern ([ALL] Alle Wörter) Qualität des Arbeitslebens		=11
	Cochrane	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (job satisfaction OR quality of working life)	All Dates	5
Pflegebedarf (Health care need)	CINAHL	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (health care need OR health status OR need of care)	abstract available, Age group: aged > 65+ years , geographic subset: Continental Europe	121
	PubMed	[(((nursing care plan* OR nursing record* OR documentation))) AND ((health care need OR health status OR need of care))] (((nursing care plan* OR nursing record* OR documentation))) AND ((health care need OR health status OR need of care))	[Abstract available; Humans; German; English; Aged: 65+ years] Abstract available, Humans, German, Aged: 65+ years	[1492] 60
	PSYNDEX	(Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (Pflegebedarf OR Gesundheitszustand) (nursing care plan* OR	None Schlagworte:	192+

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
		nursing record* OR documentation) AND (health care need OR health status OR need of care)	(health care need OR health status OR need of care)	4 =196
	GeroLit	(Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (Pflegebedarf OR Gesundheitszustand) (nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (health care need OR health status OR need of care)	Limtitationen: Land: Deutschland; Bücher: keine; Aufsätze: keine none	18+ 15 =33
	Cochrane	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (health care need OR health status OR need of care)	None	31
Kommunikation (communication)	CINAHL	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (Interprofessional relations OR health care information exchange OR family members OR informal caregiver)	abstract available, Age group: aged > 65+ years , geographic subset: Continental Europe	25
	PubMed	[(((nursing care plan* OR nursing record* OR documentation))) AND ((Interprofessional relations OR health care information ex-	[Abstract available; Humans; German; English; Aged: 65+ years]	[2060]

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
		change OR family members OR informal caregiver))] (((nursing care plan* OR nursing record* OR documentation))) AND ((Interprofessional relations OR health care information exchange OR family members OR informal caregiver))	Abstract available; Humans; German; Aged 65 + years	40
	PSYNDEX	(Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (Interprofessionelle Kommunikation OR Informationsaustausch OR Kommunikation mit Angehörigen) (nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (Interprofessional relations OR health care information exchange OR family members OR informal caregiver)	None Schlagworte: (Interprofessional relations OR health care information exchange OR family members OR informal caregiver)	40+ 7 =47
	GeroLit	(Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (Interprofessionelle Kommunikation OR Informationsaustausch OR Kommunikation mit Angehörigen)	None	22+

Endpunkt	Datenbank	Suchstrategie	Limitation	Treffer
		(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (Interprofessional relations OR health care information exchange OR family members OR informal caregiver)	none	0 =22
	Cochrane	(nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (Interprofessional relations OR health care information exchange OR family members OR informal caregiver)	None	8

Die nachfolgenden PRISMA-Diagramme legen die Analyse und Bewertung der identifizierten Berichte sowie den begründeten Ausschluss von potentiell relevanten Studien differenziert dar.

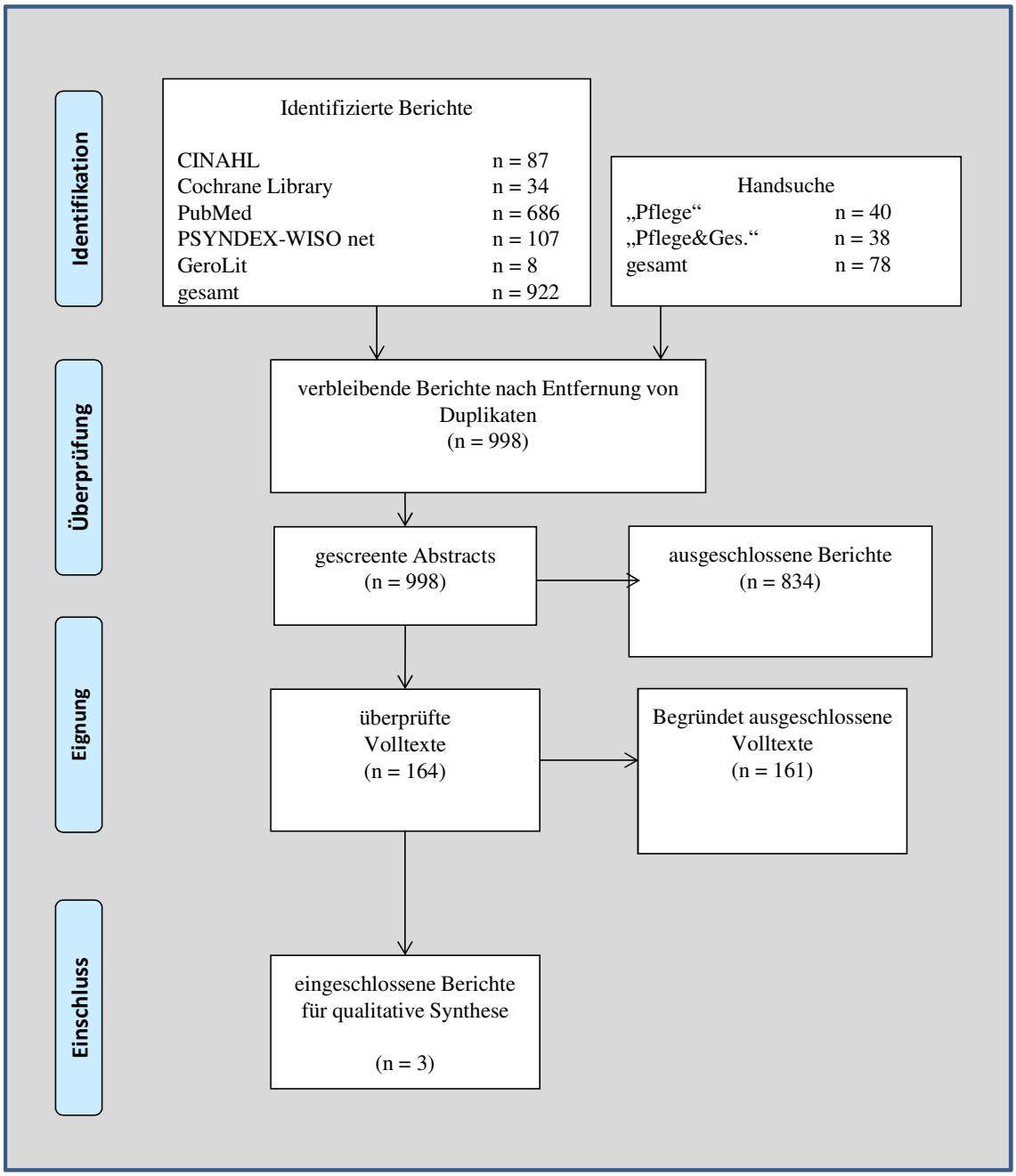

Abbildung 8: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt Lebensqualität (BewohnerIn), Quality of Life (QoL)

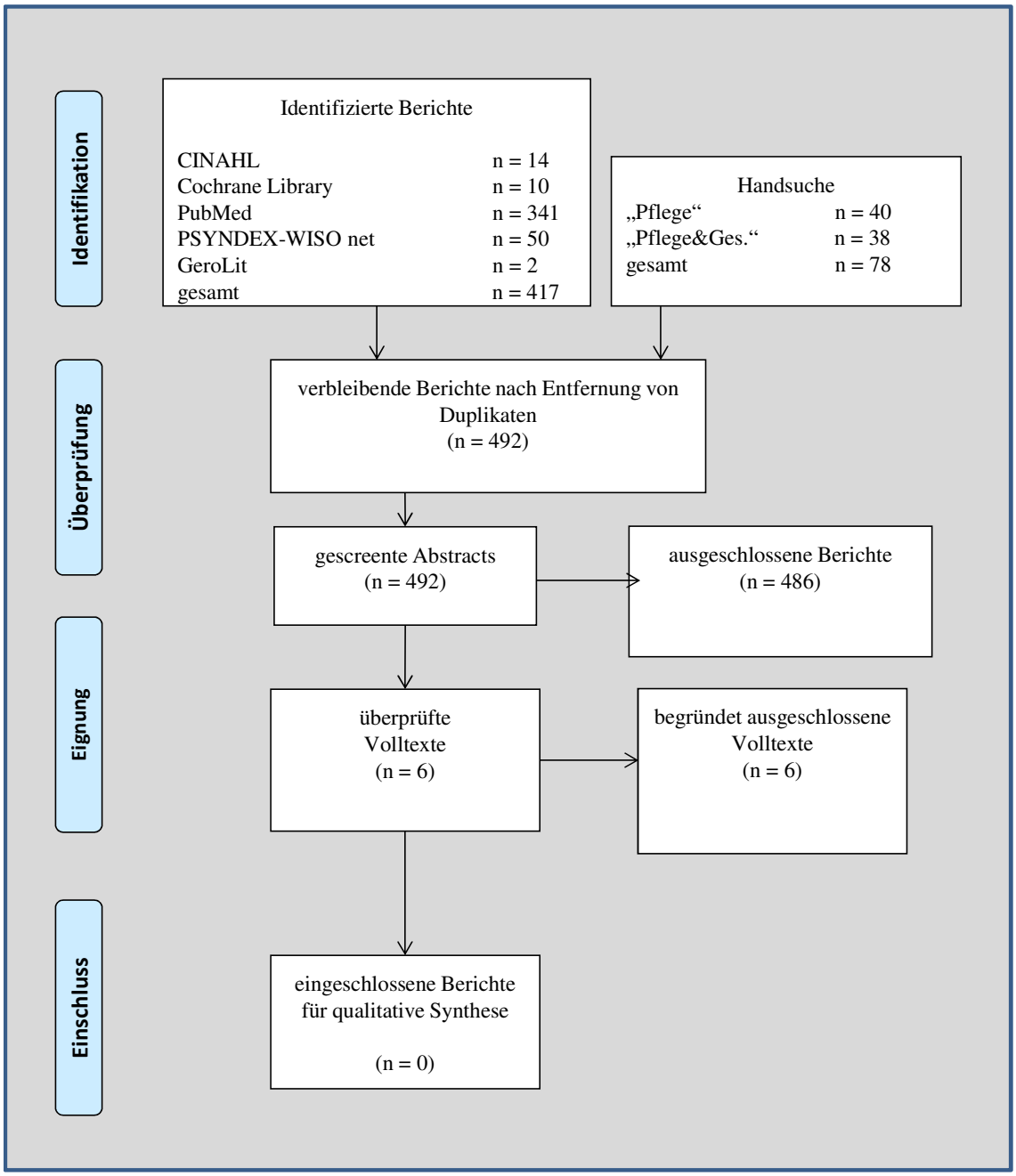

Abbildung 9: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt Soziale Teilhabe (BewohnerIn), participation

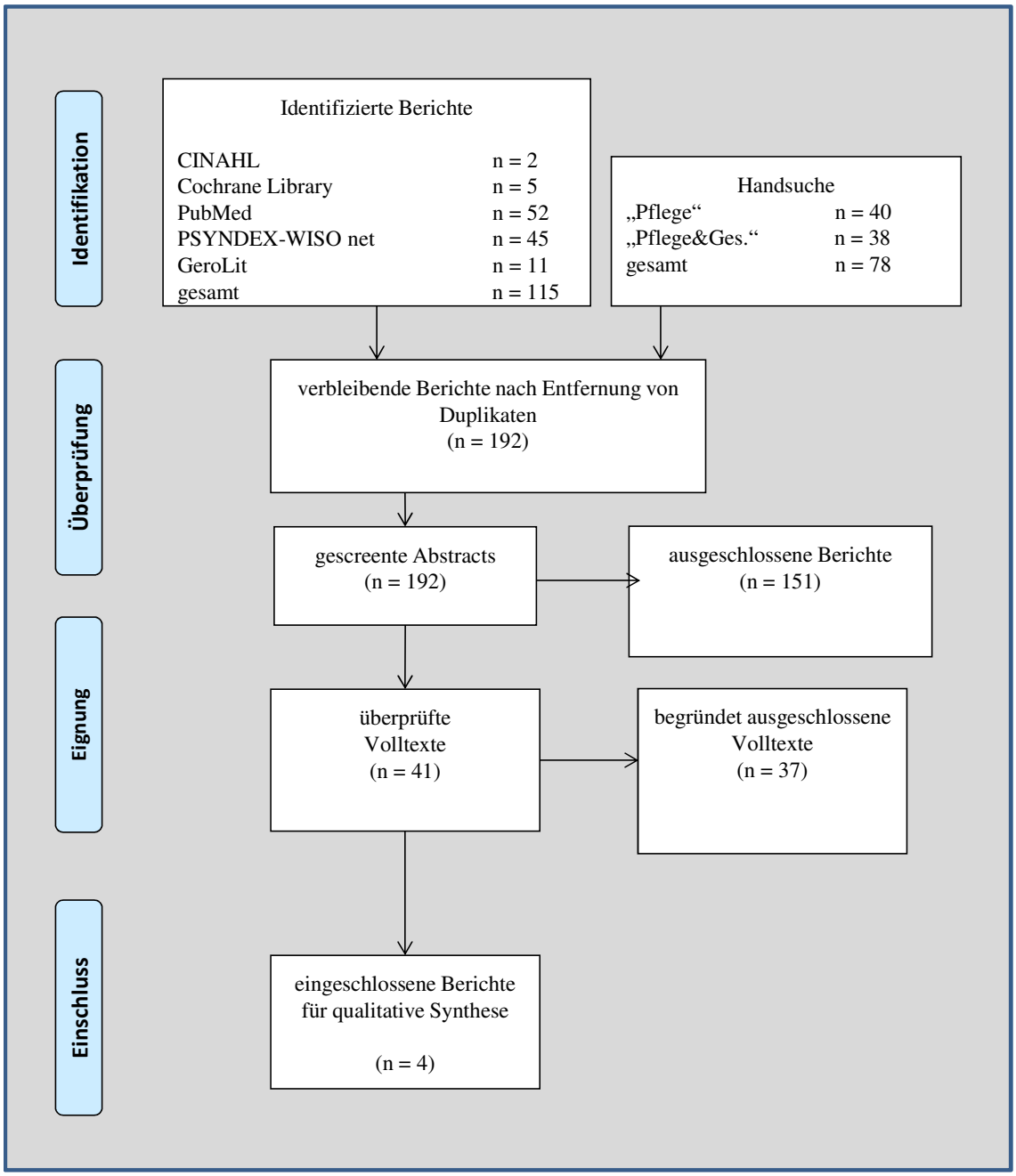

Abbildung 10: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt Qualität des Arbeitslebens (Pflegefach und -hilfsperson), Quality of working life (QoWorkL)

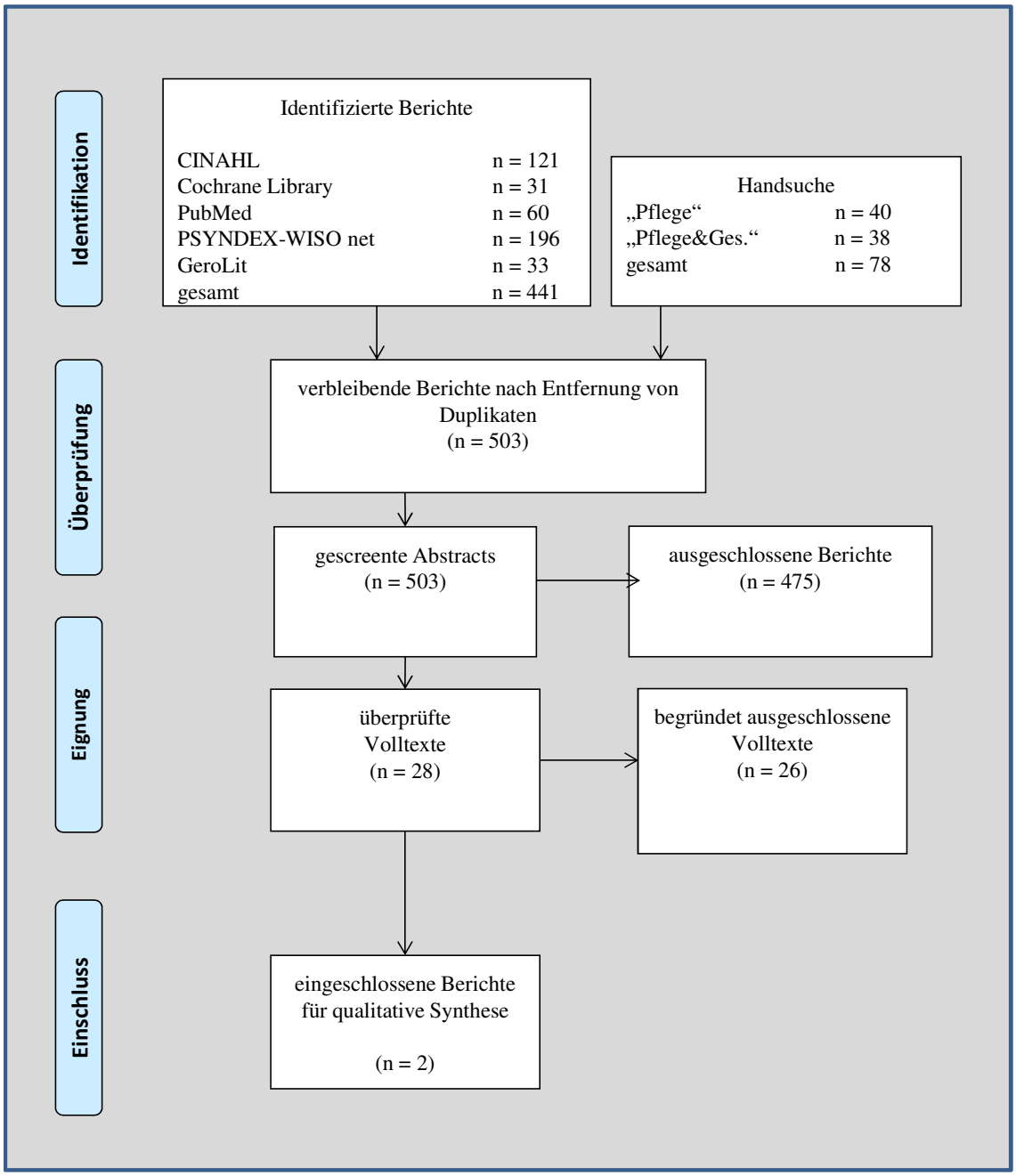

Abbildung 11: Identifikation relevanter Berichte zum Endpunkt handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs, health care need

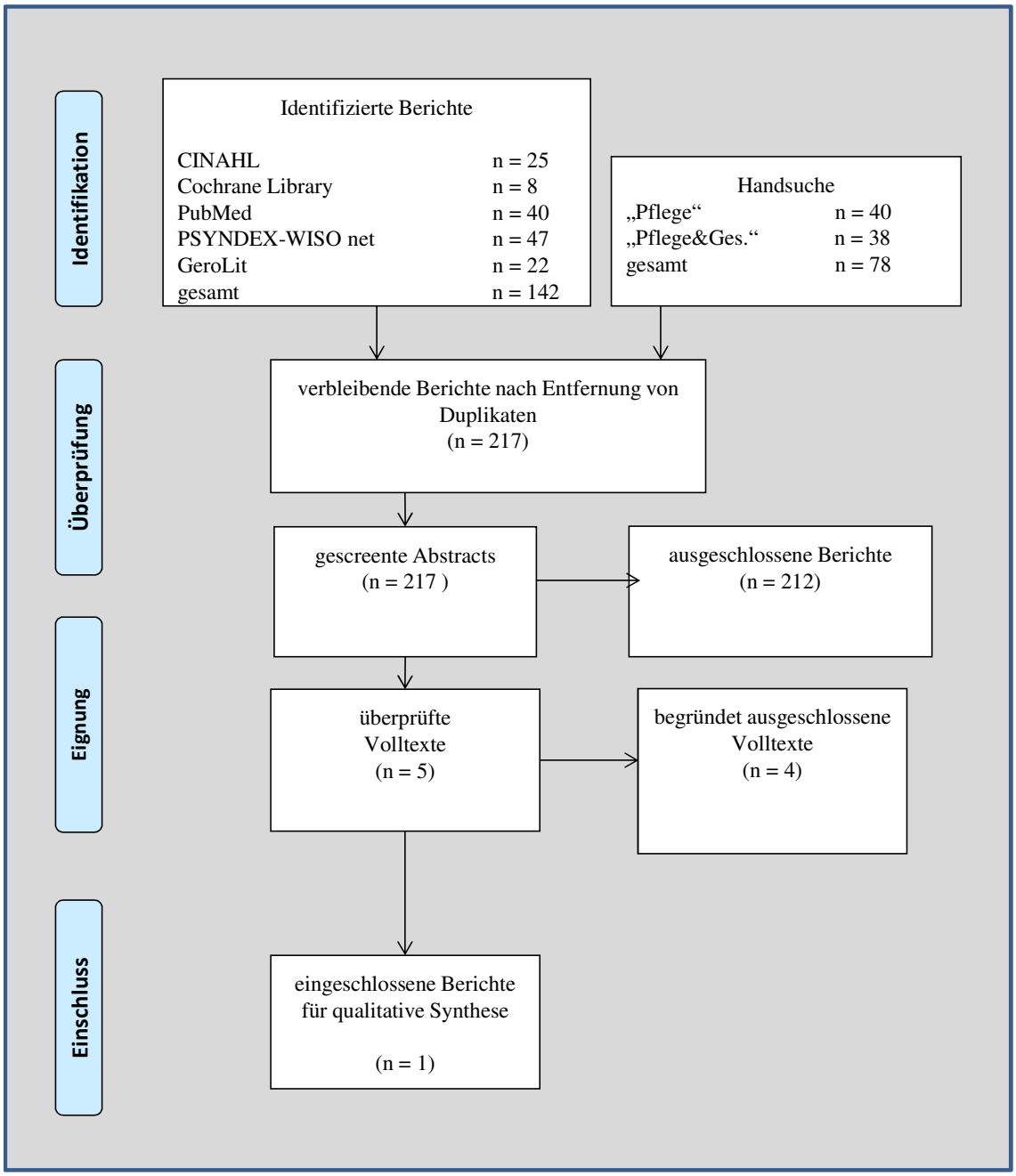

Abbildung 12: Identifikation relevanter Bericht zum Endpunkt Kommunikation, communication

Die herkömmlichen Methoden für Forschungssynthesen in Übersichtsarbeiten legen einen Schwerpunkt auf quantitative Studien. In der Evidencehierarchie der AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) stehen Metanalysen mit Aggregation statistischer Daten an oberster Stelle. Spätestens seit der Australischen Diskussion der Evidencehierarchie (vgl. Evans 2003) und ihrer Eignung für die Pflegewissenschaft sind einige Ansätze für die Synthese multimethodischer und insbesondere qualitativer Forschung entwickelt worden . Durch die enge Orientierung an Evidencehierarchien mit einseitiger Ausrichtung an Effektivität und statistischer Power sowie quantitativ messbarer Wirksamkeit können in aufwändigen Übersichtsarbeiten mit sehr hoher Anzahl gescreenter Abstracts und Volltexte meist nur wenige Studien zu praxisrelevanten Fragestellungen eingeschlossen werden. Der hier untersuchte Gegenstand, Mindestanfor-

derungen an die Pflegedokumentation aus pflegepraktischer Sicht, erfordert bei der Wirksamkeitsbeurteilung (effectiveness) von Pflegedokumentationssystemen oder einzelnen Bestandteilen, die Einbeziehung der Rahmenbedingungen, wie z.B. die zur Verfügung stehenden personalen Ressourcen oder Kapazitäten (feasibility) als auch die Einbindung der Sichtweisen der Akteure, die das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile davon in ihrer täglichen Arbeitspraxis anwenden sollen (appropriateness). Was nützt der Beleg einer sehr wahrscheinlichen und hohen Wirksamkeit z.B. hinsichtlich Pflegequalität, wenn die AnwenderInnen des Pflegedokumentationssystems damit nicht zurechtkommen, weil gar nicht die Zeit und das Geld für entsprechende Schulungen zur Verfügung stehen oder weil sie in den Entwicklungsprozess nicht eingebunden wurden und die Technologie ablehnen. Die in der Literatur beschriebenen unerwünschten Wirkungen auf die Interaktion zwischen Pflegefachperson und BewohnerIn oder auf die Handlungskompetenz der Pflegefachpersonen blieben bei ausschließlich positivistischer Betrachtung wohl verborgen oder würden sich erst als Langzeiteffekt bemerkbar machen, wenn bereits Defizite eingetreten sind (vgl. Händler-Schuster et al. 2010). Um die wenigen, aber wertvollen Erkenntnisse zu den aufgeworfenen Forschungsfragen möglichst für die Praxis und die weiterführende Forschung nutzen zu können, wurden auch „qualitative“ Studien in die Übersichtsarbeit einbezogen und entsprechend der Evidence-Hierarchie nach Evans (2003) (siehe Abb. 9) zu Grunde gelegt. Um die Sichtweisen der AnwenderInnen von Pflegedokumentationssystemen und der betroffenen BewohnerInnen systematisch bei der Bewertung der Mindestanforderungen einzubeziehen, müssen interpretativ-hermeneutische Methoden angewandt werden. Nach Steinke kann auch die sog. „qualitative Forschung“ ohne Bewertungskriterien nicht bestehen, „weil sie sonst Gefahr liefe, Beliebigkeit und Willkürlichkeit in der Forschung zu verfallen“ (Steinke 2010:2/2000). Qualitätskriterien für quantitative Methoden sind für die Bewertung qualitativer Forschung nicht geeignet. Den jeweiligen Methoden liegen verschiedene, wissenschaftstheoretische Ansätze zugrunde. Die Methodenlehre verlangt die Durchgängigkeit der epistemologischen Grundannahmen, also Annahmen über die erfahrbare „Wirklichkeit“ und wie sie zu erkennen ist, auf die Hypothesenbildung, ihrer systematischen Überprüfbarkeit und der Ergebnisinterpretation.

Die einbezogenen qualitativen Studien wurden dann unter die Rubrik „good“ eingeordnet, wenn sie eine gut begründete Samplingstrategie, eine regelgeleitete Erfassung der Umwelt und methodenadäquate Auswertung der Daten aufweisen. Bei methodischen Defiziten erfolgte eine Herabstufung auf die Bewertungen „fair“ und „poor“ bis zum Ausschluss der Studie.

Evidence-Stufe Zuverlässigkeit des Belegs	**Kategorien der Evidence-Beurteilung**			**Empfehlungs-grad**
	Wirksamkeit, im Sinne erwünschter Wirkungen von Pflegedokumentationssystemen/Tools **(effectiveness)**	Einbindung der Sichtweisen der AkteurInnen, die das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile davon in ihrer täglichen Arbeitspraxis anwenden sollen **(appropriateness)**	Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit unter Einbeziehung der Rahmenbedingungen, wie z.B. die zur Verfügung stehenden personalen Ressourcen oder Kapazitäten **(feasibility)**	
höchste Evidence-Stufe, **(excellent)**	Systematische Übersichtsarbeit Multi-Center-Studie	Systematische Übersichtsarbeit Multi-Center-Studie	Systematische Übersichtsarbeit Multi-Center-Studie	sehr zuverlässiger Beleg, Mindestanforderung, die dem aktuellen Stand des Wissens entspricht
guter Beleg **(good)**	Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) Beobachtungsstudie	Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) Beobachtungsstudie Interpretativ-hermeneutische Studie	Randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) Beobachtungs-studie Interpretativ-hermeneutische Studie	kann empfohlen, jedoch nicht gefordert werden
erste Belege, schwache Evidence, **(fair)**	Unkontrollierte Studie mit deutlichen, statistisch nachweisbaren Ergebnissen Studie mit Vorher-Nachher-Design Nicht randomisierte, kontrollierte Studie	Deskriptive Studie Fokusgruppe	Deskriptive Studie Aktionsforschungsansatz Studie mit Vorher-Nachher-Design Fokusgruppe	kann noch nicht empfohlen werden

niedrigste Evidence-Stufe, **(poor)**	Deskriptive Studie Fallstudie Expertenmeinung Studie schlechter, methodischer Qualität	Fallstudie Expertenmeinung Studie schlechter, methodischer Qualität	Fallstudie Expertenmeinung Studie schlechter, methodischer Qualität	sehr schwacher Beleg, kann nicht empfohlen werden

Abbildung 13: Evidenzhierarchie nach Evans (Abb. aus Evans 2003: 79)

5.2.6 Rechercheergebnisse „Pflegepraktische Sicht“

Gegliedert nach den Forschungsfragestellungen aus Kapitel 5.1.4 werden nun die Suchstrategie, die Auswahl relevanter Studien und die Auswertung der eingeschlossenen Studien im Hinblick auf die Forschungsfrage dargelegt.

Frage 1

Inwiefern können das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile dazu beitragen, die Ansprüche der BewohnerIn hinsichtlich Lebensqualität (autonome Ausgestaltung der Lebensführung bis zum Lebensende) im Sinne des Ertrags bzw. der erwünschten Wirkung, zu erfüllen?

Endpunkt 1: Lebensqualität (QoL: Quality of life), einschließlich Qualität des Lebensendes (Quality end-of-life) der BewohnerIn.

Zunächst erfolgt die Darstellung der systematischen Suche zum Endpunkt Lebensqualität der BewohnerIn (QoL: Quality of Life).

CINAHL lieferte 87 Treffer. Nach dem Screening der Abstracts konnten 66 Beiträge ausgeschlossen werden. 21 Volltexte wurden beschafft, überprüft und ausgeschlossen. Die Suche bei PubMed mit der Suchstrategie lieferte 686 Treffer. Nach Durchführung des Screenings aller Abstracts wurden 602 Berichte ausgeschlossen und 84 Volltexte beschafft. Nach Überprüfung mussten auch diese komplett ausgeschlossen werden.

Cochrane lieferte 34 Treffer. Nach Überprüfung der Abstracts wurden 30 Studien ausgeschlossen. 4 Volltexte wurden beschafft und nach Überprüfung ausgeschlossen.

Auf PSYNDEX-WISO net konnten 107 Treffer erzielt werden. Nach Entfernung der Duplikate waren noch 105 Abstracts zu screenen. 96 Berichte mussten nach Überprüfung der Abstracts ausgeschlossen werden. 9 Volltexte wurden beschafft und analysiert. Keine Studie erfüllte die Einschlusskriterien.

GeroLit ergab 1364 Treffer; in der Kombination mit dem Booleschen Operator „AND“ jedoch nur noch 8 Treffer, ohne Limitation. Alle 8 Abstracts durchliefen das Screening, wobei 1 Studie bereits aufgrund des Abstracts ausgeschlossen werden konnte. 7 Volltexte wurden beschafft. Nach Bearbeitung der Vollversion wurden weitere 6 Studien ausgeschlossen, 1 Studie konnte eingeschlossen werden.

Bei der Handsuche konnten 2 Berichte eingeschlossen werden, die Bezug zum Endpunkt „QoL“ aufweisen. Es wurden 78 Volltexte gescreent, 40 aus der Zeitschrift „Pflege“ und 38 aus der Zeitschrift „Pflege und Gesellschaft“. Die einzuschließenden Studien entstammen der Zeitschrift „Pflege & Gesellschaft“, wobei eine Studie (DEMIAN II) im Schneeballverfahren nachrecherchiert wurde, um die aktuell veröffentlichten Ergebnisse einbeziehen zu können. Die Projektleitung wurde zudem per Email bzgl. neuester Ergebnisse angefragt. Es wurde bis zur Veröffentlichung des hier vorliegenden Forschungsberichtes jedoch noch keine Antwort gegeben.

Insgesamt konnten folglich zu der Fragestellung 1, n= 3 Studien eingeschlossen werden. Alle drei Studien zeigen ein hohes Potenzial zur Weiterentwicklung der im Rahmen der Untersuchung entwickelten Modelle und Instrumente bzw. Pflegedokumentationstools und zur Unterstützung einer nutzerInnen- und bewohnerInnenorientierten Diskussion der Mindestanforderungen an ein Pflegedokumentationssystem aus pflegepraktischer Sicht.

Frage 2

Inwiefern können das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile dazu beitragen, die Ansprüche der BewohnerIn hinsichtlich sozialer Teilhabe und selbständiger Gestaltung sozialer Kontakte zu erfüllen?

Endpunkt 2: Soziale Teilhabe (participation) und selbstständige Gestaltung sozialer Kontakte (social interaction) der BewohnerIn

Im Rahmen der systematische Literaturrecherche zum Endpunkt „soziale Teilhabe (participation) und selbstständige Gestaltung sozialer Kontakte (social interaction) der BewohnerIn“ konnte nach den vorgegebenen Ein-/Ausschlusskriterien keine Studie zur qualitativen Synthese eingeschlossen werden.

CINAHL lieferte mit der Suchstrategie 14 Treffer, die bereits nach dem Screening der Abstracts ausgeschlossen werden mussten.

PubMed lieferte 341 Treffer. 338 wurden nach dem Abstract-Screening ausgeschlossen und für drei Beiträge wurden die Volltexte beschafft; nach der Volltextüberprüfung wurden auch diese begründet ausgeschlossen.

Die Suche bei Cochrane lieferte 10 Treffer. 2 Berichte wurden als Duplikate identifiziert und ausgeschlossen. Die übrigen 8 Reviews wurden nach dem Screening der Abstracts ausgeschlossen.

Die systematische Suche in PSYNDEX-WISO net wurde auf zwei Suchstrategien aufgeteilt, um nationale 14 Treffer-Beiträge abzudecken. Von insgesamt 50 Treffern wurden 47 nach Abstractscreening ausgeschlossen. 3 beschaffte und analysierte Volltexte mussten ebenfalls ausgeschlossen werden.

GeroLit lieferte bei zweigeteilter 2 Treffer bei den deutschen Begriffen und 0 Treffer bei den englischen Begriffen. 1 Treffer wurde als Duplikat identifiziert, sodass 1 Abstract überprüft wurde und daraufhin ein Ausschluss erfolgte.

Die Handsuche in den Zeitschriften „Pflege“ und „Pflege und Gesellschaft“ lieferte keine einzuschließenden Studien.

Somit konnte **keine Studie** identifiziert werden, die in die qualitative Synthese einzuschließen wäre.

Frage 3

Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools auf die Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte?

Endpunkt 3: Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte (Quality of working life, QoWorkL)

Zunächst erfolgt die Darstellung der systematischen Suche zum Endpunkt Qualität des Arbeitslebens der Pflegefachpersonen (Quality of working life, QoWorkL).

CINAHL lieferte 2 Treffer. Nach dem Screening der Abstracts mussten beide Beiträge ausgeschlossen werden.

Die Suche bei **PubMed** mit der Suchstrategie lieferte 52 Treffer. Nach Durchführung des Screenings aller Abstracts wurden 51 Berichte ausgeschlossen und 1 Volltexte beschafft. Diese Studie konnte nach Analyse des Volltextes eingeschlossen werden.

Cochrane lieferte 5 Treffe. Eine Dublette musste entfernt werden, sodass 4 Abstracts gescreent wurden. Alle 4 Studien erfüllten die Einschlusskriterien nicht und wurden extrahiert.

Auf PSYNDEX – WISO net ergab die Sucheinstellung 8 Treffer. Somit konnten insgesamt 45 Treffer erzielt werden. Da keine Duplikate zu extrahieren waren, wurden alle 45 Titel gescreent. Es wurde kein Bericht als relevant bewertet.

GeroLit ergab für die Suche 6 Treffer. Für die Suche mit deutschen Suchbegriffen wurden weitere 5 Treffer erzielt. Insgesamt wurden 11 Titel bzw. Abstracts gescreent, wobei 10 Studien begründet ausgeschlossen werden konnten und eine Studie nach Volltextanalyse die Einschlusskriterien erfüllte und in die narrative Inhaltssynthese einfloss.

Bei der Handsuche konnten 39 Berichte aufgrund der Titel und Kurzzusammenfassungen bereits ausgeschlossen werden. 39 Volltexte wurden aufgrund von Hinweisen potentieller Relevanz in den Abstracts beschafft. Nach eingehender Volltextanalyse mussten weitere 37 Berich-

te ausgeschlossen werden, jedoch 2 Studien erfüllten die Einschlusskriterien und werden beschrieben und ausgewertet.

Insgesamt konnten folglich zu der Fragestellung 3: Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools auf die Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte? n= 4 Studien eingeschlossen werden.

Frage 4

Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools auf die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs?

Endpunkt 4: Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (health care need)

Die systematische Suche zum Endpunkt „Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (Health care need)“ ergab drei einzuschließende Studie.

Zunächst erfolgt die Darstellung der systematischen Suche zum Endpunkt „Health care need“.

CINAHL lieferte 121 Treffer. Nach dem Screening der Abstracts konnten 118 Beiträge ausgeschlossen werden. Drei Volltexte wurden beschafft und überprüft und ausgeschlossen.

Die Suche bei PubMed mit der Suchstrategie lieferte 1492 Treffer. Auf Grund dieser enormen Zahl wurden die Limitations weiter eingegrenzt und die 1492 Treffer lediglich unsystematisch durchsucht. Die erneute Suche mit den Limitationen [Abstract available, Humans, German, Aged: 65+ years] lieferte 60 Treffer. Nach Durchführung des Screenings der Abstracts wurden 47 Berichte ausgeschlossen, 13 Volltexte beschafft und nach Überprüfung ausgeschlossen.

Cochrane lieferte 31 Treffer. Nach Entfernung der Duplikate blieben 17 Berichte übrig, von denen 14 nach der Überprüfung des Abstracts ausgeschlossen wurden. Drei Volltexte wurden beschafft und nach Überprüfung ausgeschlossen.

Mit PSYNDEX-WISO net ergaben sich 196 Treffer. Alle 196 Berichte mussten nach Überprüfung der Abstracts ausgeschlossen werden.

GeroLit wurde mit zweigeteilter Suchstrategie untersucht. Hierbei ergaben sich :

1. (Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (Pflegebedarf OR Gesundheitszustand)

Limitationen: Land: Deutschland; Bücher: keine; Aufsätze: keine: 18 Treffer

2. (nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (health care need OR health status OR need of care)

Limitationen: none: 15 Treffer

Von diesen 33 Treffern wurden 26 nach dem Screening der Abstracts ausgeschlossen und sieben nach Beschaffung und Überprüfung der Volltexte.

Bei der Handsuche mussten 2 Dubletten entfernt werden. Von den 76 überprüften Titeln konnten 74 bereits nach Screening der Titel bzw. Kurzzusammenfassungen ausgeschlossen werden. Nach Volltextbeschaffung und Analyse konnten 2 Studien eingeschlossen werden, wobei zu einer Studie (Bär, Böggemann, Kruse 2005) weitere Ergebnisse nachrecherchiert werden konnten (Berendonk et al. 2011).

Eine dritte Studie (Lüngen et al. 2008), die in die Auswertung einbezogen wird, wurde mit der Suchstrategie unter der Fragestellung 3 (Qualität des Arbeitslebens) identifiziert.

Frage 5

Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile bzw. Tools auf die interdisziplinäre Kommunikation und die Kommunikation mit den Angehörigen bezüglich versorgungsrelevanter Aspekte?

Endpunkt 5: Interdisziplinäre Kommunikation und die Kommunikation mit den Angehörigen (communication)

Zum Endpunkt „Interdisziplinäre Kommunikation und die Kommunikation mit den Angehörigen (health care information exchange)“ konnten zwei Berichte eingeschlossen werden.

CINAHL lieferte 25 Treffer[. Nach Überprüfung der Abstracts wurden 25 Treffer ausgeschlossen.

PubMed: Bei der Suchstrategie ergaben sich 2060 Treffer. Um diese weiter einzugrenzen, wurden die Limitationen angepasst: Abstract available; Humans; German; Aged 65 + years. Die Anzahl der Treffer veränderte sich dadurch auf 40. Die 2060 Treffer wurden unsystematisch durchsucht. Von den 40 Treffern wurden 38 nach Überprüfung der Abstracts ausgeschlossen. Zwei Berichte wurden als Volltext beschafft und nach Prüfung ebenso ausgeschlossen.

Cochrane lieferte mit der Suchstrategie und ohne Limitationen 8 Treffer. Nachdem 3 Duplikate entfernt waren, wurden die verbliebenen 5 Abstracts gescreent und vier Berichte ausgeschlossen. Ein Volltext wurde beschafft und nach Überprüfung ausgeschlossen.

Die Datenbank PSYNDEX–WISO net wurde mit deutschen Begriffen ohne Limitation sowie mit englischen Begriffen geprüft. Bei der Suche mit deutschen Begriffen lieferte PSYNDEX 40 Treffer, mit den englischen Begriffen 7 Treffer. Bei der Überprüfung der Abstracts wurden alle 47 Berichte ausgeschlossen.

In der Datenbank GeroLit wurden zwei Strategien herangezogen:

1. (Pflegedokumentation OR Pflegeplanung) AND (Interprofessionelle Kommunikation OR Informationsaustausch OR Kommunikation mit Angehörigen)

2. (nursing care plan* OR nursing record* OR documentation) AND (Interprofessional relations OR health care information exchange OR family members OR informal caregiver).

Es wurden keine Limitationen gesetzt. Die erste Strategie lieferte 22 Treffer, die zweite 0 Treffer. Nach Überprüfung der Abstracts wurden alle 22 Berichte ausgeschlossen.

Bei der Handsuche konnte ein Bericht eingeschlossen werden, der Bezug zum Endpunkt „communication“ aufwies. Zu der identifizierten Studie (Bär, Böggemann, Kruse 2005) konnten weitere Ergebnisse nachrecherchiert werden (Berendonk et al. 2011). Auch für diesen Endpunkt wurden alle, als potentiell relevant identifizierten 78 Volltexte der Handsuche gescreent, 40 aus der Zeitschrift „Pflege“ und 38 aus der Zeitschrift „Pflege & Gesellschaft“.

Eine zweite einzuschließende Studie (Kreidenweis 2009) lieferte die Suche zum Endpunkt „Quality of working life“ ohne Limitationen.

5.3 Dokumentationserfordernisse aus pflegepraktischer Perspektive

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien werden nachfolgend gegliedert nach den untersuchten Endpunkten bzw. Forschungsfragestellungen narrativ zusammengefasst. Aufgrund des als „mager“ zu bezeichnenden Forschungsstandes und der Heterogenität der methodischen Ansätze und der untersuchten Parameter ist eine Metaanalyse im Sinne der Aggregation von statistischen Werten aktuell noch nicht möglich. Ebenso können die wenigen als relevant eingestuften „qualitativen“ Studien nicht systematisch und inhaltsanalytisch zusammengefasst werden. Geplant war eine Synthese nach der o.g. ENTREQ-Leitlinie.

Die eingeschlossenen Studien werden nachfolgend kurz skizziert, gewürdigt und im Hinblick auf die Einschlusskriterien und die Forschungsfrage bewertet.

5.3.1 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Lebensqualität der Bewohner

DEMIAN II (DEmenzkranke Menschen in Individuell bedeutsamen AlltagssituationeN) (Berendonk et al. 2011)

Das vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg durchgeführte und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt knüpft an den Ergebnissen der Interventionsstudie DEMIAN I „DEmenzkranke Menschen in Individuell bedeutsamen Alltagssituationen – Entwicklung einer Methode zur Förderung der Lebensqualität durch Stimulierung positiver Emotionen“ (Laufzeit 2004-2007) an. Das im Projekt neu entwickelte pflegerische Konzept enthält u.a. eine spezifische Anamnese mit daraus abgeleiteter Planung von Pflegemaßnahmen zur gezielten Förderung von Ressourcen des emotionalen Erlebens demenzkranker Menschen. Bei der empirischen Überprüfung des Konzeptes und seiner Wirkungen auf die Lebensqualität wurden für 98 demenziell erkrankte PflegeheimbewohnerInnen in 25 Alten- und Pflegeheime im Raum Nordbaden und im Raum Weser-Ems individuelle positiv bedeutsame Alltagssituationen erfasst, wobei sowohl die Perspektive des Betroffenen selbst, eines Angehörigen sowie der PflegemitarbeiterInnen einbezogen wurde. Das Konzept sieht darüber hinaus Fallbesprechungen vor, in deren Mittelpunkt die Entwicklung von individuellen Interventionen zur Förderung positiver Emotionen im Alltag der BewohnerIn stehen. Das Dokumentationstool wurde somit mit der Intervention „Fallbesprechung“ kombiniert, sodass die in der Studie und Folgestudie belegten Wirkungen sich auf das gesamte Interventionsprogramm beziehen. Das Folgeprojekt DEMIAN II (Laufzeit 2007-2010) sieht die konzeptionelle Weiterentwicklung und die Erprobung von Schulungsprogrammen für Pflegende in der stationären Altenhilfe sowie für pflegende Angehörige zur emotionalen Förderung von Menschen mit Demenz vor. Dabei sollen in der zweiten Förderphase u.a. die Möglichkeiten zur Integration in den Pflegeprozess untersucht werden. Der aus der Analyse positiv bedeutsamer Alltagssituationen gewonnene, individuelle Interventionsplan als Grundlage der nachfolgenden 3-wöchigen

Interventionsphase kann als weiteres Tool für das Pflegedokumentationssystem gesehen werden. Die Studie gewinnt methodisch weiterhin an Qualität durch den Kontrollgruppenansatz und einen Vorher-Nachher-Vergleich auf Basis von Daten zur psychischen Befindlichkeit, die per Selbst- und Fremdeinschätzung sowie per Videografie erhoben wurden. Nach den AutorInnen des DEMIAN-Projektes waren die unmittelbaren Reaktionen der StudienteilnehmerInnen auf angebotene Interventionen weit überwiegend positiv (fast 75% durchschnittlicher Anteil positiver Reaktionen). Dagegen belief sich der emotionsbezogene ‚Erfolg' der unspezifischen Zuwendung in der Kontrollgruppe auf lediglich knapp die Hälfte der dokumentierten Situationen. Über den gesamten Interventionszeitraum hinweg sei die situative Erfolgsrate der Interventionsgruppe weitgehend stabil geblieben. Es wird davon ausgegangen, dass die eingesetzten Situationen ihre positive Bedeutsamkeit über einen längeren Zeitraum beibehalten. Effekte im Hinblick auf eine Verbesserung des habituellen Wohlbefindens waren dagegen nur schwach ausgeprägt und unterschieden sich nicht signifikant von denen der Kontrollgruppe (Berendonk et al. 2011: 14).

Das DEMIAN II (DEmenzkranke Menschen in Individuell bedeutsamen AlltagssituationeN)-Projekt wird in Form zweier kontrollierter clusterrandomisierter Interventionsstudien durchgeführt. Insgesamt sollen 200 Pflegende sowie 80 demenzkranke HeimbewohnerInnen aus 20 stationären Altenpflegeeinrichtungen (Studie A) und 100 pflegende Angehörige aus 20 Selbsthilfegruppen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft mit ihren an einer Demenz erkrankten Familienmitgliedern (Studie B) in die Studie einbezogen werden. Kern des methodischen Vorgehens stellt die in DEMIAN I entwickelte und erprobte Methode zur Gestaltung positiver Erlebnisräume für Menschen mit Demenz dar. Unter Begleitung des Projektteams wird der Ansatz im Sinne einer Intervention im stationären Kontext von Pflegefachpersonen, im häuslichen Bereich von pflegenden Angehörigen weitgehend selbstverantwortlich umgesetzt. Beide Gruppen sollen zuvor im Einsatz der Methode geschult und während der Umsetzung supervidiert werden (vgl. Berendonk et al. 2011). Aufbauend auf den Ergebnissen und Erfahrungen der ersten Projektphase wird nach dem Bericht des Pflegeforschungsverbundes NRW (Kruse 2011: 39) der DEMIAN-Ansatz zu einem Konzept weiter entwickelt und theoretisch ausgearbeitet. Dabei steht die Integration einer **strukturierten Anamnese**, aus der unmittelbar Pflegemaßnahmen abgeleitet werden können, in das Pflegeplanungs- und Dokumentationssystem im Fokus. Das Forschungsprogramm ist somit für die Fragestellung der vorliegenden Übersichtsarbeit zweifach relevant, einmal weil ein neues Pflegedokumentationstool (strukturierte Anamnese, Fallbesprechung, Interventionsplan zur gezielten Förderung von positiven Emotionen) entwickelt wurde und auf der anderen Seite, weil die Wirkungen auf relevante Endpunkte, u.a. die Lebensqualität demenzkranker BewohnerInnen untersucht wurden. Die methodische Qualität der beiden kontrollierten, clusterrandomisierten Interventionsstudien ist nach der Evidenzhierarchie von Evans 2003 als gut („good") zu bezeichnen. Die Studie hat somit sehr hohe Relevanz für die Forschungsfrage 1 und die noch nicht veröffentlichten Ergebnisse der zweiten Studienphase sollten unbedingt verfolgt werden. Am 12.04.2014 wurden bei der Projektleitung (Prof. Dr. Kruse) aktuelle Ergebnisse bzw. Veröffentlichungen per Email nachgefragt. Bis zur Veröffentlichung des Berichts erfolgte jedoch noch keine Antwort mit weiterführenden Informationen und Ergebnissen der Studie.

Die Einschätzung der Forschergruppe vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen mit dem Konzept: „Darüber hinaus wäre es wichtig, die Anamneseleitfäden so zu überarbeiten, dass sie noch besser in die bestehenden Pflegedokumentationssysteme der Alten- und Pflegeheime integrierbar sind“ (Berendonk et al. 2011: 17), lässt ein innovatives und gut getestetes Pflegedokumentationstool erwarten. Die Studie belegt jedoch auch, dass Pflegedokumentationsbestandteile häufig in Kombination mit anderen Interventionen, bei DEMIAN I und II z.B. mit Fallbesprechungen, und Schulungen der Pflegekräfte, untersucht wurden und wirksam sind. Dies stützt die These von Heislbetz, dass die rein bürokratisch verstandene Pflegedokumentation keine positiven Effekte zeigt, ja darüber hinaus sogar unerwünschte Wirkungen (Heislbetz 2009: 305).

Angesichts des steigenden Anteils demenzkranker HeimbewohnerInnen scheint das Pflegedokumentationstool des DEMIAN I und II-Projektes von hoher pflegepraktischer Relevanz insbesondere vor dem Hintergrund der ersten Nachweise erwünschter Wirkungen auf einen wesentlichen Outcomeparameter in der Langzeitpflege, nämlich die Lebensqualität der BewohnerInnen. Im Kontext der zunehmenden Evidence über die positive Wirksamkeit der Pflegediagnostik allgemein bzw. nach der NANDA-I-Struktur (Müller-Staub 2009) ein relevanter Befund, der durch die nachfolgende Studie gestärkt wird.

Projekt A1 – Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur Erfassung der "patient view" von Demenzkranken in vollstationären Einrichtungen (Naegele, Schönberg, Schulz-Hausgenoss 2005)

Am 31.03.14 wurden aktuelle Studienergebnisse bei Dr. Eckhart Schnabel per Email angefragt, jedoch wurde noch keine Antwort gegeben. Das entwickelte und erprobte Instrument zur Informationserhebung, das die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen erfassen und für die Unterstützung im Sinne der Normalisierungsstrategien nutzbar gemacht werden soll, ist als Pflegedokumentationstool zu integrieren. Nach der Zielsetzung der AutorInnen soll „ein solches in der Praxis verwendbares Instrument zur Erfassung der Patientenperspektive bei demenziell erkrankten Altenheimbewohnern einen wichtigen Beitrag leisten“ (Naegele, Schönberg, Schulz-Hausgenoss 2005: 50). Im Pflegeprozess ist das Tool auf den Ebenen der Informationssammlung, Einschätzung, Maßnahmenplanung und Evaluation einzuordnen, wie aus der Schilderung der AutorInnen zur Leistungskapazität des Instruments deutlich wird: „Dieses Instrument soll zur Erweiterung des Pflegehandelns beitragen, indem es den mit der Pflege betrauten MitarbeiterInnen ermöglicht, Informationen über das Krankheitserleben und die Versorgungssituation aus Sicht der BewohnerInnen zu erhalten. Weiterhin kann mit Hilfe eines solchen Instrumentes eine Überprüfung der Ergebnisqualität in Einrichtungen der Altenhilfe vorgenommen werden“ (Naegele, Schönberg, Schulz-Hausgenoss 2005: 51).

Das methodische Vorgehen in dem „qualitativen“ Untersuchungsansatz lässt zuverlässige Daten über wesentliche Kategorien des Erlebens der Lebens- und Versorgungssituation demenzkranker BewohnerInnen erwarten. In einem ersten Schritt sollen mit 25 vorher diagnostizierten dementen BewohnernIinnen narrative Interviews durchgeführt werden, in denen die RezipientInnen aufgefordert werden, über ihre Lebens- und Versorgungssituation und deren Bewertung im Heim zu berichten. Das Studiendesign sieht eine regelgeleitete, inhaltsanalytische

Auswertung des so gewonnenen Datenmaterials durch die Analyse von Gemeinsamkeiten und die Verdichtung zu Schlüsselkategorien vor. Diese Kategorien können in einem Pflegedokumentationssystem deduktiv zur Strukturierung der Informationssammlung vorgegeben werden, ohne jedoch den Blick für individuelle Sichtweisen zu verstellen, indem z.B. offene, frei formulierbare Kategorien im Tool angelegt sind. Die methodische Qualität der Studie wurde nach Evans (2003) mit „fair/poor" bewertet, sodass Handlungsempfehlungen erst nach weiteren Erkenntnissen oder Informationen über die Studie von den UntersucherInnen selbst gegeben werden können.

Heislbetz Claus (2009): Die Dokumentation in der Altenpflege. Ihr Zusammenwirken mit der Pflege- und Managementqualität sowie der Lebensqualität der Pflegebedürftigen Eine Internationale Vergleichsuntersuchung. Dissertation. Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Bamberg.

Die im Rahmen einer Dissertationsarbeit durchgeführte Sekundärdatenanalyse von Heislbetz (2009) wurde als graue Literatur aufgrund der guten Qualität und hohen Nachvollziehbarkeit der Methodik sowie aufgrund des in der Arbeit hervorragend aufbereiteten Sachstandes zum Thema Pflegedokumentation einbezogen. Heislbetz entwickelt systematisch auf der Grundlage einer Sekundärdatenanalyse aus den Ergebnissen des EU-Forschungsprojekts „Care Keys" theoretische Erkenntnisse und ein Modell zu Voraussetzungen, Orientierungen, Verfahren und zur Integration des Dokumentationshandelns im Pflegealltag. Dabei werden Wirkungen auf die pflegebezogene Lebensqualität deduktiv angenommen und schließlich mittels Metaanalyse internationaler Datensätze validiert. Der deutsche Teildatensatz wird separat ausgewertet, sodass die Erkenntnisse für die Fragestellung und den Geltungsbereich dieser Übersichtsarbeit und den Auftrag sehr relevant sind. Die Sekundärdatenanalyse der Befragungsdaten von KlientInnen sowie PflegemanagerInnen bindet systematisch die Sichtweisen der Handelnden im Pflegedokumentationssystem ein.

Das von Heislbetz entwickelte Metamodell der Pflegeprozessdokumentation ist auch für die weitere nutzerInnen- und bewohnerInnenorientierte Diskussion des Themas von Bedeutung.

Der Paradigmenwechsel von einer an der Rechtssicherheit und am Leistungsrecht orientierten Pflegedokumentation hin zu einem Pflegedokumentationssystem, das die AnwenderInnen solcher Systeme und die NutzerInnen pflegerischer Leistungen wieder in den Mittelpunkt rückt, deutet sich in der Arbeit von Heislbetz bereits deutlich an:

„Viele praxisorientierte Veröffentlichungen sehen in der Schaffung von Rechtssicherheit eine zentrale (oder sogar die zentrale) Aufgabe der Dokumentation in der Altenpflege. Tatsächlich erweist sich die Dokumentation in vielen Rechtsbereichen vom Sozial- über das Arbeits- bis hin zum Privathaftungs- und Strafrecht als bedeutsames Nachweismittel. Andererseits wird auch kritisiert, die Fixierung der Pflegepraxis auf die rechtliche Bedeutung der Dokumentation führe dazu, dass andere mit ihr verbundene professionelle Aufgaben vernachlässigt oder sogar verunmöglicht werden" (Heislbetz 2009: 302).

Die Nebenwirkungen einer überwiegend bürokratisch verstandenen Pflegedokumentation, die zum Zwecke der Rechtssicherheit und der Erlössicherung gegenüber den Kostenträgern umge-

setzt wird, bringt der Autor klar zum Ausdruck und belegt diese darüber hinaus mit dem Datenmaterial:

„Die Tatsache, dass eine ausführlichere Dokumentation die individuell erlebte Pflegequalität und die pflegebezogene Lebensqualität hier sogar verschlechtern, zeigt, wie die bürokratisch motivierte Dokumentationsführung die Pflegerinnen in ihrem Alltag eher belastet als unterstützt. Die Pflegerinnen kommen den bürokratischen Vorgaben trotzdem nach, um das Risiko zu vermeiden, für fehlende Dokumentationsdaten verantwortlich gemacht zu werden“ (Heislbetz 2009: 305).

Methodisch setzt die Arbeit auf verschiedenen Ebenen an, wobei auch Auswertungsdaten aus den Pflegedokumentationen einbezogen werden. Heislbetz fasst die Ergebnisse wie folgt zusammen:

„Dabei gelingt zwar der Nachweis eines positiven Zusammenhangs zwischen der Dokumentationsqualität einerseits und der Pflegequalität sowie der pflegebezogenen Lebensqualität der Klientinnen und Klienten andererseits. Jedoch zeigen sich auch Hindernisse, insbesondere institutioneller Art, die dieser Wirkungsbeziehung im Weg stehen können“ (Heislbetz 2009: 2).

Angesichts der Sekundärdatenanalyse kann dieser Nachweis jedoch nur mit Vorsicht zu allgemeingültigen Aussagen führen. Dennoch sollen nachfolgend die Ergebnisse des subjektiven, bewohnerbezogenen Outcomes der Dokumentation des deutschen Teildatensatzes im Hinblick auf deren Relevanz für die Fragestellung 1 dargelegt werden. Das der Untersuchung zu Grunde gelegte Metamodell wurde bereits im theoretischen Teil erläutert.

In der Studie wurde die „pflegebezogene Lebensqualität“ mittels des von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten WHOQOL-Bref-Befragungsinstruments erhoben. Dieses beinhaltet 24 Items, aus denen Indikatoren für die vorgegebenen Lebensqualitätsdimensionen Sozial, Physisch/funktional, Umweltbezogen und Psychisch berechnet wurden. Es wird eine hohe Korrelation der pflegebezogenen Lebensqualität mit der Pflegezufriedenheit der KlientInnen allen Teildatensätzen (international) berechnet, sodass die Zusammenhangsmessungen zwischen der Dokumentationsqualität und der pflegebezogenen Lebensqualität relativ ähnliche Ergebnisse wie die Analyse des Zusammenhangs zwischen Dokumentationsqualität und Pflegezufriedenheit, die ebenfalls durchgeführt wurde, ergaben. Die Wirkung der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität im deutschen Teildatensatz wird vom Autor als positiv angegeben.

Tabelle 13: Einfluss der Vollständigkeit der Dokumentation auf die Lebensqualität stationär versorgter KlientInnen Deutschland im Ländervergleich (Tab. aus Heislbetz 2009: 397)

Land	Lebensqualitäts-Dimension: abhängige Variable	*n*	Bereich der Vollständigkeit der Dokumentation: unabhängige Variable/n	Bestimmtheitsmaß (R^2_{korr})	Standardisierte Koeffizient/en (β)	Signifikanz	
						T	*F*
DE	Sozial	82	---				
	Physisch/funktional	82	---				
	Umwelt	82	---				
	Psychisch	82	Durchführung, Dim. Umwelt	0,054	0,256	0,020	0,020
EST	Sozial	78	Evaluation	0,109	-0,347	0,002	0,002
	Physisch/funktional	78	---				
	Umwelt	78	---				
	Psychisch	78	---				
FIN	Sozial	69	---				
	Physisch/funktional	69	---				
	Umwelt	69	Bedarfe, Dim. Psychisch	0,054	-0,260	0,031	0,031
	Psychisch	69	---				
GB	Sozial	112	Anamnese Bedarfe, Dim. Umwelt Durchführung, Dim. Umwelt	0,193	0,329 0,337 -0,270	0,001 0,001 0,011	0,000
	Physisch/funktional	112	---				
	Umwelt	112	---				
	Psychisch	112	Anamnese	0,062	0,266	0,005	0,005
SWE	Sozial	44	---				
	Physisch/funktional	44	Bedarfe, Dim. Umwelt	0,165	0,429	0,004	0,004
	Umwelt	44	Durchführung, Dim. Psychisch	0,108	0,359	0,017	0,017
	Psychisch	44	---				

Heislbetz klärt in der Interpretation der Ergebnisse, den Widerspruch zwischen „negativer Wirkung“ der Dokumentationsqualität auf die Ressourcenversorgung (hoher Zeit- und Personalaufwand) und „positiver Wirkung“ auf die Pflege- und Lebensqualität wie folgt:

„Wie kann dieser Befund und dabei vor allem die negative Wirkung der Dokumentationsqualität auf die Effektivität und Ressourcenversorgung interpretiert werden? Gegen die Annahme, die vermehrten Dokumentationsanstrengungen führten dazu, dass die Pflegerinnen weniger Zeitressourcen zur Verfügung haben, die pflegerische Effektivität sicherzustellen, spricht der eindeutig positive Zusammenhang der Dokumentationsqualität mit der subjektiven Pflegequalität und der Lebensqualität“ (Heislbetz 2009: 287).

Dies stützt die Operationalisierung des „Effizienz“-Konzepts unter Punkt 2, (Operationalisierung des Forschungsauftrags in erkenntnisleitende Fragestellungen) das im Verständnis der AutorInnen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation stets zwei Seiten beinhaltet: Aufwand (Personal- und Zeitbedarf) und Nutzen (erwünschte Wirkung z.B. Pflegequalität und Lebensqualität).

5.3.2 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Qualität des Arbeitslebens der Pflegekräfte

Die eingeschlossenen Studien werden nachfolgend kurz skizziert, gewürdigt und im Hinblick auf die Einschlusskriterien und die Forschungsfrage bewertet.

„Nützliche Technik: Der Computer hilft in der Pflege“ (Kreidenweis 2009)

Im Schneeballverfahren nachrecherchierter Projektbericht:

Kreidenweis, Helmut (2008): Projekt-Bericht. Evaluation der Einführung von Pflegedokumentations-Software bei leben&wohnen, Stuttgart. Eichstätt: KU Eichstätt-Ingolstadt.

Der Untersuchungsansatz und die theoretischen Grundlagen der empirischen Studie (FITT-Modell nach Ammenwerth et al. 2003, TOM- Modell nach Bullinger et al. 1998) von Kreidenweis scheinen kompatibel mit dem Verständnis des Pflegedokumentationssystems und dem Technologieverständnis dieser Übersichtsarbeit. So werden u.a. Aufgabenerfüllung und die Orientierung an den NutzerInnen der Technologie sowie die organisationalen Rahmenbedingungen in die Betrachtung einbezogen. Aufgrund der Auswertung des nachrecherchierten, vollständigen Projektberichtes konnten die Unklarheiten der Methodik in der durch die systematische Recherche identifizierten Veröffentlichung ausgeglichen werden, sodass die Studie die Einschlusskriterien auch hinsichtlich der methodischen Qualität für qualitative Studien, wenn auch auf einem niedrigen Niveau, erfüllte.

Mit einem Mixed-method-Design wurde die Einführung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation („sic-Pflegeasssistent“) mit mobilen Endgeräten (Handheld) für die Pflegekräfte in dem Zeitraum Oktober bis Dezember 2007 aus Sicht der NutzerInnen bewertet. Es wurden die Endpunkte: Arbeitsaufwand, Pflegequalität, Arbeitszufriedenheit und Verbesserungsvorschläge untersucht, wobei die Pflegequalität indirekt über die Einschätzung von internen MitarbeiterInnen, externen Fachkräften (Arzt, Physiotherapeut, Ergotherapeut), Dokumentationsanalysen und Analysen der externen Qualitätsprüfungsberichte aus dem Jahr 2004 und 2006 erhoben wurde. Die BewohnerInnen wurden nicht befragt. Im Projektbericht wird ein gut kontrolliertes Design beschrieben, wobei auch praktische Probleme der Kontrolle von Einflussfaktoren thematisiert werden. Bei der Mitarbeiterbefragung waren Leitungskräfte (23%), Pflegefachpersonen und ungelernte Pflegekräfte (77 %), insgesamt n= 44 StudienteilnehmerInnen aus einer Grundgesamtheit von N= 267 PflegemitarbeiterInnen an drei Standorten eines Stuttgarter Pflegeheimträgers beteiligt. Die Fachkraftquote lag zwischen 60-65 %. 82 % waren weiblich.

Mit den MitarbeiterInnen wurden face-to-face Einzelinterviews mit standardisierten Fragebögen geführt. Diese bestanden aus 34 Einzelfragen in den Kategorien, sozio-demographische Charakteristika (Alter, Tätigkeitsdauer, PC-Sicherheit), Arbeitsaufwand, Einschätzung der Pflegequalität, Arbeitszufriedenheit und Verbesserungsvorschläge (offene Kategorie). Die Auswahl der n= 3 Standorte von insgesamt 8 Standorten des Trägers "pflegen&wohnen" der Stadt Stuttgart erfolgte gezielt aufgrund nachvollziehbarer Kriterien.

Als qualitative Untersuchung ohne Anspruch, allgemeingültige Aussagen zu liefern, jedoch einen vertieften Einblick in das Erleben der NutzerInnen von EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen zu bekommen, wurde die Studie mit „fair/poor“ nach der Evidenzhierarchie von Evans (2003) bewertet. So bleibt zum Beispiel offen, wie die Antworten der RezipientInnen der offenen Frage nach Verbesserungsbedarfen inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Der Autor wurde per Email kontaktiert, um mehr Informationen zu der Studie zu erhalten. Bis zur Veröffentlichung des hier vorliegenden Forschungsberichts wurde jedoch nicht geantwortet. Durch die Vermarktung der Software über „social-software“ können kommerzielle Interesse nicht ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse sicher kritisch zu bewerten. Jedoch ist der Forschungsansatz im Rahmen der Fragestellung 3 als beispielhaft zu werten und gibt konkrete Ansatzpunkte für ein Forschungsdesiderat.

Hintergrund der Untersuchung ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ins Leben gerufenes Modellprojekt, in dessen Rahmen die Finanzierung einer EDV-Lösung zur Pflegeplanung und –dokumentation bewilligt wurde. Dazu konnte im Internet eine schriftliche Anfrage an den Deutschen Bundestag durch den Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU) in der 15. Wahlperiode (Drucksache 15/5885 vom 01. 07. 2005) recherchiert werden, die auf einen möglichen Interessenkonflikt hinsichtlich Vermarktung des „sic pflegeassistenten“ hinweist.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen“ sollte ein interdisziplinäres Team aus Pflegeexperten und EDV-EntwicklerInnen gemeinsam mit den zukünftigen AnwenderInnen eine anwenderfreundliche Software entwickeln. Das Augsburger Forschungsinstitut social invest consult gGmbH (sic) übernahm dabei die wissenschaftliche Begleitung. Ziel des Projekts war es, ein Instrument anzubieten, das dem aktuellen Stand der Pflegeforschung entspricht. Als Ergebnis entstand der „sic pflegeassistent“, der nun Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht. Im Mittelpunkt des Forschungsprojekts stand die Abbildung des Pflegeprozesses in seinen Einzelschritten anhand des von der Einrichtung gewählten Pflegemodells. Das Forschungsteam entschied sich für das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel. Durch eine Abkoppelung der Pflegeinhalte vom Programm lässt sich der „sic pflegassistent“ nach Aussagen des Autors auch auf andere Pflegemodelle und Bereiche anpassen, in denen nach dem Regelkreis des Pflegeprozesses gearbeitet wird.

Im Rahmen des Projektes wurde untersucht, wie der Software-Einsatz in der Pflegedokumentation auf die Pflegequalität, die Arbeitseffizienz und die Mitarbeiterzufriedenheit wirkt. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird im Rahmen der Auswertung als ein wichtiger Teilaspekt der Qualität des Arbeitslebens unter Frage 3 gesehen. 43 % der Befragten hatten eine abgeschlossene Altenpflegeausbildung, 20 % waren „Krankenschwestern bzw. –pfleger“, 32 % PflegehelferInnen. Das Durchschnittsalter betrug 44 Jahre. Den vom Autor geschilderten Ergebnissen zu Folge wurde nach dem Gefühl der Sicherheit im Umgang mit dem EDV-gestützten Dokumentationssystem gefragt, wobei 86 % angaben, sie fühlten sich "sicher" und "sehr sicher" am PC und 14 % "sehr unsicher". 75 % wendeten 10-30 Min. täglich für die Pflegedokumentation auf. Der deutlichste Zeitspar-Effekt sei bei der Suche nach Bewohnerinformationen und bei der Maßnahmen-Dokumentation eingetreten, die schwächste Wirkung bei allgemeinen, organisatorischen Aufgaben. Die Befragung der ÄrztInnen ergab bei 25 % die Einschätzung eines höhe-

ren Aufwands, wobei der Autor anmerkt, dass die Mitwirkung der Ärzte an der Pflegedokumentation „noch ausbaufähig“ sei (Kreidenweis 2009). Die Befragung der Pflegekräfte ergab eine geteilte Einschätzung bzgl. der Gewinnung von Zeitressourcen für die Arbeit mit den BewohnerInnen. 50 % sahen keinen Unterschied bzgl. Zeit für die BewohnerIn und 50 % sagten, sie hätten weniger Zeit für die BewohnerInnen. Die BewohnerInnen selbst wurden nicht befragt. Die Wirkung auf die Pflegequalität wurde auf Basis der Einschätzung der Pflege- und Leitungskräfte indirekt überprüft. 57 % gingen von einer Verbesserung aus.

Der für die Fragestellung 3 (Endpunkt Qualität des Arbeitslebens) relevante Itemblock mit den Fragen zur Mitarbeiter-Zufriedenheit umfasste Fragen zur Zufriedenheit mit der Einführung, der Schulung, der Anwenderserorientierung in Bezug auf die Software, aber auch eine Frage zur Be- und Entlastung, die im Zusammenhang mit dem Endpunkt, Qualität des Arbeitslebens von Relevanz ist. Bei der Frage: "Fühlen Sie sich durch die Einführung des sic-Pflegeassistenten eher be- oder entlastet?" gaben n= 41 "eher entlastet, n= 5 "stark entlastet", n= 3 "eher belastet" und n= 0 Pflegekräfte "stark belastet" an. Interessant hinsichtlich unerwünschter Nebeneffekte (side effects) war die Frage: "Fühlen sie sich seit der Einführung des Pflegeasssistenten stärker kontrolliert als vorher?" Dies Frage beantworteten 61 % der Pflegekräfte mit "nein" und 39 % mit "ja", wobei alle n= 44 StudienteilnehmerInnen ein Statement abgaben. In internationalen Studien verdichten sich die Erkenntnisse, dass das Gefühl, kontrolliert zu werden, Disstress bei Pflegefachpersonen auslösen kann (Engström, Skytt, Nilsson 2011: 738) und damit negativ auf die Qualität des Arbeitslebens wirkt. Auch die Frage nach den Auswirkungen auf die Arbeitsweise scheint für den Endpunkt QoWorkL relevant. So fühlte sich eine StudienteilnehmerIn „verunsichert“, die anderen Optionen waren: "unverändert", "zeitnähere Dokumentation", "genauere Dokumentation“, "verbessert" und "verunsichert/gehemmt". Der anwenderorientierte Ansatz der Studie kommt in der offenen Frage nach Verbesserungspotenzialen für die Software aus Sicht der Pflegefachpersonen zum Ausdruck. So konnten konkrete Entwicklungsbedarfe (z.B. der Bedarf, die Software zu beschleunigen und die Wunddokumentation zu verbessern) anhand der Befragungsergebnisse herausgearbeitet werden.

Dies belegt den hohen Nutzen der frühzeitigen Einbeziehung der AnwenderInnen bei der Software-Entwicklung und bei der Entwicklung von Pflegedokumentationssystemen als Unterstützungstechnologie allgemein.

Die nachfolgende, ebenfalls eingeschlossene Studie unterstützt die Ergebnisse der Untersuchung von Kreidenweis.

Lüngen Markus, Gerber Andreas, Rupprecht Christoph, Lauterbach Karl W. (2008): Effizienz der computergestützten Dokumentation in Pflegeheimen – eine Pilotstudie. In: Pflege Zeitschrift 61 (6), S. 334–339.

In dieser Pilotstudie in einem Pflegeheim mit 66 Betten (drei Wohngruppen) wurden die Auswirkungen einer computergestützten Pflegedokumentation ebenfalls wie bei Kreidenweis (2009) über tragbare Computer (Handhelds) evaluiert. Auch bei dieser Interventionsstudie wurden die AnwenderInnen des Systems selbst mittels strukturierter Interviews vor und nach

Einführung der computergestützten Pflegedokumentation befragt (n=16). Neben wahrscheinlichen Kosteneinsparungen im Bereich der Dokumentation und Administration stieg nach Angaben der AutorInnen die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen und der Verwaltung an. Es stünde mehr Zeit für die Arbeit unmittelbar mit der BewohnerIn zur Verfügung. Von den ForscherInnen wird jedoch empfohlen, weitere Studien mit höheren Fallzahlen und Studienzentren durchzuführen, um die Ergebnisse zu stützen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei der Effizienzbeurteilung der Aufwand für Anschaffung, Schulung und Pflege des EDV-Systems nicht berücksichtigt wurde.

Die AutorInnen erläutern in ihrem Beitrag diverse Probleme der papiergestützten Dokumentationssysteme (zum Beispiel: lange Dauer der Erstellung einer passenden Pflegeplanung, mangelnde Evaluation, etc.) und formulieren, dass „Der Anspruch, dass es sich um ein für die Pflege ureigenstes Instrument zur Verbesserung der Effizienz, Qualität und der Steigerung der Effektivität handelt, […] durch die Papierform nicht gefördert [wird]“ (Lüngen et al. 2008: 334-335).

Für die 3. Forschungsfrage und den Endpunkt QoWorkL relevant sind die Befunde hinsichtlich der Zufriedenheit des Pflegepersonals. Insgesamt habe sich diese nach Aussagen der AutorInnen erhöht, wobei hervorgehoben wird, dass die offenen Fragen des Interviews von den Pflegefachpersonen als Ausdruck der Wertschätzung der eigenen Tätigkeit empfunden wurden. Dies könnte auf einen Rosenthal-Effekt hinweisen, was jedoch in der Publikation nicht diskutiert wird. Für zukünftige Studien muss dieser Effekt jedoch kontrolliert werden, um die erwünschten Wirkungen auf die Qualität des Arbeitslebens tatsächlich auf die Intervention (EDV-gestütztes Pflegedokumentationssystem) und nicht auf die erhöhte Aufmerksamkeit im Rahmen der Studie zurückführen zu können.

Die EDV-gestützte Dokumentation mit den mobilen Endgeräten wurde von den Pflegefachpersonen als wichtig für die Optimierung der Pflegeplanung empfunden. Auch in dieser Studie wurde der Endpunkt QoWorkL nicht direkt, jedoch relevante Aspekte, wie Zufriedenheit und Wertschätzung sowie das Gefühl optimierter Arbeitsabläufe, erhoben.

InterviewpartnerInnen waren die Kaufmännische Leitung, Pflegedienstleitung, Wohngruppenleitung sowie Pflegefachpersonen, insgesamt 16 Personen. Es ist zu hinterfragen, ob für diese unterschiedlichen Nutzergruppen das Erhebungsinstrument gleichermaßen zuverlässig misst. So dürften die Anforderungen an ein Pflegedokumentationssytem aus Managementperspektive etwas anders gelagert sein, als aus der Perspektive der Pflegefachpersonen im unmittelbaren Bewohnerkontakt. Bei den Leitungspersonen wurde die Erhebung nach Aussagen der AutorInnen in persönlichen Interviews durchgeführt. Die Pflegefachpersonen füllten den Fragebogen ohne Beaufsichtigung aus, um eine Beeinflussung möglichst zu vermeiden. Sie hatten jedoch die Möglichkeit für Rückfragen. Die Auswahl der Pflegefachpersonen erfolgte nicht randomisiert, sondern weitgehend nach Verfügbarkeit in den Befragungszeiträumen, was auf eine Gelegenheitsstichprobe schließen lässt. Entsprechend sind die Ergebnisse hinsichtlich Verallgemeinerbarkeit vorsichtig zu interpretieren, was in der Ergebnisdiskussion nochmals aufgegriffen wird. Die Zeitdauer zwischen den Interviews vor und nach Intervention betrug rund sechs Monate, was hinsichtlich des Nachweises nachhaltiger Effekte auf die Qualität des

Arbeitslebens zu überprüfen ist. Wie in so vielen Studien wurde auch hier die Sichtweise der BewohnerInnen nicht einbezogen. Die Effizienzbeurteilung anhand von absoluten und prozentualen Werten der Zeitersparnis ohne zuverlässige Erhebung bewohner- und pflegesensitiver Outcome-Parameter scheint zumindest fraglich und birgt die Gefahr einer einseitigen Kostenbetrachtung ohne Qualitätserhebung, was im Anbetracht der Vulnerabilität der EndverbraucherInnen, nämlich der BewohnerInnen, als problematisch zu beurteilen ist. Die Ermittlung der Qualität erfolgte lediglich durch die Befragung der Leitungspersonen zu Aspekten der Sicherheit der Pflege, der Qualität der Pflegeplanung und der Dokumentation nach Schulnotenskala von 1 bis 6. Sozial erwünschtes Antwortverhalten dürfte die Ergebnisse hier sicher beeinflusst haben. Insgesamt wurde die Studie mit „fair“ nach der Evidence-Hierarchie von Evans (2003) bewertet.

DEMIAN II (DEmenzkranke Menschen in Individuell bedeutsamen AlltagssituationeN) (Berendonk et al. 2011)

Die Studie wurde bereits unter der Forschungsfragestellung 1 beschrieben und bewertet. Sie lieferte auch relevante Ergebnisse im Hinblick auf die Qualität des Arbeitslebens. Mit Hinweis auf die Veröffentlichung von Ergebnissen der Teilstudie 2010 [Stanek S, Berendonk C, Schönit M et al. (2010): Individuelle Erlebnisräume für Menschen mit Demenz gestalten, PADUA 5: 42–49] werden Effekte auf der Beziehungsebene im Betreuungsteam beschrieben: „Die Einbindung der Angehörigen bzw. anderer Bezugspersonen führte nach Berichten der Teilnehmenden immer wieder zu dem Effekt, dass sich die Beziehung zwischen den Angehörigen und den Pflege- und Betreuungspersonen verbesserte„ (Berendonk 2011: 17). Wenn auch die Qualität des Arbeitslebens nicht unmittelbar erhoben wurde, so ist dieser Aspekt in der Langzeitpflege sicherlich als ein bedeutsamer Faktor für den Endpunkt QoWorkL zu werten. Die Veröffentlichung zur Studienplanung (vgl. Bär, Böggemann, Kruse 2005) weist jedoch darauf hin, dass die von den an der Intervention beteiligten MitarbeiterInnen empfundene Arbeitsbelastung getestet werden soll. Mit Hilfe der deutschen Fassung des Maslach-Burnout Inventory (MBI-D) könnten die Aspekte emotionale Erschöpfung, Betroffenheit und Depersonalisierung jeweils kurz vor und einige Woche nach Abschluss der Intervention erhoben werden (vgl. Bär, Böggemann, Kruse 2005: 61).

Holle Daniela, Halek Margareta, Mayer Herbert, Bartholmeyczik Sabine (2011): "Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe". In: Pflege 2004; 17: 187-195 24 (5), S. 303–316.

Die Studie hat zum Ziel, die „Verstehende Diagnostik“, ein pflegediagnostisches Verfahren zum besseren Verstehen der Sichtweisen und Verhaltensweisen demenzkranker Menschen, mithilfe von strukturierten Fallbesprechungen und dem Asssessment-Tool „Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem (IdA)“ in Altenheimen zu implementieren und zu evaluieren. In der Studie wird auf die europäische NEXT-Studie verwiesen, die eindeutige Befunde hinsicht-

lich der Beeinträchtigungen der Qualität des Arbeitslebens liefert in der täglichen Arbeitspraxis mit demenzkranken Menschen, wobei insbesondere herausfordernde und aggressive Verhaltensweisen als besonders belastend von den Pflegefachpersonen eingeschätzt werden. Pflegende aus 15 stationären Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen wurden zu den Inhalten und der Anwendung der «Verstehenden Diagnostik» fortgebildet. Im Zusammenhang mit dem Endpunkt QoWorkL ist die Erhebung des Belastungserlebens der Pflegenden von Bedeutung. In der gut kontrollierten Interventionsstudie wurde vor (n = 106) und nach (n = 71) der Intervention (9 Monate) das Belastungserleben erfasst. Die Ergebnisse der Studie zeigen positive Effekte. Nach Einschätzung der AutorInnen bietet die Umsetzung der «Verstehenden Diagnostik den Pflegenden eine Möglichkeit, herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz zu begegnen und darüber hinaus besser zu verstehen und damit gar nicht mehr als herausfordernd zu erleben. Die gemessenen Effekte beziehen sich dabei auf die kombinierte Intervention des Assessment-Tools „IdA“ mit den strukturierten Fallbesprechungen. Nach Angaben der AutorInnen sank der Anteil der Pflegenden, denen die Zeit fehlt, um ihre Arbeit zu erledigen, um 18 Prozentpunkte, ebenso der Anteil derer, der unter Zeitdruck steht (Differenz 12 %-P.). Nach der Intervention steige sowohl der Anteil der Pflegenden, der mit der Betreuung und Pflege der BewohnerInnen mit Demenz als auch mit der allgemeinen Arbeitssituation zufrieden ist, um jeweils 12 Prozentpunkte. Die Qualität des Arbeitslebens wird zwar nicht als primärer Outcome-Parameter gemessen, jedoch sind das Erleben von Zeitdruck, Belastung im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen und die Arbeitszufriedenheit sicher als wesentliche Aspekte des Konstruktes QoWorkL zu sehen.

Nach der Evidence-Hierarchie von Evans (2003) kann die Studie auf der Stufe „fair“ eingeordnet werden. Das einfache Vorher-Nachher-Design ist gut kontrolliert und die Intervention ist eindeutig beschrieben. Die nicht randomisierte Gelegenheitsstichprobe und das nicht übereinstimmende Sample von t_0 zu t_1 schmälert jedoch die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse. Kausale Zusammenhänge sind nicht belegbar, jedoch gibt es deutliche Hinweise auf den Zusammenhang zwischen „Verstehender Diagnostik“ und erwünschten Effekten im Sinne des Endpunktes 3.

5.3.3 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Handlungsleitende Eigenschaften

rei eingeschlossenen Studien werden nun narrativ, inhaltlich zusammengefasst und im Hinblick auf die Forschungsfrage bewertet.

Berendonk C., Stanek S., Schönit M., Kaspar R., Bär M., Kruse A. (2011): Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. In: Z Gerontol Geriat 2011 • 44:13–18 44, S. 13–18.

Die Studie wurde bereits unter der Forschungsfragestellung 1 beschrieben und bewertet. Sie lieferte auch relevante Ergebnisse im Hinblick auf die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (health care need).

Die strukturierte Anamnese soll die gezielte Erfassung positive Emotionen fördernder Situationen ermöglichen. Daraus kann im DEMIAN II-Konzept eine Handlungsleitung generiert werden. Die Informationssammlung bezieht die Sichtweisen aller Betroffenen (BewohnerIn, Angehörige, Pflege- und Betreuungspersonen) gezielt ein und „anhand neu entwickelter strukturierter Leitfäden können Informationen gezielt ermittelt, daraus Maßnahmen abgeleitet und durchgeführt, sowie die Gestaltung während und nach der Durchführung evaluiert werden“ (Berendonk et al. 2011: 14-15). Dies erfordert intensive, auf das Individuum ausgerichtete Pflegearbeit. Die Anamnese bezieht die Vergangenheit, sowie die Gegenwart mit ein; ebenso die Beobachtung der BewohnerIn und die Pflegebeziehung (Berendonk et al. 2011: 16).

Ziel der Erfassung der Biographie ist die Ableitung einer Handlungsleitung, die das Wissen um die Lebensinhalte des Klienten in die alltäglichen Abläufe aufnimmt, „um individuell bedeutsame Alltagssituationen für Menschen mit Demenz zu erarbeiten und in den Arbeitsalltag zu integrieren und zu evaluieren“ (Berendonk et al. 2011: 16).

Die oben genannten Fallbesprechungen werden mit einem weiteren Bestandteil des DEMIAN-Konzepts strukturiert. „So können dann individuell bedeutsame Maßnahmen, die in den Pflegealltag integrierbar sind, abgeleitet werden“ (Berendonk et al. 2011: 17).

Eine Befragung der teilnehmenden Pflegefachpersonen bestätigte die Wirkung des Pflegeplanungstools auf der Handlungsebene (Berendonk et al. 2011: 17). Die Notwendigkeit einer Erweiterung des Konzepts um das Assessment negativer Aspekte (Situationen, die auch negative Emotionen auslösen können) und eines dazu passenden Handlungsleitfadens nennen die AutorInnen ebenfalls (Berendonk et al. 2011: 17).

Schlussfolgernd erklären Berendonk et al., dass Biographiearbeit mehr sein muss, als bloße Anamnese und Eruierung des Ist-Zustands. Sie muss ihren Niederschlag in den Maßnahmen finden (ebd. 2011: 17), sowie insgesamt in den Pflegeprozess integriert werden, was wiederum die Intention der strukturierten Anamnese, eine Handlungsorientierung zu geben, betont.

Das Konzept birgt Potenzial für den Endpunkt „health care need“, da eine Wirkung (Ergebnisse der Befragung der AnwenderInnen) auf die handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs hinsichtlich der Förderung positiver Emotionen nachgewiesen werden konnte.

Lüngen, Markus; Gerber, Andreas; Rupprecht, Christoph; Lauterbach, Karl W. (2008): Efficiency of computer-based documentation in long-term care -- preliminary project. In: Pflegezeitschrift 61 (6), S. 334–339.

Die Studie wurde bereits unter der Forschungsfragestellung 3 beschrieben und bewertet. Sie lieferte auch relevante Ergebnisse im Hinblick auf die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (health care need).

Laut den AutorInnen (Lüngen et al. 2008: 337) profitieren auch die BewohnerInnen von der Umstellung auf eine computergestützte Dokumentation: „Die Befragten gaben an, dass die aus der Pflegewissenschaft ableitbaren Prozesse besser zu Gunsten der Bewohner umgesetzt werden konnten. Unerwünschte Ereignisse konnten laut Befragung eher vermieden beziehungsweise ihnen besser entgegengewirkt werden."

Die Erkenntnisse wurden mittelbar durch die Befragungen ermittelt. Als Ergebnisse dieser Befragungen werden unter anderem eine gesteigerte Kohärenz im Pflegeprozess und regelgeleitete Evaluierung genannt. Bezüglich der zu untersuchenden Veränderungen in der Qualität wurde in der vorliegenden Studie eine als erhöht erkannte Relevanz der Pflegeplanung genannt, was eine sorgfältigere Durchführung der Pflegeplanung zur Folge hatte (ebd. 2008: 337).

Die Wirkung dieser Intervention (Umstellung auf computergestützte Pflegedokumentation mit mobilen Endgeräten) auf die Handlungsleitung, die aus diesem Bericht ersichtlich wird, scheint eine zunehmende Beschäftigung mit dem Pflegeprozess und mit dessen Integration in den pflegerischen Alltag zu sein, was zur handlungsleitenden Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs führen kann.

Müller-Staub, Maria; Lavin, Mary Ann; Needham, Ian; van Achterberg, Theo (2007): Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse – Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege 20 (6), S. 352–371

Die systematische Literaturübersicht liefert bis zum Jahr 2004 eine Übersicht der Wirkung von Pflegediagnostik auf die Qualität dokumentierter Assessments sowie über die Häufigkeit und Genauigkeit dokumentierter Diagnosen und ihrer Beziehung zu Pflegeinterventionen und Ergebnissen. Die methodische Qualität der Übersichtsarbeit konnte nach der Evidence-Hierarchie von Evans (2003) mit „excellent" beurteilt werden, sodass die Ergebnisse vor dem Hintergrund der wenigen relevanten Berichte besondere Beachtung finden sollten.

Von insgesamt n= 395 gelesenen Abstracts wurden 86 Volltexte in vollem Umfang gelesen und ausgewertet. 31 Studien erfüllten die Einschlusskriterien (MEDLINE/CINAHL 29, Cochrane 2). Über Handsuche wurden weitere fünf Studien, die die gleichen Einschlusskriterien erfüllten, hinzugefügt. Insgesamt entsprachen n= 36 Artikel den Einschlusskriterien dieser systematischen Literaturübersicht von Müller-Staub und KollegInnen.

Die regelgeleitete Inhaltsanalyse dieser 36 Berichte zeigt eine deutliche Evidence-Verdichtung hinsichtlich positiver Wirkungen auf eine handlungsleitende Erfassung (Assessment und Einschätzung) des Pflegezustandes auf. Einige recherchierte und ausgewertete Studien belegen Defizite hinsichtlich des diagnostischen Prozesses einschließlich des Dokumentierens von Zeichen/Symptomen und der Einflussfaktoren. Von den AutorInnen wird u.a. vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen mit der Einführung von Pflegediagnosen Schulungen zur Erhöhung der diagnostischen Genauigkeit empfohlen. Die Studien belegen, dass die Dokumentation von Diagnosebezeichnungen alleine nicht genügt, um die Bedarfslage und Bedürfnisse der Pflege-

bedürftigen zu erfassen. Mit Bezug auf Lunney (2001) konstatieren die AutorInnen, dass Fallstudien eine wirksame Methode zur Förderung diagnostischen Denkens bei Pflegenden seien. Die Belege für die Kohärenz zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und –ergebnissen (Müller-Staub 2007: 352) zeigen neben den vielen Belegen für die Qualität des Assessments auf, dass ein sorgfältig durchgeführter diagnostische Prozess Pflegediagnosen als Ergebnis liefert, die nachgewiesenermaßen handlungsleitend sind.

Die Ergebnisse der Wirkungen der Pflegediagnostik auf die Güte der Pflegeeinschätzungen sowie auf das Zusammenwirken beziehungsweise den Zusammenhang zwischen Diagnosen, Interventionen und Ergebnissen sind für den Endpunkt handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (health care need) vor dem Hintergrund der hohen Evidence-Stufe der Übersichtsarbeit von hoher Bedeutung.

Der Einschluss der Studie erfolgte unter dem Vorbehalt, dass sie in der (deutschsprachigen) Schweiz durchgeführt wurde, die Ergebnisse jedoch hochrelevant für die vorliegende Untersuchung sind, da im Rahmen des Reviews von Müller-Staub und KollegInnen in diversen elektronischen Datenbanken gesucht wurde, die sich nicht auf die Schweiz beschränken. Auch die Suchbegriffe weisen nicht darauf hin, dass eine Übertragung der Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse nicht durchführbar wäre. Das heißt die Suche könnte in genau dieser Form in Deutschland durchgeführt werden. Des Weiteren wurden Primärquellen sowie deutschsprachige Literatur in die Untersuchung miteinbezogen. Aber es muss hinzugefügt werden, dass die Handsuche, die Müller-Staub in den Bibliotheken des Weiterbildungszentrums für Gesundheitsberufe in Aarau und am Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege in Zürich durchführte, in Institutionen stattfand, die in der Schweiz angesiedelt sind (Müller-Staub et al. 2007: 355-356).

Bei den Ergebnissen wurden vier Kategorien unterschieden:

1. „Auswirkungen der Pflegediagnostik auf die Qualität der dokumentierten Patientenassessments

2. Häufigkeit der Dokumentation von Pflegediagnosen

3. Genauigkeit dokumentierter Pflegediagnosen und die Aufnahme von Zeichen/Symptomen und Einflussfaktoren

4. Kohärenz zwischen dokumentierten Pflegediagnosen und –interventionen sowie deren Auswirkungen auf die Pflegeergebnisse“ (Müller-Staub et al. 2007: 357)

Im Folgenden wird auf die Punkte 1. und 2. speziell einzugehen sein, da sie relevante Ergebnisse für die zu bearbeitende Fragestellung nach den Auswirkungen des Pflegedokumentationssystems oder einzelner Bestandteile beziehungsweise Tools auf die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs enthalten.

Zur ersten Kategorie wurden durchweg positive Wirkungen der Pflegediagnostik auf die Qualität der dokumentierten Patientenassessments gefunden. 14 Studien konnten hierbei ausgewertet werden (Müller-Staub et al. 2007: 357). „Alle überprüften Studien zeigten nach dem

Implementieren von Pflegediagnosen qualitative Verbesserungen der dokumentierten Pflegediagnosen“ (Müller-Staub et al. 2007: 368).

Zur vierten Kategorie konnten acht Studien in die Auswertung eingeschlossen werden. Die Ergebnisse in dieser Kategorie müssen differenziert betrachtet werden, so nennen zwei eingeschlossene Studien als Ergebnis einen Nachweis zur verbesserten Dokumentation, keinen belegbaren Hinweis aber zu signifikanten Verbesserung der Pflegeergebnisse (Currel und Urquhart 2003; Daly, Buckwalter und Maas 2002) (Müller-Staub et al. 2007: 368). Folgenden Schluss ziehen die AutorInnen in dieser Kategorie (2007: 369):

1. „Die Pflegedokumentation verbesserte sich in allen Studien innerhalb dieser Kategorie.
2. Signifikante Verbesserungen in tatsächlichen pflegeabhängigen Patientenergebnissen fanden sich in zwei Studien.
3. In zwei von vier Studien war unklar, ob sich tatsächlich die Patientenergebnisse verbesserten oder ob die Verbesserung auf die Dokumentation begrenzt war.“

Diese Ergebnisse sind hochrelevant für die zu bearbeitende Fragestellung: Wie wirken das Pflegedokumentationssystem oder einzelne Bestandteile beziehungsweise Tools auf die Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs.

5.3.4 Beschreibung der eingeschlossenen Studien – Interdisziplinäre Kommunikation

Die zwei Studien werden nun nachfolgend narrativ, inhaltlich zusammengefasst und im Hinblick auf die Forschungsfrage bewertet. Die kritische Würdigung und Bewertung der Studien erfolgte bereits unter den zuvor beschriebenen Fragestellungen 1 und 3.

Berendonk C., Stanek S., Schönit M., Kaspar R., Bär M., Kruse A. (2011): Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. In: Z Gerontol Geriat 2011, 44: 13–18 44, S. 13–18.

Die Studie wurde bereits unter der Forschungsfragestellung 1 beschrieben und bewertet. Sie lieferte auch relevante Ergebnisse im Hinblick auf die interdisziplinäre Kommunikation und die Kommunikation mit den Angehörigen (Endpunkt „communication“).

Im Rahmen des DEMIAN-Konzeptes (Demenzkranke Menschen in Individuell bedeutsamen AlltagssituationeN) ist die Biographiearbeit ein wichtiger Aspekt, der die Kommunikation mit und über demenzkranke Menschen fördert und diese dadurch in den Pflegeprozess miteinbezieht. Deshalb sind „Kommunikation und Interaktion […] Grundlagen für eine gute Beziehung und personzentrierte Pflege“ (Berendonk et al. 2011: 13).

Die dafür notwendige intensive Zusammenarbeit mit den Angehörigen wirkt in positiver Weise auf die Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und ebenjenen Angehörigen, die in

diesem Zusammenhang als Fachpersonen auftreten und dadurch auch Akzeptanz erfahren (Berendonk et al. 2011: 16).

Eine für das Konzept erarbeitete Strukturierung für Fallbesprechungen (mündlich oder schriftlich) unterstützt hierbei zusätzlich die interdisziplinäre Kommunikation aller am Betreuungsprozess Beteiligter (Berendonk et al. 2011: 17).

In den beiden Interventionsstudien (2004 und 2010) konnte nachgewiesen werden, dass die Einbeziehung der Angehörigen nachweislich zu einer Beziehungsverbesserung zwischen Angehörigen und dem interdisziplinären Team führte und somit eine positive Wirksamkeit des Tools „DEMIAN-Pflegekonzept" bzw. dieser speziellen Form der Biographiearbeit auf die Kommunikation mit den Angehörigen bezüglich versorgungsrelevanter Aspekte besteht (Berendonk et al. 2011: 17).

Das Konzept birgt Potenzial für den Endpunkt „health care information exchange bzw. communication". Positive Effekte auf die Kommunikation konnten nachgewiesen werden. Interessant ist hier, dass auch Fallbesprechungen integriert werden. Eine Kombination von Fallbesprechungen mit Assessment-Tools, wie das „Innovative demenzorientierte Assessmentsystem (IdA)" erfolgt auch in der Studie von Holle et al. (2011).

Kreidenweis, Helmut (2009): Nützliche Technik : Titelthema Pflegedokumentation. In: Altenpflege : Vorsprung durch Wissen. - Hannover : Vincentz 34 (5), S. 29–31.

Die Studie wurde bereits unter der Forschungsfragestellung 3 beschrieben und lieferte auch relevante Ergebnisse im Hinblick auf die interdisziplinäre Kommunikation und die Kommunikation mit den Angehörigen (Endpunkt „communication").

Die Befragung der MitarbeiterInnen brachte als Ergebnis keine klare Einschätzung des Aufwandes bei der Arztvisite vor und nach Einführung des „sic-pflegeassistenten". 41% sehen weniger, 27% mehr Aufwand. Dies kann als ein mittelbarer Hinweis auf die Wirkung der EDV-Unterstützung bezüglich interdisziplinärer Kommunikation gewertet werden. „An diesem Punkt dürfte mit ausschlaggebend sein, inwieweit sich die Ärzte selbst in die IT-gestützte Dokumentation einbringen" (Kreidenweis 2008: 24-25). Ca. 50 % sahen eine Verbesserung des Zugangs „externer Fachkräfte (Ärzte, Therapeuten)" zu Bewohnerinformationen und 50 % sahen keine Veränderung (Kreidenweis 2008: 28). 24 Personen der 44 Befragten gaben an, dass die externen Fachkräfte den Zugang nutzen, 18 Personen sagen „teils/teils" und zwei sagen „nein".

Bei der Dokumentationsanalyse wurde als Ergebnis genannt, dass „in der elektronischen Dokumentation keine Hinweise auf abgelegte Arztbriefe erkennbar" war (Kreidenweis 2008: 46).

Die Befragung der externen Fachkräfte schließt n= 12 Fragebögen ein (vier ÄrztInnen, fünf PhysiotherapeutInnen und drei ErgotherapeutInnen). Drei Personen gaben an, die Einführung des „sic-pflegeassistenten" nicht bemerkt zu haben, aber genutzt wird er von elf Personen. Sechs StudienteilnehmerInnen sagen, dass sich „Ihre Informiertheit über den aktuellen Infor-

mationsstand der von ihnen betreuten Bewohner“ verbessert hat, vier sagen „nicht verändert“ und eine Person sagt „stark verringert“ (Kreidenweis 2008: 51-53). Als Handlungsempfehlung nennt der Autor die Einbeziehung der externen Fachkräfte in die elektronische Dokumentation (Kreidenweis 2008: 60).

Diese Ergebnisse können erste Hinweise für die Effekte, die das EDV-gestützte Dokumentationssystem mit mobilen Endgeräten auf die interdisziplinäre Kommunikation bezüglich versorgungsrelevanter Aspekte haben kann. Die interdisziplinäre Kommunikation wurde in dieser Studie nicht als primärer Outcome-Parameter untersucht, jedoch besteht die Möglichkeit, die Ergebnisse durchaus dahingehend zu interpretieren. Jedenfalls erfasst der qualitative Ansatz die Wahrnehmung wichtiger AkteurInnen im Betreuungsteam bzgl. Verbesserung der Kommunikation im Zusammenhang mit einem EDV-gestützten Dokumentationssystem und kann als modellhaftes Studiendesign für breiter angelegte Studien mit ähnlicher Untersuchungsabsicht gelten. Die Hinweise deuten auf eine verbesserte Kommunikation durch EDV-Unterstützung in der Pflegedokumentation hin. Verbesserungsmöglichkeiten konnten aufgrund der offenen Fragestellung mit inhaltsanalytischer Auswertung konkret ermittelt werden, was die Stärke eines qualitativen Forschungsansatzes belegt.

Diese Studie von Kreidenweis mit multimethodischem Ansatz und Schwerpunkt auf einer qualitativen Herangehensweise zeigt deutlich die Stärken, aber auch die Begrenzungen von Studien mit geringer Fallzahl und fehlender Randomisierung und Kontrolle. Im nächsten Schritt werden die handlungsleitenden Empfehlungen für das Dokumentationsmindestmaß aus pflegepraktischer Sicht entwickelt.

5.4 Ergebnisdiskussion und Forschungsdesiderate

Die Ausgangshypothese, dass durch die Einführung der Pflegeversicherung 1995 wirksame Pflegedokumentationssysteme verdrängt wurden und die zur Ausweitung des Zeitraumes der systematischen Recherche geführt hat, konnte insofern nicht bestätigt werden, da keine der eingeschlossenen Studien vor 1995 durchgeführt wurden. Bei den älteren Veröffentlichungen ist zudem aufgefallen, dass die methodische Qualität meist nicht ausreichend war und kaum „qualitative“ Studien zur Erfassung des Erlebens der AnwenderInnen und BewohnerInnnen zu finden waren. Hingegen konnte insbesondere in den Studien nach dem Jahr 2000 und insbesondere durch die Forschungsförderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) der Leuchtturmprojekte Demenz ein Innovationsschub festgestellt werden, der sich in den eingeschlossenen Studien zeigt. Belege sehr guter methodischer Qualität lieferten auch die Arbeiten von Müller-Staub und KollegInnen zur Wirksamkeit der NANDA-Pflegediagnostik im Rahmen von Pflegedokumentationssystemen. Die Recherche zeigt einen kontinuierlichen Aufbau von Evidence seit Anfang 2000 hinsichtlich positiver Wirksamkeitsnachweise in Bezug auf die untersuchten Endpunkte für die Pflegediagnostik nach der NANDA-Struktur.

Die Aussage von Urquhart et al. über einen Mangel an Studien, die den Wirkzusammenhang zwischen Pflegedokumentation und interprofessioneller Kommunikation untersuchen

(Urquhart et al. 2009: 3), konnte in der vorliegenden Studie bestätigt und sogar erweitert werden. Auch Untersuchungen zur Wirkungsweise des Pflegedokumentationssystems beziehungsweise Tools auf die Kommunikation mit den Angehörigen bezüglich versorgungsrelevanter Aspekte sind auf nationaler Ebene mit der angewandten Suchstrategie kaum zu ermitteln.

Wie schon Bartholomeyczik (ebd. 2003: 310f.) ein standardisiertes Instrument zur Erhebung des Pflegebedarfs fordert, sehen auch die AutorInnen Forschungsnotwendigkeit in diese Richtung. Neue Instrumente beziehungsweise Tools benötigen eine theoretische und methodische Fundierung, sowie iterative Überprüfungs- und Anpassungszyklen. Bartholomeyczik (2003:. 311) sieht in einem fundierten standardisierten Instrument Möglichkeiten der besseren Vergleichbarkeit beispielsweise der Krankheitsverläufe, Möglichkeiten zur verbesserten Überleitung, Möglichkeiten bei der EDV-Unterstützung etc. Potenzial sieht sie auch bei der für diese Arbeit wichtigen Outcome-Messung.

Lüngen und KollegInnen (2008) empfehlen in ihrer Untersuchung „weitere Studien mit höheren Fallzahlen und Studienzentren durchzuführen“ (ebd. 2008: 334). Dieser Empfehlung kann gefolgt werden, da einige Limitationen in ihrer Studie bestehen. Eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung, die die Sichtweise der BewohnerInnen miteinbezieht, könnte es erlauben, weitere Empfehlungen auszusprechen, beziehungsweise die Ergebnisse von Lüngen et al. zu bestätigen oder auch zu widerlegen. Des Weiteren ist zwischen verschiedenen computergestützten Systemen zu unterscheiden: Dezentralisierte (wie im vorliegenden Fall mittels Handhelds) oder zentralisierte Systeme im Stationszimmer oder mobile PC-Einheiten etc. Die Möglichkeiten sind recht vielfältig und erfordern eingehende Untersuchungen. Lüngen et al. (ebd. 2008: 339) sehen die Problematik der Übertragbarkeit von Ergebnissen von Studien, die in anderen Settings (zum Beispiel Krankenhaus) durchgeführt wurden, da in einem Pflegeheim unter Umständen eigene „Spielregeln“ gelten. Dieser Umstand macht Studien erforderlich, die eine Unterscheidung zwischen Settings treffen und sich dieser Diskrepanz bewusst sind. Interessant ist die Dokumentation mittels EDV-Software auch für pflegewissenschaftliche Überlegungen. Lüngen et al. gehen in ihrem Bericht von positiven Aspekten für die Datenlage, die Auswertungsmöglichkeiten, etc. aus (ebd. 2008: 339). Dabei sind jedoch auch rechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Lüngen empfehlen weiter bei der Effizienzbeurteilung EDV-gestützter Systeme u.a. den Aufwand für die Anschaffung und die Wartung bzw. Pflege des Systems und die Schulung der AnwenderInnen zu berücksichtigen.

In der Studie von Holle und KollgeInnen wird auf den Zusammenhang zwischen den positiven, interpersonalen Wechselwirkungen (Angehörige, Mitarbeiter, Team) und einer gesteigerten „Quality of Worklife“ hingewiesen: „Mangelnde Reflexionsmöglichkeit und schlechte Beziehungen im Team können belastungsfördernd sein“ (Holle et al. 2011: 305). Die Fallbesprechungen bilden ein zentrales Element des Konzepts der „Verstehenden Diagnostik“ und werden durch den IdA-Leitfaden strukturiert. Mit Hilfe dieses Vorgehens sollen Vorschläge erarbeitet werden, wie das weitere Prozedere im Umgang mit herausforderndem Verhalten sein soll.

„Die Fallbesprechungen sollten möglichst interdisziplinär unter anderem unter Teilnahme der betreuenden Allgemeinmediziner und der Angehörigen/Betreuer der Bewohner stattfinden“ (Holle et al. 2011: 306). Dadurch soll das Ergebnis auf eine breite, interdisziplinäre Basis ge-

stellt werden. Jedoch nahmen während der Projektphase keine Allgemeinmediziner an den Fallbesprechungen teil und Angehörige nur an zwei Fallbesprechungen (Holle et al. 2011: 309). Es werden keine Aussagen zu den Wirkungen des Konzepts der „Verstehenden Diagnostik“ auf die interdisziplinäre Kommunikation beziehungsweise die Kommunikation mit Angehörigen gemacht. Interessant wäre aber genau dies zu untersuchen: Wie wirkt die „verstehende Diagnostik“ auf die Kommunikation zwischen den Disziplinen und zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen?

Verstehende Diagnostik zeigt jedoch schon in den ersten Untersuchungen das Potenzial mehrfach erwünschter Wirkungen: Entlastung der Pflegefachpersonen, des Betreuungsteams und verstehende, Person fördernde Handlungskompetenz gegenüber der BewohnerIn, die ggf. auch zur Entlastung und Förderung der Lebensqualität der BewohnerIn beiträgt.

Im Zusammenhang mit dem Endpunkt health care need verweisen Holle et al. auf die „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt wurden (2007). Dabei wird die „Verstehende Diagnostik“ als Grundlage für pflegerische Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Verhalten der an Demenz Erkrankten genannt, welchem die Pflegefachpersonen im Praxisalltag begegnen müssen (Holle et al. 2011: 304).

In dieser Untersuchung zeigt sich die „Verstehende Diagnostik“ in Form einer „Fallbesprechung unter der Anwendung eines strukturierten Assessments“ (Holle et al. 2011: 306). Durch die Interdisziplinären Fallbesprechungen unter Hinzuziehung der Angehörigen soll nach dem Perrar-Konzept (2005) zunächst das Problem zerlegt, Wissen gesammelt, eigene Gedanken reflektiert und dann Strategien zur Lösung erarbeitet werden. Das integrierte Assessment-Instrument „IdA“ wurde dabei strukturgebend eingesetzt (Holle et al. 2011: 306).

Zur handlungsleitenden Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs scheint diese Methode geeignet. Jedoch wird in dieser Untersuchung als primärer Outcome-Parameter das Belastungserleben der Pflegenden erhoben. Eine Wirkungsuntersuchung zwischen dem Pflegedokumentationssystem oder einzelnen Bestandteilen beziehungsweise Tools auf die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs wäre in diesem Fall interessant. Zu überlegen ist jedoch, ob das Assessmentinstrument „IdA“ getrennt von der Fallbesprechung zu untersuchen ist beziehungsweise, ob eine separate Untersuchung möglich oder überhaupt sinnvoll ist. Weiter sollte die Lebensqualität der BewohnerInnen als primärer Outcome-Parameter untersucht werden. Als Goldstandard sind dabei Erhebungsinstrumente einzusetzen, die die Erhebung primärer Daten (Selbsteinschätzung der BewohnerInnen ihrer individuellen Lebensqualität) ohne starre Vorgabe der Lebensqualitätskategorien (die höchst individuell sind) ermöglichen (vgl. Herold-Majumdar & Behrens 2012).

Die Studie von Köhlen und Friedemann zur „Überprüfung eines Familien-Assessment-Instruments auf der Grundlage der Theorie des systemischen Gleichgewichts“ von 2006 konnte in die Auswertung nicht eingeschlossen werden, birgt jedoch Potenzial zur Anwendung in der stationären Altenhilfe. Das Assessment Instrument zur Einschätzung der Wirksamkeit familiärer Strategien (Assessment of Strategies in Families-Effectiveness; ASF-E) bietet die Möglichkeit, der BewohnerIn unter Einbeziehung der ganzen Familiensituation die notwendigen Inter-

ventionen zukommen zu lassen, nachdem eine Einschätzung stattgefunden hatte. Durch die Einbindung der Familie kann sich die Kommunikation mit den Angehörigen verbessern. „Außerdem ist damit zu rechnen, dass die Akzeptanz von bzw. die Offenheit für familienorientierte Interventionen dadurch höher ist“ (Köhlen und Friedemann 2006: 24). Insbesondere in der Langzeitpflege stellt die Familie oder das nähere soziale Netz der BewohnerIn ein wichtiges Unterstützungssystem dar und ist zugleich unmittelbar von der Institutionalisierung und Pflegebedürftigkeit betroffen. Die Pflegediagnostik berücksichtigt diesen Umstand systematisch, indem sich Diagnosen auf die Familie insgesamt beziehen können und Rollenfunktionen sowie familiäre Bewältigungsreaktionen eingeschätzt werden (vgl. NANDA 2013). Nach Köhlen und Friedemann kann mit Hilfe des ASF-E der Bedarf einer Intervention eingeschätzt und in der iterativen Anwendung des Assessment-Instruments die Wirkung jeweiliger Interventionen nachvollzogen werden (ebd. 2006: 31). Um den Wert dieses Tools für die Pflege im stationären Altenhilfebereich abschätzen zu können, ist eine genaue Untersuchung in diesem Setting notwendig und könnte somit, bei positivem Wirknachweis, der Familienorientierung, der Kommunikation mit Angehörigen und letztendlich der BewohnerIn zu Gute kommen und der Forschung im Familienbereich förderlich sein. „Des Weiteren kann unter Einbeziehung des Instruments erforscht werden, ob und unter welchen Bedingungen Familiengesundheit zur Genesung von Patienten beiträgt“ (Köhlen und Friedemann 2006: 31).

Die Ergebnisse der Studie von Müller-Staub und KollegInnen weisen hohe Relevanz für die Fragestellung auf. „Pflegediagnostik erhöht die Qualität der dokumentierten Pflegeassessments“ (Müller-Staub et al. 2007: 368). Durch die qualitative Verbesserung professioneller Patienteneinschätzung unter „Integration des Patienten“ (ebd. 2007: 354) ist ein adäquateres intervenieren möglich, denn nur wenn das Assessment, die Pflegediagnose genau ist, können die auf dieser Basis geplanten Maßnahmen/Interventionen passgenau auf die KlientInnen zugeschnitten werden, um so die Pflegeergebnisse zu optimieren (ebd. 2007:370). Jedoch betonen die AutorInnen (ebd. 2007: 368) die Problematik, allgemeingültige Aussagen aus dieser Studie zu treffen, da die eingeschlossenen Studien verschiedenartige Designs aufwiesen und so ein genauer Vergleich nicht möglich war. „Da jedoch all diese Studien in eine Richtung weisen, lässt sich argumentieren, dass die aus einer Vielfalt an Designs abgeleiteten, durchgängig positiven Resultate die Validität dieser Ergebnisse unterstützen“ (ebd. 2007: 368).

Die nicht ganz eindeutigen Ergebnisse der Kategorie 4 weisen auf einen Forschungsbedarf hinsichtlich Auswirkungen auf Pflegeergebnisse hin. Insgesamt lässt sich sagen, dass Pflegediagnostik, basierend auf einheitlichen Taxonomien, Potenzial für die handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs birgt. Jedoch besteht noch Bedarf an weiteren methodisch hochwertigen Untersuchungen, zum Beispiel RCTs mit Kontrollgruppe.

Im Zusammenhang mit den, in dieser Arbeit untersuchten Fragestellungen weist der Projektbericht von Kreidenweis (2009) vor allem relevante Ergebnisse zum Endpunkt „health care need“ auf, jedoch handelt es sich dabei um sehr vage Hinweise, die einer eingehenderen Untersuchung bedürfen. Eine Erwähnung der Aspekte ist an dieser Stelle dennoch notwendig.

Die Befragung der MitarbeiterInnen weist mittelbar auf eine Zeitersparnis bei der Information über die BewohnerIn im Verhältnis zur papiergestützten Dokumentation hin (ebd. 2009: 25).

Das könnte ein Wirkungshinweis auf die schnellere Erfassung des Zustandes der BewohnerInnen sein, nach Umstellung auf ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem mit mobilen Endgeräten. Ebenso ist die Beantwortung der Frage nach dem Informierungsgrad „über aktuelle Vorkommnisse bei Bewohnern“ mit einer positiven Entwicklung seit Einführung des „sic-pflegeassistenten“ verbunden (ebd. 2009: 27). Ca. 66% sahen eine (starke) Verbesserung, elf Personen „keine Veränderung“ und drei Personen eine „leichte Verschlechterung“. Auch die Frage nach dem Informierungsgrad externer Fachkräfte beantworteten die Mitarbeiter mit positiven Tendenzen (fünf Personen sagen „stark verbessert“, 17 sagen „verbessert“ und 21 sahen keine Veränderung) (Kreidenweis 2009: 28). Die Tatsache, dass alle Befragten angaben, dass sie ihre Pflegetätigkeiten gut/ sehr gut dokumentieren konnten (ebd. 2009: 30), kann ein Hinweis auf die Handlungsleitung sein, die sich aus der guten/sehr guten Dokumentation ergibt. Ist die Dokumentation passgenau, können adäquatere Interventionen daraus abgeleitet werden. Die Pflegedokumentationsanalyse weist eine konsistente Dokumentation nach Einführung des „sic-pflegeassistenten“ auf. „Den chronologisch und formal inkonsistenten manuellen Akten steht eine weitgehend durch die Strukturen der Software vorgegeben, in sich konsistente Dokumentation gegenüber“ (Kreidenweis 2009: 47). Die Eintragsqualität nahm zu (Ausnahmen Bewohner-Biographie und Befunde des ärztlichen Personals), ebenso wie die Reproduktion des Pflegeprozesses (v.a. Ist-Standerfassung) (Kreidenweis 2009: 47). Die Befragung der externen Mitarbeiter ergab bezüglich der eigenen „Informiertheit über den aktuellen Dokumentationsstand der von Ihnen betreuten Bewohner“ (ebd. 2009: 53) folgendes Bild: Sechs Personen sahen sich besser informiert, bei vieren blieb der Informierungsgrad unverändert und eine Person sah ihn stark verringert.

Die Einschätzung der externen Fachleute bezüglich des Informierungsgrades der Mitarbeiter unterscheidet sich von deren Einschätzung bezüglich ihrer eigenen Informiertheit. Die Verteilung erfolgt recht gleichmäßig: sieben sehen keine Veränderung, zwei verbesserte und zwei verringerte Informiertheit der Mitarbeiter und eine Person sah eine starke Verringerung des Informierungsgrades. Dies entspricht nicht der Einschätzung der Befragten Mitarbeiter bezüglich ihrer eigenen Informiertheit (ebd. 2009: 54).

Diese Ergebnisse geben Hinweise auf den Einfluss, den das computergestützte Pflegedokumentationssystem auf die Informiertheit der Mitarbeiter und die Qualität der Pflegedokumentation ausübt. Es erfolgte jedoch keine explizite Untersuchung des Outcome-Parameters „health care need“. Um genauere Aussagen zu diesem Punkt zu machen, sind tiefergehende Untersuchungen notwendig. Überlegenswert wäre auch eine Zusammenführung verschiedener Untersuchungen, die sich mit EDV-Unterstützung in der Pflegedokumentation auseinandersetzen. Insgesamt schwierig zu beurteilen ist die Einschätzung der Pflegequalität und der von der BewohnerIn wahrgenommenen Qualität, die nur mittelbar gemessen wurde.

Jordan et al. (2014) untersuchten die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit der interdisziplinären Zusammenarbeit in 39 vollstationären Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg, die an dem sogenannten careplus-Programm teilnahmen. Careplus ist ein Bespiel „Integrierter Versorgung“. „Der Begriff 'Integrierte Versorgung' wird als eine Organisationsform verstanden, welche auf die Überwindung von Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer bzw. ärztlicher und fachärztlicher Versorgung abzielt“ (Jordan et al. 2014: 31). Dabei wird die Do-

kumentation von den Pflegekräften übernommen „inklusive der medizinischen und therapeutischen Versorgung (Regelkreis), sodass jede Berufsgruppe über die aktuelle Versorgung der Bewohner informiert ist“ Jordan et al. 2014: 32). Somit ist die Pflege dafür zuständig den Informierungsgrad der an der Bewohnerversorgung beteiligten Professionen hoch zu halten. Ca. die Hälfte der befragten BewohnerInnen sagten die interprofessionelle Zusammenarbeit sei gut/sehr gut. Da nicht explizit die Wirkung des Dokumentationssytems auf die interprofessionelle Kommunikation untersucht wurde, konnte die Studie nicht in die Auswertung eingeschlossen werden. Dennoch ist die Integrierte Versorgung unter dokumentatorischer Federführung der Pflege ein Konzept, das in Bezug zu den hier behandelten Endpunkten bezüglich Wirkungszusammenhängen in Form tiefer gehender Untersuchungen weiter zu verfolgen ist. „Eine umfassende und allen zugängliche Dokumentation ist unerlässlich, um eine optimal auf die Bedürfnisse der Bewohners abgestimmte Versorgung zu gewährleisten“ (Jordan et al. 2014: 37).

Die systematische Suchstrategie für den Endpunkt „Teilhabe der BewohnerIn“ führte zu keiner relevanten, einschlussfähigen Studie. Angesichts der bei der Entwicklung der Fragestellung 2 angeführten Bedeutung dieses Aspekts im Zusammenhang des institutionalisierten Wohnens und Lebens bei dauernder Pflegebedürftigkeit ein kritischer Befund, den es durch eine entsprechende Ausrichtung und Förderung der Forschung zu beheben gilt.

Interessant wäre insgesamt für alle Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Pflegedokumentationssystem der Entwurf einer Forschungsagenda für die gerontologische Langzeitpflege nach schweizerischem Vorbild, das wiederum auf der nationalen Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN) aufbaut. Imhof et al. haben in ihrer Forschungsarbeit 21 Themen für die gerontologische Pflegeforschung identifiziert, darunter auch „Studien zur Entwicklung von zuverlässigen Einschätzungsinstrumenten, die über die Pflegequalität in Pflegeheimen und im ambulanten, gemeindenahen Bereich (zu Hause) Auskunft geben“ (Imhof et al. 2008: 439f.). In eine mögliche deutsche Forschungsagenda könnten ebenso auch die Wirkzusammenhänge der Pflegedokumentation mit potentiell relevanten Outcome-Faktoren als Forschungspriorität aufgenommen werden. Dabei sind die Spezifika der stationären Langzeitpflege von Menschen im fortgeschrittenen Alter zu berücksichtigen. Lüngen und KollegInnen (2008) empfehlen dazu speziell auf die Situation der Institutionen der stationären Altenhilfe einzugehen, da diese anderen „Spielregeln“ unterliegen als zum Beispiel Krankenhäuser. Dieser Umstand sollte berücksichtigt werden, da unter veränderten Bedingungen auch andere Wirkungsweisen entstehen können. Nachfolgend werden erste Ansatzpunkte für eine solche Agenda entwickelt.

5.4.1 Ansatzpunkte für eine Forschungsagenda “Wissensbasierte Pflegedokumentationssysteme als Unterstützung für das Arbeitsbündnis in der Langzeitpflege Älterer”

Häufig liegt der Entbürokratisierungsdiskussion zum Thema Pflegedokumentation die unausgesprochene, implizite Annahme zu Grunde, dass die Tätigkeiten im Rahmen des Dokumentationssystems weniger Wert bzw. wertschöpfend sind, als die der BewohnerIn unmittelbar zugewandten Handlungen (Blair & Smith 2012: 163). Mit Bezug auf Pelletier et al. 2005 stellen Blair und Smith jedoch fest, dass gerade bei immer knapper werdenden Ressourcen, bei z.T. rasanter technologischer Entwicklung und bei zunehmender Spezialisierung der Pflege der Bedarf an einem effizienten Planungs- und Dokumentationssystem steigt (ebd. S. 163). Das vorliegende

systematische Review belegt ebenfalls einen hohen Forschungsbedarf hinsichtlich Wirksamkeitsnachweise für die Effizienz der Systeme, wobei ausdrücklich auf den in dieser Arbeit zu Grunde gelegten erweiterten Effizienz- und Effektivitätsbegriff hingewiesen wird. Diejenigen Forschungsansätze, die bereits unter aufwändigem Einsatz einer Methodenvielfalt erste Nachweise erwünschter und vor allem auch unerwünschter Wirkungen von Pflegedokumentationssystemen und einzelnen Tools führen, müssen gewürdigt und als wichtige Ausgangsbasis für weiterführende Forschung betrachtet werden. Deshalb soll nachfolgend noch einmal kurz zusammengefasst werden, wie der Forschungsstand in Deutschland auf Basis dieser Übersichtsarbeit eingeschätzt wird.

Die sich andeutende Evidence-Verdichtung in Deutschland in Bezug auf einzelne, bereits gut untersuchte Pflegedokumentationssysteme und Tools bzw. Programme ist als konkreter Ansatzpunkt für eine Evidence-basierte Pflege zu sehen. Nachfolgende Pflegedokumentationstools und Systeme sind weiter hinsichtlich Wirksamkeit auf relevante und erwünschte Wirkungen zu untersuchen, wobei aus pflegepraktischer Sicht die Wirkungsweisen auf die Lebenspraxis sowohl der BewohnerInnen als auch der AnwenderInnen dieser Systeme in den Fokus zu nehmen sind.

- Verstehende Diagnostik in Kombination mit Fallbesprechungen (deutliche Anzeichen sich verdichtender Evidence mit Studien hoher methodischer Qualität)
- Pflegediagnostik nach NANDA-I (deutliche Anzeichen sich verdichtender Evidence mit Studien hoher methodischer Qualität)
- EDV-gestützte Dokumentationssysteme mit mobilen Endgeräten (erste, noch schwache Belege, jedoch methodisch wertvolle Studien mit Einbeziehung der AnwenderInnen- und BewohnerInnenperspektive)

Dokumentationssysteme aus anderen Branchen haben durchaus Potenziale für die Langzeitpflege. Systematische Recherchen und möglichst Metaanalysen sind deshalb branchenübergreifend durchzuführen, was bei der Auswahl der Datenquellen zu beachten ist (z.B. Einschluss von wissenschaftlichen Datenbanken der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften).

Die gezielte Suche nach Best-practice-Modellen, also Dokumentationssystemen und Tools, die sich auch in anderen Branchen und Ländern bewährt haben, muss einer Implementierungsforschung vorausgehen. Blair und Smith konstatieren bei ihrer Untersuchung zu Rahmenbedingungen und Hemmnissen einer effektiven Pflegedokumentation, dass das Thema nicht nur national sondern auch international für die Pflege von hoher Relevanz ist. Auch wenn die gesetzlichen und gesundheitssystemischen Rahmenbedingungen sich von Land zu Land unterscheiden, so ist der Gehalt des pflegerischen Handelns dennoch vergleichbar. Deutschland sollte sich vor Best-practice-Beispielen aus dem Ausland nicht verschließen, sondern von gelungenen Lösungen lernen. Dabei ist sicherlich eine reflektierte und wissenschaftlich begleitete Übertragung von Technologien notwendig, die in anderen Ländern und Branchen nachgewiesen „gut funktionieren“.

„The quality of nursing documentation is an important issue for nurses both nationally and internationally" (Blair & Smith 2012: 160).

Die hohen methodischen Anforderungen an Wirksamkeitsnachweise bzgl. Pflegedokumentationssystemen und ein transformativ-emanzipatorisches Paradigma mit entsprechender AnwenderInnen- und Nutzerinnenorientierung erfordern die Einbeziehung multimethodischer Ansätze. Dabei sind geeignete Modelle für die Evidence-Hierarchie zu wählen.

Bei derartigen Wirksamkeitsnachweisen handelt es sich in der Regel um Programmevaluation, d.h. die Wirkung mehrerer Interventionen (z.B. Assessmenttool in Kombination mit Schulung und Fallbesprechung) soll nachgewiesen werden. Diese komplexen Wirksamkeitsnachweise sind darüber hinaus im „natürlichen" Arbeits- und Lebensumfeld zu führen, was das Problem der Kontrolle von Einflussfaktoren aufwirft. Die Sensitivität, d.h. Rückführung erwünschter Wirkungen auf das zu untersuchende Pflegedokumentationssystem oder einzelne Tools stellt ebenfalls eine hohe Anforderung dar, was z.B. in dem Vorher-Nachher-Untersuchungsdesign von Kreidenweis (2009) eindrücklich beschrieben und versucht wird, zu kontrollieren. Eine anwenderorientierte Forschung setzt Ex-ante-Untersuchungen (z.B. Einbeziehung der AnwenderInnen bereits bei der Entwicklung von Pflegedokumentationssystemen) voraus, die mit dem Risiko eines hohen Personalaufwands bei ungewisser Wirksamkeit behaftet sind. Wie das ReduDok-Projekt (vgl. KVR o.J.) zeigt, kommt ein zumindest subjektiv durch den Träger von Altenpflegeeinrichtungen wahrgenommenes, hohes Risiko mangelnder Erfüllung gesetzlicher und aufsichtsbehördlicher Anforderungen hinzu, was viele Einrichtungsleitungen davon abhält, neue Technologien auszuprobieren und einzuführen. Häufig können erst durch die Begleitung solcher Projekte durch autorisierte VertreterInnen der Kontroll- und Aufsichtsbehörden neue Wege in der Pflegedokumentation beschritten werden. Die nachzuweisenden erwünschten Wirkungen stellen häufig komplexe und weiche Faktoren (z.B. Lebensqualität) dar, die meist nur mit hohem Aufwand zuverlässig zu erheben sind. ForscherInnen benötigen dazu methodisches Wissen und müssen Erhebungs-Instrumente an das Setting anpassen (McGillis Hall et al. 2006: 4), was wiederum psychometrische Probleme aufwirft. Dennoch steht die stationäre Altenpflege vor der Herausforderung, die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen zu fördern, um diese langfristig an das Unternehmen binden zu können. Gleichzeitig wirkt Arbeitszufriedenheit positiv auf bewohnerbezogene Outcomes (McGillis Hall et al. 2006: 10), weshalb ihr zusätzlich hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. In der Langzeitpflege teilen BewohnerInnen ihren Lebensmittelpunkt und ihre Alltagspraxis mit den Pflegefachpersonen, sodass das Zufriedenheitskonzept nur beschränkt greift. Aus diesem Grunde wurde das erweiterte Konstrukt der Qualität des Arbeitslebens (Quality of Worklife, QoWorkL) für diese Übersichtsarbeit gewählt, für das inzwischen zuverlässige und spezifische Erhebungsinstrumente zur Verfügung stehen (vgl. McGillis Hall et al. 2006).

Die Indizes, wie z.B. der Work Quality Index (WQI), decken u.a. folgende Dimensionen ab: Autonomie bzgl. Entscheidungen im professionellen Kontext, Kontrolle über die Arbeitssituation, organisationale Unterstützung, Arbeitsumgebung, Wertschätzung der Arbeit, professionelle Beziehungen, die für die Evaluation von Pflegedokumentationssystemen in der stationären Langzeitpflege von Bedeutung sind (vgl. Engström, Skytt, Nilsson 2011). Engström und KollegInnen fanden heraus, dass die Selbstbestimmung als wesentliche Dimension der Qualität des

Arbeitslebens wichtig in Bezug auf Stresserleben zu sein scheint (Engström, Skytt, Nilsson 2011: 732).

Angesichts der zunehmend knapper werdenden Ressourcen in der Pflegepraxis empfehlen Hardenacke, Bartholomeyczik und Halek auch für die einzelnen Bestandteile der „Verstehenden Diagnostik“ Wirksamkeitsnachweise zu führen (Hardenacke, Bartholomeyczik, Halek 2011: 110). Sie weisen ausdrücklich darauf hin, dass auf Grundlage des gewählten Designs einer quasi-experimentellen Studie mit den vorliegenden Ergebnissen keine Kausalzusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung nachgewiesen werden könnten. Die Durchführung einer randomisiert kontrollierten Studie wird von den AutorInnen als zuverlässigste Methode zum Nachweis der Effektivität von Interventionen in der empirischen Gesundheitswissenschaft bewertet. Darüber hinaus werden die Komplexität und der hohe methodische Anspruch solcher Wirksamkeitsnachweise von Hardenacke und KollegInnen bestätigt. Zugleich betonen sie jedoch, dass die Hinweise auf Effekte mittels quasi-experimentellen Designs wertvoll sind, auch wenn solche Studien nicht abschließend eine Ursache-Wirkungsbeziehung erklären können und weiterführende Forschung darauf aufgebaut werden sollte (Hardenacke, Bartholomeyczik, Halek 2011: 114). Dennoch sind solche, auf wissenschaftlichen Methoden gestützte Hinweise unter systematischer Einbeziehung der Sichtweisen der NutzerInnen und AnwenderInnen aus pflegepraktischer Sicht hilfreicher als die Orientierung an rein theoretischen Vermutungen (wie z.B. dass die vollständige Abbildung des Pflegeprozesses mit x Stufen in der Pflegedokumentation per se zu erwünschten Wirkungen führe) und an Anforderungen von Anspruchsgruppen, die weit entfernt von der Lebenspraxis der AkteurInnen sind, die die Alltagspraxis mit den pflegebedürftigen BewohnerInnen meistern müssen.

Forschungsarbeiten zur Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit von EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen aus pflegewissenschaftlicher Sicht unter Hinzuziehung komplexer Methoden sind zu fördern und systematisch auszuwerten. Als Beispiel sei die Abschlussarbeit eines Nachwuchsforschers genannt, der mittels Fokusgrupppenansatzes und video-gestütztem Usability-Test-Verfahren systematisch den Entwicklungs- und Optimierungsbedarf der Software Connext Vivendi PD erhob (vgl. Schoppe 2013).

Bei der Neuanlage und wissenschaftlichen Evaluation von Pflegedokumentationssytemen und Tools ist ein Paradigmenwechsel erforderlich, von problemorientierten Modellen hin zu verstehenden und diagnostizierenden Ansätzen, welche die AnwenderInnen unterstützen, die häufig komplexen Zustände und Situationen von BewohnerInnen mit hoher Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität handlungsleitender zu erfassen und zu beurteilen. Die meisten Dokumentationssysteme basieren darauf, dass Probleme nach Strukturierungsmodellen wie z.B. das ABDEL-Modell nach M. Krohwinkel (vgl. u.a. Blair & Smith 2012) einzeln erfasst und bearbeitet werden. Der Detaillierungsgrad, der sich daraus ergebenden Ziele, die in der Alltagspraxis mit der BewohnerIn verfolgt werden sollen, ist viel zu hoch, um wirklich handlungsleitend zu sein. Darüber hinaus erfolgt meist keine Priorisierung, was angesichts der vielen augenscheinlich gleichrangigen Problemlagen zur Überforderung und dem Gefühl des Versagens der Pflegefachpersonen führt, angesichts der vielen nicht bearbeiteten Probleme.

Unter der Fragestellung 4 (Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs) wurde die systematische Literaturrecherche auf diejenigen Systeme ausgerichtet, die spezifisch in der Langzeitpflege Älterer mit vielfältigen, sich überlagernden Pflegebedarfen (Körperliches Selbstpflegedefizit überlagert von akuten Krankheitsphasen, chronifizierten und psychiatrischen, sowie häufig auch Sucht- Erkrankungen) Lösungen anbieten, trotz vielfältiger Anforderungen an die Pflege, handlungs- und entscheidungsfähig zu bleiben und dabei die Beurteilung des aktuellen Pflegebedarfs an den Prioritäten der BewohnerIn auszurichten. Erste Belege guter methodischer Qualität, dass Diagnostiktools (Verstehende Diagnostik DEMIAN II-Projekt, NANDA-I-Diagnostik vgl. Müller-Staub 2007) dies leisten können, konnten in Deutschland im Rahmen dieses Reviews gefunden werden. International ist die Pflegediagnostik ohnehin Stand des Wissens (vgl. NANDA-I 2013). Im Hinblick auf eine Forschungsagenda würde die Pflegediagnostik und an internationalen Klassifikationssystemen ausgerichtete Dokumentation von Interventionen und Pflegeergebnissen darüber hinaus Wirksamkeitsnachweise auch auf anderen Ebenen, insbesondere bzgl. pflegerischer Interventionen in der klinischen Praxis unterstützen. Die knappen, zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheits- und Pflegesystem könnten somit auf nachgewiesenen wirksamen Pflegemaßnahmen konzentriert werden. Warum sich das deutsche Pflegesystem der Diagnostik als professionelles und notwendiges Handwerkszeug so verschließt, bleibt aus pflegefachlicher und pflegepraktischer Perspektive wenig nachvollziehbar. Der Entscheidungs- und Handlungsdruck ist durch den Personalmangel bei gleichzeitig gestiegenen Anforderungen sehr hoch und Pflegende beurteilen und entscheiden tagtäglich mehr oder weniger reflektiert, um überhaupt handlungsfähig zu bleiben. Dieser Beurteilungsprozess erfolgt ohne systematische Diagnostik, meist intuitiv, wobei der auf Erfahrung beruhenden Intuition aufgrund des Zeitdrucks ebenfalls nur eingeschränkt gefolgt werden kann. Der daraus geschlossene Handlungsbedarf deckt schließlich nur zufällig die tatsächliche Bedarfs- und Bedürfnislage der BewohnerIn ab und geht nicht selten daran vorbei, was zu Problemen führt.

Der Paradigmenwechsel ist auch hinsichtlich der AnwenderInnen von Pflegedokumentationssystemen in der stationären Langzeitpflege zu vollziehen. Dabei sind die BewohnerIn als primäre AuftraggeberIn und NutzerIn der pflegerischen Leistung und die Angehörigen bzw. Familie (vgl. Köhlen & Friedemann 2006) in den Blick zu nehmen. Dies ist nicht nur ein Gebot des transformativ-emanzipatorischen Paradigmas moderner Evaluationsforschung, sondern auch hinsichtlich Effizienzsteigerung von Bedeutung. Angehörige, die die pflegebedürftige Person oft jahrelang vor Heimeinzug zu Hause versorgt haben, sind als ExpertInnen der individuellen Pflegesituation in die Pflegeplanung einzubeziehen.

Das Pflegedokumentationssystem ist als Bestandteil struktureller Bedingungen hinsichtlich der Befähigung und Selbstbestimmung im gesundheitsförderlichen Sinne für die AnwenderInnen, die Pflegefachpersonen und Hilfskräfte, zu verstehen:

„Structural empowerment, on the other hand, describes the employers´ perception of support in the organization – support in the form of information, support, resources and opportunities to learn and develop. Formal power and informal power are factors thought to influence employees´ access to structural empowerment (Kanter 1993). According to Kanter (1993), structural components in the organization are the most important factors influencing employees´

working life. In the present study, the definitions of Thomas and Velthouse (1990), Spreitzer (1995) and Kanter (1993) are used when discussing psychological and structural empowerment, respectively" (Engström, Skytt, Nilsson 2011: 733).

Pflegende in stationären Altenpflegeeinrichtungen gelten als eine „psychisch und physisch hoch belastete Berufsgruppe" (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2007, zit. in: Schmidt et al. 2011: 85). „Folglich müsste ein übergreifender und systematischer betrieblicher Prozess eingeleitet werden, um die Zufriedenheit der Pflegenden mit der Pflege von BewohnerInnen mit Demenz zu steigern und die Belastungen zu reduzieren, um letztendlich möglicherweise einen gesteigerten Verbleib in der Einrichtung sowie im Beruf zu erzielen. Dies könnte auch positive Auswirkungen auf die Pflegequalität (Vernooij-Dasssen et al. 2009) sowie die Lebensqualität der Bewohner haben (Zimmerman, Sloane, Williams, Reed, Preisser et al. 2005)" (Schmidt et al. 2011: 93). Schmidt und KollegInnen unterstützen diesen wichtigen Aspekt der Personalentwicklung und langfristigen Personalbindung mit der Aussage: „Erste eigene Untersuchungen (Hasselhorn et al., 2008) haben gezeigt, dass Unzufriedenheit mit der Pflege einen substanziellen Stressfaktor für Pflegende darstellt, das heißt, dass ihre Lebensqualität und Arbeitsqualität hierdurch hoch belastet sein kann" (Schmidt, Palm, Dichter 2011: 92).

Aufgrund der zu vermutenden, gegenseitigen Beeinflussung und Verstärkung der Outcome-Faktoren Lebensqualität der BewohnerInnen und Qualität des Arbeitslebens der Pflegefachpersonen kommt der NutzerInnenorientierung bei der Beurteilung von Pflegedokumentationssystemen als Unterstützungssysteme eine besondere Bedeutung zu. Ein Perspektivenwechsel hinsichtlich der Nutzenbeurteilung von Pflegedokumentationssystemen ist erforderlich. Pflegedokumentation ist nicht länger als lästige Nebenpflicht zur Beruhigung mehr oder weniger berechtigter Haftungsängste der Leistungserbringer und zur Erfüllung des Informationsbedarfs von Aufsichts- und Kontrollbehörden sowie Kostenträgern zu verstehen. Vielmehr sollen Pflegedokumentationssysteme eine unterstützende Technologie zur ziel- und bewohnerInnenorientierten Ausrichtung pflegerischen Handelns darstellen, die nicht unerheblich auf die Effizienz und die Lebenswirklichkeit der Handelnden wirken. Diese Wirkungen gilt es in Richtung erwünschte Effekte zu fördern und Nebenwirkungen zu vermeiden oder zu verringern. Des Weiteren weisen internationale Studien darauf hin, dass die Nutzergruppe differenziert zu betrachten ist. Die Wirkungen von Pflegedokumentationssystemen als Teil der strukturellen Bedingungen in der Arbeitswelt Pflegeheim sind unterschiedlich abhängig von dem formalen Qualifikationsniveau. So belegen Engström und KollegInnen in ihrer methodisch aufwändigen und hochwertigen vergleichenden Korrelationsstudie bei n = 887 StudienteilnehmerInnen, dass die Stress- und gesundheitliche Belastung zwischen Pflegefachpersonen und Hilfskräften statistisch nachweisbar unterschiedlich ist. Es wird die Empfehlung ausgesprochen, dies in Organisationsentwicklungsprozessen auf der Managementebene zu berücksichtigen (Engström, Skytt, Nilsson 2011: 739f.). Dies bedeutet für die Evaluationsforschung im Zusammenhang mit Pflegedokumentationssystemen, dass vergleichende Analysen zwischen den Gruppen unterschiedlicher, formaler Qualifikationen (Pflegefachpersonen und Hilfskräfte) durchgeführt werden müssen.

5.4.2 Empfehlung: Mindestanforderung Pflegediagnostik

Nachfolgend wird die Empfehlung der Mindestanforderung Pflegediagnostik anhand einer an das systematische Review anschließenden und narrativ durchgeführten Literaturrecherche und Auswertung begründet.

Entbürokratisierungs- und Professionalisierungspotenzial der Pflegediagnostik im Pflegedokumentationssystem

Die Ausrichtung an leistungs-, haftungs- und strafrechtlichen Anforderungen, die mehr oder weniger begründet sind, hat zur Folge, dass die Pflegedokumentation zum Einen unzusammenhängende Informationen mit Schwerpunkt auf funktionale, für die Refinanzierung der pflegerischen Leistung relevante Aspekte enthält und zum Anderen aus „freier Prosa" besteht, die wenig konkret und handlungsleitend für die NutzerInnen, d.h. die Pflegefachpersonen ist. Häufig erscheinen die Berichte *über* BewohnerInnen bzw. PatientInnen wertend und vorschnell interpretierend, ohne die Gültigkeit der Informationen und Beurteilungen zu überprüfen. Die starke medizinische, technologisch-funktionalistische Ausrichtung unter Vernachlässigung der psychosozialen Dimensionen menschlichen Daseins und pflegerischen Handelns lässt wichtige, pflegerelevante Phänomene in den Hintergrund treten. So finden sich nicht selten seitenweise Ausführungen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens, die gewissenhaft oder auf Weisung Punkt für Punkt nach Strukturierungsmodellen, wie z.B. dem ABEDL-Modell (Krohwinkel 2008:20), abgearbeitet werden. Es fehlt an der kritischen Überprüfung von Informationen, deren Zusammenführung und Verdichtung zu einer handlungsleitenden Gesamteinschätzung der Situation der BewohnerIn bzw. des/der PatientIn im Hinblick auf Pflege- und Handlungsbedarfe. Die Erhöhung des Abstraktionsgrades des Strukturierungsmodells unter Minimierung der Bereiche, in denen die Informationen über die BewohnerIn erhoben werden, wie in der Strukturierten Informationssammlung (SIS) (Beikirch, Roes 2014:302) mit 5 Domänen statt wie bisher 13 Domänen des ABEDL-Modells vorgeschlagen, führt nicht per se zu einer Reduktion im Sinne der Entbürokratisierung. Vielmehr entsteht dadurch ein größerer Interpretationsspielraum für die Zuordnung von Informationen zu den jeweiligen Domänen. Angesichts der Komplexität der *Fälle* lassen sich die Einzelinformationen und die daraus abzuleitenden Handlungsbedarfe nicht durch die Eingrenzung bzw. weitere Abstrahierung der Bereiche, in denen diese Informationen erfasst werden sollen, reduzieren. Vielmehr bedarf es einer kritischen Analyse und sinnvollen Verdichtung der Informationen, wie sie nur im diagnostischen Prozess geleistet werden kann. Ein nahtloser, den professionellen Bewertungsprozess vernachlässigender Übergang von der Informationssammlung zur Maßnahmenplanung, wie er in vielen Entbürokratisierungsmodellen vorgeschlagen wird, um die Anzahl der Pflegeprozess-Stufen zu reduzieren, birgt das Risiko, dass die Komplexität des *Falls* nicht bewältigt werden kann und kleinschrittig Einzelmaßnahmen geplant werden. Nicht selten werden dabei dringende Handlungsbedarfe übersehen, weil die Pflegefachpersonen und Hilfspersonen den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr sehen. Nach Heiner ist ein Fall erster Ordnung eine „Sequenz konkreter Begebenheiten, oder Geschehnisse, an denen handelnde Individuen beteiligt sind" (Becker-Lenz et al. 2012:306;Heiner 2012: 202). Eine BewohnerIn und ihre Situation werden zum *Fall*, wenn Pflegepersonen diesen konstruieren und darüber reflektieren: „Frau Müller, die gestern

neu ins Heim eingezogen ist, ist schon wieder so ein *Fall* von einer BewohnerIn mit starker Weglauftendenz“. Der *Fall* kann nur professionell verstanden und bearbeitet werden, wenn Pflegefachpersonen diesen konkret und eindeutig beschreiben und über ihn reflektieren können. Dabei bezieht sich der Begriff *Fall* nicht nur auf die Person der BewohnerIn, sondern vielmehr auf die Interaktion der Pflegepersonen mit der BewohnerIn sowie deren Verwobenheit in ihrer Umgebung. Ein Fall wird in dem Moment konstruiert, in dem über die Situation gesprochen und geurteilt wird: „Gestern ist Frau Müller schon wieder unbemerkt zum Ausgang gelaufen und konnte gerade noch vor Verlassen des Hauses aufgehalten werden. Was machen wir nur in diesem *Fall*?“ Pflegepersonen sind Bestandteil des *Falls*. Bei der Suche nach einer Lösung ist immer auch der Anteil, den die Pflegepersonen und die umgebungsbedingten Faktoren an der Entstehung der Situation haben, mit zu berücksichtigen. Ein Blick in die Pflegedokumentation hilft dabei meist nicht weiter, denn dort konzentriert sich die Fallbearbeitung auf Themen, wie z.B. welche Unterstützung Frau Müller bei der Körperpflege braucht und ob sie Hilfe beim Essen und Trinken benötigt, bis hin zur Größe der Inkontinenzeinlage. Es soll die Bedeutung dieser Themen nicht geschmälert werden, aber für das zentrale, die Bewohnerin gefährdende Problem der Weglauftendenz bzw. Hinlauftendenz (die Bewohnerin versucht vielleicht zu ihrem alten zu Hause zurückzukehren und hat nicht realisiert, dass die, vor dem Einzug ins Altenheim bewohnte Wohnung schon längst aufgelöst ist) liefern diese Informationen kaum Lösungsansätze. Als eines Tages die Bewohnerin verschwunden ist und die Polizei verständigt werden musste, um sie zu suchen, ist die Aufregung groß und scheint die Entscheidung klar, dass bei der hoffentlich zu erwartenden Rückkehr der Bewohnerin wohl eine gesetzliche Betreuung veranlasst und eine Unterbringung im geschlossenen Wohnbereich erforderlich sein wird. Ein typischer *Fall*, wie er wohl hundertfach in Altenheimen anzutreffen ist. Phänomene im Zusammenhang mit der „Verlegung“ alter Menschen nach einem akuten Unfall- oder Krankheitsgeschehnis, wie zum Beispiel Anpassungsprobleme oder der Verlust der Orientierungsfähigkeit werden in standardmäßigen Pflegeplanungen häufig ausgeblendet. Ein plötzlicher Wechsel der Wohnform (Einzug ins Heim) oder/und die Erfordernis zur dauernden Inanspruchnahme fremder personaler oder technischer Hilfe bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben kann vom alten Menschen krisenhaft, ja sogar traumatisch erlebt werden. Diese Phänomene wurden bisher, soweit sie überhaupt erkannt wurden, als Pflegebedarfe kaum oder gar nicht in die Überlegungen der Pflegeplanung mit einbezogen. Hätte der *Fall* vielleicht anders gelöst werden können, wenn das Pflegedokumentationssystem bei der Beurteilung der Situation den diagnostischen Prozess unterstützt hätte? Vielleicht hätte die verantwortliche Pflegefachperson die vielen, bei der Aufnahme der Bewohnerin erhobenen Informationen bewertet und wäre zu einer handlungsleitenden Gesamteinschätzung mit Priorisierung des pflegerischen Handlungsbedarfs im Sinne des pflegediagnostischen Prozesses gekommen. Wäre z.B. die Pflegediagnose „Relokalisationsstresssyndrom“ gestellt worden, so hätte ggf. schon früher entsprechend interveniert werden können, um Frau Müller beim Umzug ins Heim adäquater begleiten zu können. Das Pflege- und Behandlungsteam hätte vielleicht seinen Blick dafür weiten können, wie die Bewohnerin selbst ihre Situation sieht und versteht. Wäre die Situationseinschätzung systematisch in Absprache mit der Bewohnerin und aus ihrer Perspektive geschehen, so hätte der Handlungsbedarf ggf. schon früher erkannt werden können. Frau Müller hätte vielleicht berichtet, dass sie nach dem Krankenhausaufenthalt keine Gelegenheit mehr bekommen hatte, sich von ihrem zu Hause, ihrer Wohnung, die sie seit 30 Jahren be-

wohnt, zu verabschieden. Wenn Frau Müller dies nicht mehr mitteilen hätte können, so hätten zumindest die Angehörigen einen Hinweis geben können, dass der Umzug ins Heim Frau Müller mehr belastet als von außen betrachtet zu ahnen war. Um über solche und andere *Fälle* sprechen und beraten zu können, braucht es eine einheitliche und eindeutige Sprache mit möglichst präzisen Begriffen für pflegerelevante Erscheinungsformen, die es dann gemeinsam zu bewältigen gilt. Der handlungsleitende Gehalt der Informationen über eine/n BewohnerIn und ihre jeweils spezifische Situation ist zu extrahieren und zu präzisieren, um professionell handlungsfähig zu sein.

Weltweit werden mehr als 7000 verschiedene Sprachen gesprochen und sind mehr als 11 Millionen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen tätig. Eine einheitliche Terminologie hilft der Pflege, eine gezielte Informationssammlung durchzuführen und Pflegephänomene zu beschreiben, die als Grundlage für die Erarbeitung von Pflegezielen und Pflegemaßnahmen dienen. Ohne eine einheitliche Klassifikation in der Pflege können aufwändig erfasste Daten weder hinsichtlich des Handlungsbedarfs bewertet, noch in großem Umfang wieder verwendet werden. Angesichts der begrenzten Ressourcen wird es zunehmend bedeutungsvoller, dass Leistungen nicht nach dem Gießkannenprinzip gestreut werden, sondern die Kräfte auf die notwendigen und nachgewiesenen wirksamen und von dem/r BewohnerIn tatsächlich nachgefragten Interventionen konzentriert werden.

Das eindeutige Benennen von Pflegephänomenen ist die Voraussetzung für die Umsetzung und die patientInnenzentrierte Steuerung des Pflege- und Versorgungsprozesses, für die Lehre, die Forschung, die Finanzierung und letztlich dafür, dass pflegespezifische Fragestellungen und Positionen in die Politik eingebracht werden können. Die Pflegeklassifikationssysteme und Taxonomien sollen nun in Bezug auf ihr Potenzial zur professionellen Pflegeprozesssteuerung beleuchtet werden. Sie bilden unter anderem die Grundlage für eine gemeinsame Fachsprache in der Pflege und unterstützen darüber hinaus die Kommunikation zwischen den Institutionen, den einzelnen Sektoren und Pflegebereichen bzw. den Disziplinen. Sie tragen damit wesentlich zur patientInnenorientierten Steuerung des Versorgungsprozesses bei. So kann es für Frau Müller lebenswichtig sein, dass die Diagnose „Relokalisationsstresssyndrom“ im Verlegungsbericht dokumentiert ist. Die Pflegefachpersonen im Pflegeheim und im Krankenhaus könnten aus dieser Kennzeichnung der Situation, wichtige Handlungsbedarfe ableiten. Die einzelnen Reaktionen von PatientInnen auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme können besser eingeschätzt und miteinander verglichen werden (Scherb, Head, Maas, Swanson, Moorhead, Reed, Conley, Kozel 2011::314; Paans, Müller-Staub 2010:312). Bei der Erforschung pflegerelevanter Phänomene stellen sie die Konstruktvalidität sicher. Das heißt, es herrscht Klarheit darüber, was eigentlich untersucht werden soll. Die systematisierte Sprache kann in Computerprogramme übersetzt werden und dient somit als Grundlage für die Messung des Pflegebedarfs und der Wirkung der Pflegeleistungen. Werden Klassifikationssysteme in erster Linie für den sog. Front-End-Einsatz verwendet, so können sie in der direkten Arbeit mit der PatientIn unterstützen, ohne zusätzliche Bürokratie aufzubauen. Durch klares Benennen des PatientInnenzustandes wird pflegerisches Handeln im Behandlungsteam und über die Sektorengrenzen hinaus koordiniert und fokussiert.

Klassifikationssysteme sind vom Setting grundsätzlich unabhängig. Für spezifische Versorgungssituationen können jedoch zusätzliche Subsysteme, sog. Core-Sets entwickelt werden. Zum Beispiel werden in der „ICF Research Branch des WHO Kooperationszentrums für die Familie der Internationalen Klassifikationen“ (DIMDI), Deutschland, am Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften der Ludwig-Maximilians-Universität München, seit einigen Jahren im Rahmen eines internationalen Forschungsprogramms so genannte „ICF Core Sets“ für den Akutkontext, für die Rehabilitation und für chronische Gesundheitsstörungen entwickelt (Cieza, Ewert, Üstün, Chatterji, Kostanjsek, Stucki 2004:310). ICF-Core-Sets stellen Listen der häufigsten PatientInnenprobleme und darauf bezogene umgebungsbezogene Einflussfaktoren für bestimmte Gesundheitsprobleme anhand von ICF-Kategorien dar. Klassifikationssysteme sind „lebende Systeme“, die mit der Entwicklung und Forschung Schritt halten müssen. In der Regel können von den Pflegenden über Internet-Portale relevante, von der Taxonomie noch nicht erfasste Phänomene eingegeben werden. Diese werden dann empirisch überprüft und einem Konsensusverfahren unterzogen, in dem über die Aufnahme in die Taxonomie entschieden wird.

Nachfolgend werden die in Publikationen am häufigsten genannten und untersuchten sowie in Deutschland bekanntesten pflegespezifischen Klassifikationssysteme bzw. Taxonomien aufgelistet. Dabei wurde aufbauend auf die im systematischen Review identifizierte Literatur zur Pflegediagnostik gezielt Literatur nachrecherchiert und ausgewertet. Es wurden auch sog. Metaklassifikationssysteme, die mehrere Pflegetaxonomien integrieren (ICNP®), als auch ein interdisziplinär angelegtes Meta-Klassifikationssystem, die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) analysiert.

Folgende international anerkannten Pflege-Klassifikationssysteme wurden bei der Analyse berücksichtigt:

- NNN-System der NANDA: NANDA Pflegediagnosen: North American Nursing Diagnosis Association, NIC: Nursing Intervention Classification, NOC: Nursing Outcome Classification
- ICNP®: International Classification of Nursing Practice (WHO)
- ENP®: European Nursing Care Pathways (Recom-Verlag, Deutschland)
- ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO)

Die ausgewählten Klassifikationssysteme sind hinsichtlich Ihrer psychometrischen Gütekriterien, ihrer inhaltlichen und organisatorischen Qualität zu untersuchen. Dabei sind testtheoretische Kriterien, wie z. B. die Inter-Rater-Reliabilität bzw. Stabilität, die Retest-Reliabilität, die konvergente Validität (Mapping mit anderen Systemen), die Prognostische Validität (zeitliche Vorhersage), die Kriteriumsvalidität (externe Kriterien, z.B. Gesundheitsnutzen für PatientIn), die Gesamtanzahl der Validitäts- und Reliabilitätsstudien und sonstige Validitätskennzahlen (Sensitivität etc.) einzubeziehen. Die inhaltliche Qualität der Klassifikationssysteme wird bestimmt durch: Inhaltsvalidität/Beinhaltung und Ausarbeitung relevanter Pflegephänomene, Abbildung der 5 Stufen (NANDA-I) des Pflegeprozesses (Informationssammlung/Anamnese, Bewertung, Maßnahmenplanung, Durchführung, Evaluation), Anschlussfähigkeit an unterschiedliche Pflegemodelle, Anschlussfähigkeit an andere Professionen z. B. Medizin, Zusammenhang/Zurückverfolgbarkeit von Diagnose, Intervention und Wirkung (monohierarchische Struktur) zur Versorgungsevaluation, Wirknachweise, Erweiterbarkeit des Systems (z.B. neue Diagnosen).

Die organisatorische Qualität sollte insbesondere auch vor dem Hintergrund des Entbürokratisierungspotenzials nach folgenden Kriterien beleuchtet werden:

- Verfügbarkeit und Qualität von Softwarepaketen
- Flexibilität/Individualität (z.B. tagesaktuelle Zustände der PatientInnen und individuelle Bedarfe)
- Verständlichkeit des System
- Schnelle Anwendbarkeit
- Einsetzbarkeit für verschiedene Zwecke (z.B. Planung, Abrechnung, Wissenschaft)
- Akzeptanz des Systems
- (Politische) Unterstützung des Systems
- Anzahl der unterstützten Sprachen
- Anzahl der Einrichtungen, die das System einsetzen
- Eignung für Qualitäts-Controlling

Auch wenn der Anspruch an die Zuverlässigkeit der Klassifikationssysteme berechtigt ist, so soll jedoch an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass aktuell die in deutschen Pflegeeinrichtungen anzutreffende Alternative meist „freie Prosa“ ist.

Verbreitung der Klassifikationssysteme in Deutschland

Um zuverlässige Aussagen über den Verbreitungsgrad von Pflegeklassifikationssystemen treffen zu können, wäre ein weiteres systematisches Rerview bzw. eine empirische Erhebung erforderlich. Dies war im Rahmen der vorliegenden Studie nicht möglich, sodass die Einschätzungen auf einer narrativen Analyse gezielt nachrecherchierter Literatur beruhen und keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Bei der empirischen Erhebung des Verbreitungsgrades sind einige methodische Herausforderungen zu bewältigen, von denen nachfolgend einige beispielhaft aufgezählt werden. Aus den Produktbeschreibungen der Pflegedokumentationssysteme geht häufig nicht hervor, ob ein anerkanntes Klassifikationssystem im Hintergrund angelegt ist, was nicht zuletzt ein erhebliches Qualitätsdefizit solcher Pflegedokumentationssysteme darstellt. Häufig wissen Einrichtungsleitungen selbst nicht, nach welcher Terminologie in ihrer Organisation gearbeitet wird, sodass Durchdringungsgrade auf Basis der Selbstauskunft von Einrichtungsleitungen störanfällig sind. Die Marktdurchdringung, d.h. wie weit verbreitet bestimmte Klassifikationssysteme in Pflegeeinrichtungen sind, lässt sich des Weiteren über die Anzahl vergebener Lizenzen oder über unabhängige externe UntersucherInnen in einer repräsentativen Stichprobe beurteilen. Alle Verfahren sind zu kontrollieren, um an zuverlässige Anhaltzahlen zu kommen.

Eine im Zuge der Studie durchgeführten Befragung eines Mitglieds des Entwicklerteams des ENP®-Systems zu der Lizenzvergabe hat ergeben, dass in Deutschland mittlerweile n= 12 Krankenhäuser und n= 300 Altenpflegeheime und ambulante Dienste das Klassifikationssystem ENP® in vier unterschiedlichen Softwareprodukten nutzen (Wieteck 2013:303). Hervorzuheben ist dabei die im Vergleich zum Krankenhaus hohe Zahl der NutzerInnen in der stationären Altenpflege, die eine genauere Betrachtung der Zuverlässigkeit und des Nutzens dieses Klassifikationssystems rechtfertigen würde. Zumindest aber einen ersten Hinweis auf die Praktikabilität des Systems darstellt.

Eine durch die FH Osnabrück durchgeführte Untersuchung zur Verbreitung von Informations- und Kommunikationstechnologie (IuKT) in deutschen Krankenhäusern, die auf der 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (gmds) veröffentlicht wurde, zeigt auf, wie sich Pflegeinformationssysteme in den letzten 5 Jahren in Deutschland entwickelt und wie sich der Durchdringungsgrad verändert hat. Dabei wurden auch die Entwicklungen hinsichtlich der Unterstützung des Pflegeprozesses, des Einsatzes von Terminologien und der Geräte zur bettseitigen Dateneingabe untersucht. Nach Einschätzung der AutorInnen zeigt die Befragung, dass in den Jahren zwischen 2002 und 2007 die Anzahl der im Einsatz befindlichen pflegerischen und klinischen Module signifikant zunahm (Sellemann , Flemming , Frey, Hübner 2008:305). Auch bezüglich des Einsatzes von Terminologien habe sich das „deskriptive Bild“ geändert. Während der Freitext in der Erfassung der Probleme und Ressourcen einer PatientIn in 2002 noch an erster Stelle gestanden habe, rückten der Hauskatalog und die Taxonomie nach NANDA-I auf die Plätze 1 und 2. Die UntersucherIn-

nen kommen zu dem Schluss, dass die Ergebnisse eine Zunahme in der Verbreitung von pflegerischen und allgemeinen klinischen Modulen in den letzten 5 Jahren zeigen und dass auch gerade die elektronische Pflegedokumentation deutlich aufholen konnte (Sellemann, Flemmingl, Frey, Hübner 2008:305). In Österreich gibt es seit über zehn Jahren flächendeckende Erfahrungen mit der NANDA-I-Taxonomie, da Pflegediagnosen dort gesetzlich gefordert sind. In Deutschland wird die Pflegediagnostik bei der Entbürokratisierungsdiskussion nahezu ausgeblendet, obwohl sich die PraktikerInnen immer häufiger für diese Terminologie zu entscheiden scheinen. Ausschlaggebend für die Entscheidung der Verwendung eines Klassifikationssystems soll jedoch nicht dessen Verbreitungsgrad, sondern in erster Linie dessen Zuverlässigkeit sein.

Erkenntnisse über die Zuverlässigkeit der Klassifikationssysteme

Um einen zuverlässigen Überblick über den Stand der wissenschaftlichen Überprüfung der Taxonomien zu bekommen, müsste ein aktuelles systematisches Review (wissenschaftliche Übersichtsarbeit) durchgeführt werden. Diese Zusammenfassung erfolgt auf Basis einer ersten Einschätzung, der narrativ zusammengeführten Literatur, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der Bewertung der Taxonomien besteht. Dabei ist der gewaltige Anspruch der Validierung eines einzelnen Klassifikationssystems und die noch höhere Anforderung an eine Metaanalyse vor Augen zu halten: Jede der Taxonomien umfasst mehrere hundert Kategorien, die ein komplexes Geflecht mit teilweise einer großen Anzahl von Symptomen, ätiologischen (ursächlichen, bedingenden) Faktoren, Risikofaktoren, Ressourcen und ggf. angezeigten Indikatoren umfasst. Somit stellt eine pflegespezifische Taxonomie nahezu den gesamten Wissenskörper der Disziplin dar, zumindest ein Sammelwerk der Phänomene, mit denen sich die Pflege auseinandersetzt. Für professionell Pflegende und Auszubildende bzw. Studierende der Pflege fundamentale und wertvolle Nachschlagewerke. Ein gewisser Beleg für die Validität der Taxonomie ist in der Tatsache zu sehen, dass Cross-Mapping-Studien eine relativ hohe Konvergenz der Taxonomien festgestellt haben. Bei solchen Studien wird überprüft, ob sich die Kategorien einer Taxonomie in den Kategorien einer anderen Taxonomie eindeutig abbilden bzw. wieder finden lassen. Abgesehen von Cross-Mapping-Studien sind vor allem zwei weitere Arten von Analysen durchzuführen, Inter-Rater-Reliabilitätsstudien sowie Retest-Reliabilitätsstudien. Bei ersteren wird überprüft, ob verschiedene Gutachter z. B. bzgl. einer bestimmten Pflegediagnose in einer konkreten Situation übereinstimmen. Retest-Studien überprüfen ebenfalls den Grad der Übereinstimmung aber nicht interpersonell, sondern in zeitlicher Sicht: Entspricht die Diagnose, die zum Tag X gestellt wurde, der Diagnose die man zu einem späteren Zeitpunkt stellen würde (wiederum auf die gleiche konkrete Situation bezogen)? Für diese beiden Analysearten gibt es für die ICF vergleichsweise viele Studien, für die NANDA-I etwas weniger, für die ENP® sehr wenige und für die ICNP® nach einer ersten Initialrecherche keine. Das Pendant zur internen Validierung ist die „externe Validierung“ (Paralleltest mit Referenzsystemen), bei der die Validierung anhand der Beziehung zu anderen („externen“) Konstrukten vollzogen wird. Ein Beispiel für eine externe Validierung wäre die empirische Untersuchung, ob PatientInnen mit der Pflegediagnose „Angst“ höhere Werte in einem validen, psychologischen Test für Angst aufweisen, als PatientInnen ohne diese Diagnose (Oliveira, Chianca, Rassool 2008:307). Für diese Art der externen Validierung gibt es für die NANDA-I einige Belege; bei ENP® und ICNP® sind hingegen kaum Studien dazu vorhanden. Bei der ICF wurden eine Reihe sog. „Core Sets“ entwickelt, die die Validität der Diagno-

sen/Kategorien anhand externer Daten wie Expertenauskünfte, überprüfen (Brach, Cieza , Stucki, Füßl, Cole, Ellerin 2004:309;Cieza, Ewert, Üstün, Chatterji, Kostanjsek, Stucki 2004 :310).

Inhaltliche Qualität der Taxonomien

Die inhaltliche Qualität einer Taxonomie speist sich aus zwei gleichberechtigten Quellen: Der wissenschaftlichen Fundierung des Inhalts sowie einem stringenten und sinnvollen Aufbau. Die Kategorien der hier betrachteten Taxonomien sind weitestgehend überschneidungsfrei und klar formuliert. Darüber hinaus sind alle Taxonomien gut erweiterbar, so dass sie an den aktuellen Stand des Wissens angepasst werden können. Ein Problem, welches sich aus der Herkulesaufgabe ergibt, für jede Diagnose die Risikofaktoren und die indizierten Interventionen aufzuführen, darf allerdings nicht verschwiegen werden. Es ist für ein einzelnes Forschungsprojekt praktisch gesehen schlicht unmöglich, die Aktualität dieser Zusammenhänge von Diagnose und Intervention zu gewährleisten. Notgedrungen wird eine Vielzahl der Verknüpfungen nicht fundiert, überholt oder sogar widerlegt sein. Diese Verknüpfungen, auch „Behandlungspfade" genannt, können allerdings dennoch aus praktischer Sicht von Wert sein. Sie helfen dem/r PraktikerIn, im Dickicht der unüberschaubaren Anzahl der Maßnahmen eine Vorauswahl zu treffen. Sofern sich die AnwenderIn im Klaren ist, dass es nur ein grobes Raster sein kann, welches die Taxonomie ihr zur Verfügung stellt, kann die vorgeschlagene Verknüpfung von Wert sein. Ein zweiter Punkt betrifft die Inhaltsvalidität der Taxonomien, also die Frage, ob die jeweilige Taxonomie die relevanten Phänomene der Pflege erfasst. Dabei kann eine Taxonomie v. a. drei Fehler machen: Zu wenig Phänomene aufgreifen oder zu viele (z. B. nicht relevante) oder nicht pflegespezifische (sondern eher medizinische).

Die NANDA-I-Nomenklatur erfasst Pflegephänomene sehr spezifisch, d. h. die dort beschriebenen Diagnosen beschäftigen sich mit dem Erleben des Menschen von Gesundheit und Krankheit und wie dieses in der zwischenmenschlichen Interaktion vermittelt wird. Dabei spielt die Integration dieser Erfahrungen in den lebensgeschichtlichen Zusammenhang und in die tägliche Lebenspraxis im Sinne der Krankheitsbewältigung (Coping) eine große Rolle. Dies ist nicht zuletzt der wesentliche Beitrag der Pflege im Behandlungsteam. Um diesen Beitrag professionell leisten zu können, muss Pflege, die Phänomene eindeutig benennen und beschreiben können. Die ENP® ist mitunter medizinischer, d. h. etwas weniger pflegespezifisch ausgerichtet. Das birgt nicht nur die Gefahr einer Redundanz mit medizinischen Taxonomien (z.B. ICD) und damit der „Bürokratisierung" im Sinne einer Mehrfacherfassung, sondern kann auch dazu führen, dass Pflegende nicht die notwendigen, spezifischen Informationen erhalten, die sie für ihre Interventionsentscheidung benötigen.

In diesem Zusammenhang stellt die ICF als Metataxonomie einen besonderen Fall dar. Im Gegensatz zu den übrigen drei Taxonomien wurde sie nicht für den Pflegekontext entwickelt. Daher sind ihre Kategorien – obwohl sie viele zentrale Bereiche der Gesundheit und des „Personseins" erreichen – für ein vollumfängliches Pflegesystem noch unzureichend. Pflegende, die eine Taxonomie suchen, mit der sie alle Pflegediagnosen erfassen können, werden mit der ICF hier an Grenzen stoßen (Kim, Coenen 2011:313). Das bedeutet nicht, dass die ICF, welche sich zu einem Taxonomie-Standard weltweit entwickelt, nicht entsprechend weiterentwickelt werden könnte. Interessanterweise ist die ICNP® nicht unbedingt in erster Linie als Instrument für den Alltag in der Praxis gedacht, sondern eher als „Metasprache" für Forschung und Controlling. Aus Sicht der Praxis sollte ergänzt werden, dass ExpertInnen aus der Praxis von allen Taxonomien bei der Entwicklung eingebunden wurden.Dies ist für die ICF am besten dokumen-

tiert (Cieza, Ewert, Üstün, Chatterji, Kostanjsek, Stucki 2004:310; Gebhardt 2010:311; Grill, Müller, Quittan, Strobl, Kostanjsek, Stucki 2011:316).

Organisatorische Qualität von Klassifikationssystemen

Fragen der organisatorischen Qualität betreffen letztlich die Praktikabilität der Anwendung einer Taxonomie. Die Praktikabilität kann anhand einer Reihe von Indikatoren abgelesen und damit geschätzt werden. So könnte die Anzahl der Einrichtungen, die eine Taxonomie in ihrem Pflegedokumentationssystem verwenden, ein Indikator (erster Hinweis) für die Akzeptanz dieser Taxonomie und damit für ihre Praktikabilität sein. Gleiches gilt für die Anzahl der Publikationen, die für eine bestimmte Taxonomie erscheinen. Hier scheinen die ICF und die NANDA-I gut aufgestellt zu sein, belegt durch eine hohe Anzahl von Studien unterschiedlicher Institute und eine weite internationale Verbreitung. Auf der anderen Seite ist die ICF von der WHO entwickelt worden und damit die Taxonomie der UNO zur Darstellung von Gesundheit und letztlich auch von professionsübergreifenden Phänomenen. Dies spiegelt sich nicht nur in einer sehr hohen Zahl von Publikationen wider, sondern auch in der weltweiten politischen Akzeptanz dieser Taxonomie. Die übrigen Taxonomien (ENP® und ICNP®) können zwar auch einige Publikationen aufweisen, allerdings in weit geringerer Anzahl. Die Autoren der Publikationen zur ENP® sind darüber hinaus mit dem Entwicklerteam meist identisch.

Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die mit einer Taxonomie arbeiten, kann zwar von verschiedensten Faktoren determiniert sein, sollte aber dennoch als Indikator für die Praktikabilität einer Taxonomie nicht unbeachtet bleiben. Allerdings ist die Anzahl der Einrichtungen, die eine bestimmte Taxonomie nutzen, kaum verlässlich zu bestimmen. Häufig sind die Taxonomien unsichtbar der Software bzw. dem Pflegedokumentationssystem hinterlegt, wobei die Produktbeschreibungen, wenig Auskunft darüber geben, welcher Stand der Taxonomie verwendet und ob diese vollständig umgesetzt wurde. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Einrichtungen auf eigene Entwicklungen vertrauen (Lüngen, Gerber, Rupprecht, Lauterbach 2008:91) oder Abwandlungen existierenden Taxonomien verwenden. Ein weiterer wichtiger Indikator ist die Anzahl der Sprachen, in der eine Taxonomie übersetzt wurde. Hier steht die ICF natürlich unangefochten an der Spitze, gefolgt von NANDA-I und ICNP®. Aus praktischer Sicht ist schließlich wichtig, ob es geeignete Software-Programme für eine Taxonomie gibt. Hier schneiden vor allem NANDA-I und ENP® gut ab, v. a. im deutschsprachigen Raum. Diese Taxonomien werden von verfügbaren Software-Lösungen gut abgebildet. Insgesamt ist festzustellen, dass es eine große Auswahl an Software gibt. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es essenziell, ob die Taxonomien flexibel einsetzbar sind, so dass Zwecke wie Controlling, Qualitätsentwicklung, Personalplanung und anderes mehr verfolgbar sind. Sicherlich ist es zum großen Teil nicht von einer Taxonomie abhängig, ob Controlling, Qualitätssicherung etc. durchgeführt werden können, sondern von der Güte der eingesetzten Umsetzungen (wie Software-Programme). Auf der anderen Seite sollte die Taxonomie zumindest in Ansätzen dafür einsetzbar sein. Hier sind die Taxonomien in etwa gleich aufgestellt. Die ICF scheint etwas weniger für Controlling-Zwecke geeignet zu sein, als die übrigen Taxonomien.

Alle Systeme sind relativ komplex, so dass eine fundierte Einarbeitung und Ausbildung vonnöten ist (Müller-Staub, Needham, Odenbreit, Lavin, van Achterberg 2010:24). Examinierte Pflegefachpersonen sind unabdingbare Voraussetzung zur Anwendung der Taxonomien. Die schulische, berufliche und universitäre Pflegeausbildung ist daraufhin zu überprüfen.

Nach welchem Klassifikationssystem Pflegephänomene und Leistungen erfasst werden sollen, ist nicht zuletzt eine fachliche und wirtschaftliche Entscheidung. Der Pflege in Deutschland mit einem, im europäischen und internationalen Vergleich niedrigen Professionalisierungsgrad, sollte dabei zunächst eine Taxonomie zur Verfügung gestellt werden, die möglichst pflegespezifische Phänomene in der Diagnostik erfasst. Im intra- und interdisziplinären Austausch, im Sinne eines patientInnenorientierten und gesundheitsförderlichen Versorgungsplans, sollten die Pflegenden eine eigene Sprache sprechen und zugleich den Blick des Behandlungsteams auf die Situation der PatientIn um die spezifische Perspektive der Pflege weiten. Zur Erforschung von Pflegephänomenen ist eine eindeutige Begrifflichkeit unerlässlich. Wirkungsanalysen können nur durchgeführt werden, wenn der komplette Pflegeprozess durch das Klassifikationssystem abgebildet werden kann. Für die Bedarfs- und Leistungserfassung im leistungsrechtlichen Sinn, sowie für die Versorgungsevaluation und -planung liefern international anerkannte und validierte Systeme, wie das NNN-System der NANDA-I verlässliche Grundlagen.

Mit Blick auf das etwas fernere Ziel der Interdisziplinarität ist es von Vorteil, wenn Taxonomien nicht nur rein fachspezifisch auf eine einzelne Berufsgruppe ausgerichtet sind. Besser wäre es langfristig, wenn Taxonomien interdisziplinär akzeptiert und nützlich sind – über die einzelnen Disziplinen der Gesundheit – Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie etc. – hinweg. Schließlich hat die PatientIn keine „fachspezifische“ Gesundheit, sondern nur *ein* Gesundheitserleben. Vor diesem Hintergrund erscheint die ICF mit ihrem umfassenden Gesundheitsverständnis langfristig am besten geeignet, eine Brücke zwischen den Gesundheitsdisziplinen zu bauen und den Fokus auf die PatientIn bzw. BewohnerIn und ihr Gesundheitserleben zu richten.

Für die Empfehlung einer Mindestanforderung an die Pflegedokumentation aus pflegepraktischer Sicht bleibt abschließend für die Pflegediagnostik Folgendes festzuhalten: Der hier noch unsystematisch zusammengetragene Forschungsstand zu Pflegeklassifikationssystemen zeigt zumindest für die NANDA-I-Nomenklatur zunehmenden Verbreitungsgrad in Deutschland. Sie scheint international, und hier bereits im unmittelbaren Nachbarland Österreich (§ 5 Satz 2 GuKG, Österreichisches Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in der Fassung vom 1. Juni 2014), Standard in der professionellen Pflege zu sein.

Zumindest in der Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben, wie sie u.a. in der dualen Hochschulausbildung umgesetzt werden, wird auch in Deutschland von Pflegefachpersonen die diagnostische Kompetenz gefordert:

„Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs.7 zusätzlich zu § 15 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf eine Aufgabe zur Anwendung der in § 3 Abs. 3 beschriebenen erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Patientinnen oder Patienten, die entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzli-

chen Ausbildung waren. Der Prüfling übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling seine Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren […].“ (§ 4a Staatliche Prüfung bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 KrPflG Fassung vom 16.07.2003) [Hervorhebung durch die Autorin].

Die Nachweise über die Güte der Systeme belegen für die ICF und NANDA-Pflegediagnosen zumindest zunehmende Evidence für die Zuverlässigkeit. Jedenfalls kann die an international anerkannten Nomenklaturen ausgerichtete Pflegedokumentation der freien Prosa als überlegen angesehen werden. Alleine schon aus dem Grund der besseren Verständigung über die Situation der PatientIn zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen hinweg.

Pflegediagnosen entstehen auf der Grundlage einer Entscheidung, die auf genauer Beobachtung und Untersuchung (Informationssammlung und Bewertung) beruht. Sie verdichten nachweislich komplexe Informationen (wie sie z.B. aufgrund von Multimorbidität in der Langzeitpflege alternder Menschen entstehen) aus unterschiedlichen Quellen (z.B. Beobachtungen von unterschiedlichen Personen des Betreuungsteams, direkte Äußerungen der BewohnerIn selbst, objektive Informationen, wie Messergebnisse) zu einer, für die Pflege *handlungsleitenden* Feststellung des Zustandes der Person (bzw. Familie/Gemeinschaft). Pflegediagnosen sind deshalb insbesondere in der Langzeitpflege älterer, multimorbider PatientInnen von hoher Relevanz, um komplexe Versorgungssituationen handlungsleitend zu erfassen und zu bewältigen.

Pflegediagnosen stellen in der Lebenspraxis der BewohnerInnen eine wertvolle Ergänzung zur medizinischen Diagnostik dar, da sie sich auf die Bedeutungen von Gesundheitszuständen, Krankheiten bzw. lebensprozessrelevanten Phänomenen (wie z. B. Sterben) für die Person (bzw. für die Familie oder Gemeinschaft) beziehen und diese mit der betroffenen Person im diagnostischen Prozess abstimmen.

Im Rahmen des vorliegenden systematischen Reviews konnten Nachweise identifiziert werden, die die Unterstützung der handlungsleitenden Erfassung des Pflegebedarfs und auch die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Erfassung ihres Pflegebedarfs durch die Anwendung der NANDA-I-Pflegediagnosen belegen. Die Verständigung über den Pflegebedarf mit der PatientIn ist die Grundvoraussetzung für deren Motivation zur Mitwirkung am Pflege- und Behandlungsprozess. Deshalb ist die Wirkung der Pflegediagnostik nach NANDA-I auf die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Erfassung ihres Pflegebedarfs von hoher Bedeutung für die Effizienz der umgesetzten Pflege- und Behandlungsmaßnahmen.

Für eine abschließende Beurteilung und fundierte Entscheidung für den Einsatz eines Pflegeklassifikationssystems ist jedoch ein aktuelles und systematisches Review unerlässlich, das auch das Resident Assessment Instrument (R. A. I.) einschließen sollte (Behrens, Zimmermann, Selinger, Schubert, , 08.-10. März 2010:315),.

Tabelle 14 zeigt eine vergleichende Einschätzung unterschiedlicher Klassifikationssysteme auf Basis der über viele Jahre zusammengetragenen Forschungsergebnisse von Müller-Staub.

Tabelle 24: Validität von Pflegediagnosen-Klassifikation, aus: Müller-Staub 2009:356

Tabelle 1: Validität von Pflegeklassifikationen

Kriterien an eine Pflegediagnosen-Klassifikation	ICF	ICNP®	NANDA	ZEFP
Die klassifikation basiert auf Pflegemodellen und -theorien	0*	0	XXX	X
Relevanz und Nutzen der Klassifikation sind durch pflegewissenschaftliche Studien belegt	X	X	XXX	X
Die Ziele der Klassifikation sind genau definiert und die Klassifikation beschreibt Pflegephänomene	0*		XXX	X
Die relevanten Konzepte des Fachgebiets der Pflege wurden konsistent entwickelt/zugeordnet	0*	0	XX	0
Die Klassifikation ordnet alle Ebenen kohärent: Konzepte enthalten mindestens ein Merkmal zur Unterscheidung der unter- bzw. übergeordneten Konzepte (Domänen, Klassen, Diagnosen, PES-Format).	0*	0	XXX	0*
Verbindungen zwischen Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen sind beschrieben und zugeordnet	0*	0	XX	0*
Die Klassifikation ist auf verschiedenen Ebenen anwendbar (praktische Pflegeplanung, Softwareanwendungen und Datenaggregation für Analysezwecke)	0*	X	XXX	0*

XXX= sehr gut erfüllt XX= gut erfüllt X= teilweise erfüllt 0 = nicht erfüllt
0= nicht zutreffend, weil die Klassifikation nicht zum Ziel hat, Pflegediagnosen zu beschreiben und zu klassieren*

Es ist nicht davon auszugehen, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Ausbildung die Pflegediagnostik gelernt haben (vgl. Müller-Staub 2009). Häufig beschränkt sich auch die universitäre Ausbildung auf die Vermittlung theoretischer Kenntnisse über die Pflegediagnostik und Klassifikationssysteme. Deshalb ist die Einführung von Pflegediagnosen, die bestenfalls kombiniert werden sollte mit der Implementierung von Nomenklaturen für Interventionen und Ergebnissen, wie dies bei der NNN-Nomenklatur der NANDA-I der Fall ist, verbunden mit einer Erweiterung der Curricula der Ausbildungsstätten der Pflege und einem längerfristig angelegten Organisationsentwicklungsprozess in den Einrichtungen. Angesichts der sehr hohen Bürokratiekosten für eine ineffiziente Pflegedokumentation und der hohen Kosten für eine nicht bedarfsgerechte Pflege aufgrund von Fehleinschätzungen dürfte sich jedoch der Aufwand lohnen. Bei der Planung eines breit angelegten Implementierungsprozesses sollte auf die Erfahrungen und Erkenntnisse der bereits erprobten Pflegediagnostik nach Klassifikationssystemen, wie z.B. ENP®, POP® (vgl. Wieteck 2004:321; Stefan, Schalek 2009:322) zurückgegriffen werden. Keinesfalls können die über mehr als ein Jahrzehnt zusammengetragenen, wissenschaftlichen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen mit Klassifikationssystemen bei der Entwicklung effizienter, die Mindestanforderungen erfüllender Pflegedokumentationssysteme einfach ignoriert werden.

5.4.3 Empfehlung für das Dokumentationsmindestmaß in der stationären Altenpflege aus pflegepraktischer Sicht

Das Review zeigt trotz sorgfältiger, systematischer Recherche und dem Einschluss multimethodischer und auch qualitativer Studien eine sehr geringe Anzahl von Berichten aus Deutschland, die sich mit dem Wirkzusammenhang von Pflegedokumentationssystemen bzw. einzelnen Bestandteilen bzw. Tools und relevanten, erwünschten BewohnerInnen- und NutzerInnenorientierten Outcomes auf fundierter methodischer Basis beschäftigen (n= 7 eingeschlossene Studien bei Mehrfacheinschluss von relevanten Studien für die verschiedenen Endpunkte und bei insgesamt N= 2115 gescreenten Kurzzusammenfassungen und N= 244 Volltextanalysen). Die Anzahl und methodische Qualität der identifizierten, in Deutschland durchgeführten Studien zum Wirksamkeitsnachweis von Pflegedokumentationssystemen und einzelner Bestandteile bzw. Tools zeigen ein deutliches Defizit an Nachweisen über erwünschte oder unerwünschte Wirkungen des Pflegedokumentationssystems. Dennoch waren einzelne Studien mit z. T. hoher methodischer Qualität zu finden, die positive Effekte von Pflegedokumentationstools auf die Endpunkte Lebensqualität der BewohnerIn, soziale Teilhabe, Qualität des Arbeitslebens, handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs und Kommunikation nachweisen. Auf diese Erkenntnisse gilt es konsequent aufzubauen. Pflegende müssen auf diese Werkzeuge vertrauen, um den täglichen, hohen und wechselnden Anforderungen der Alltagspraxis mit den BewohnerInnen gerecht werden zu können. Die von den Pflegefachpersonen wahrgenommene Beanspruchung durch das Pflegedokumentationssystem, ob als Unterstützung oder Belastung, hat entscheidenden Einfluss auf deren Akzeptanz und Umsetzung. Das Pflegeheim ist für die Menschen mit Langzeitpflegebedarf in erster Linie ein Ort des Wohnens und Lebens, an dem sich die BewohnerInnen Sicherheit u.a. bezüglich der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Lebensqualität versprechen.

Aus pflegepraktischer Sicht können nur solche Anteile des Pflegedokumentationssystems verbindlich gefordert werden, für die auch ein positiver Wirksamkeitsnachweis im Sinne erwünschter Wirkungen bei Vermeidung von Nebenwirkungen sowohl auf Seiten der BewohnerInnen als auch der AnwenderInnen solcher Dokumentationssysteme vorliegt. Aus pflegepraktischer Sicht steht die Unterstützung des Arbeitsbündnisses sowohl mit den BewohnerInnen, den Angehörigen als auch mit den KollegInnen und externen Fachkräften (ÄrztInnen, TherapeutInnen) im Vordergrund. Forderungen darüber hinaus z.B. Dokumentationsanteile, die ausschließlich dem Haftungsausschluss, dem Nachweis- und Informationsbedarf hinsichtlich der Erlössicherung der pflegerischen Leistungen oder eine rein theoretische Begründung (z.B. dem theoretischen Pflegeprozessmodell) dienen, sind gesondert zu begründen und hinsichtlich des Ressourcenbedarfs sorgfältig abzuwägen.

Die Professionalität der Pflege wird nicht durch das Pflegeprozessmodell per se und seine vollständige Abbildung in dem Pflegedokumentationssystem belegt. Hansebo und KollegInnen verweisen an dieser Stelle auf Fonteyn und Cooper 1994, die die Eignung des Pflegeprozessmodells für die Pflegedokumentation begründet anzweifeln (Hansebo, Kihlgren und Ljunggren 1999: 1463).

Empfehlung: Die Vollständigkeit der Pflegedokumentation z.B. hinsichtlich umfänglicher Abbildung des Pflegeprozesses ist stets vor dem Hintergrund der erwünschten Wirkungen auf die

Lebenspraxis der AnwenderInnen und die Lebensqualität der BewohnerInnen zu beurteilen. Ein rein bürokratisches Verständnis, das zur vollständigen Abbildung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses führt, scheint bestenfalls keine erwünschten Wirkungen auf die relevanten Endpunkte zu haben, kann darüber hinaus sogar unerwünschte Wirkungen entwickeln.

Für die Eignung des Pflegeprozessmodells als Strukturierungsvorgabe des Pflegedokumentationssystems im Sinne erwünschter Wirkungen auf die Lebenspraxis der AnwenderInnen und BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen gibt es keine ausreichende Evidence. Sie wird jedoch in der Fachliteratur flächendeckend und mehrfach zitiert einfach vorausgesetzt. Darin ist ein systematischer Fehler zu sehen, der durch die vorliegende Übersichtsarbeit belegt werden konnte und den es schnellst möglich zu korrigieren gilt. Professionalität in der Pflege zeichnet sich vielmehr dadurch aus, dass sie Instrumente und Konzepte verwendet, die nachgewiesene positive Wirkungen zeigen. Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Situation des Mangels an Fachpersonal (Palm et al. 2013: 350) und der gestiegenen Anforderungen auf Seiten der Pflegebedürftigen ist die Forderung nach effizienten Instrumenten in der Pflege zu stellen.

Umso begrüßenswerter ist der Forschungsauftrag des StMGP, das in seiner politischen Verantwortung erkannt hat, diese seit Jahren sich im Kreis bewegende Diskussion um die Pflegedokumentation endlich auf eine wissensbasierte und sachliche Basis zu stellen. Dabei ist jedoch auch das Erleben derer, die mit dem Pflegedokumentationssystem und dessen Tools arbeiten sollen, nämlich die Pflegefachpersonen und die BewohnerInnen, die mittelbar betroffen sind, möglichst systematisch einzubeziehen. Methodisch fundierte und regelgeleitete qualitative bzw. multimethodische Studien können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten, wie z.B. die Studie von Kruse et al. 2011 (DEMIAN II) beweist. So muss es Entscheider in Politik und Management zu denken geben, wenn Pflegefachpersonen in solchen Studien von belastenden Gefühlen, wie Unsicherheit, Unzufriedenheit, dem Gefühl, der Sache nicht gerecht zu werden, im Zusammenhang mit Dokumentationstools berichten. Als sei der Praxisalltag mit schwerstpflegebedürftigen Menschen nicht schon Beanspruchung genug. Grundrechte scheinen verletzt zu werden, wenn BewohnerInnen Ärger empfinden, weil sie im Rahmen von vermeintlich nützlichen Assessmentverfahren beobachtet und bewertet werden (Händler-Schuster et al. 2010: 186) oder ihre Sicht der Dinge ausgeschlossen und relativiert wird, weil diese im „fachlichen Filter“ (vgl. Beikirch 2014: 9) im Zweifelsfall extrahiert wird. Auch in Bezug auf Datenschutz und Schutz der Privatsphäre können unerwünschte Wirkungen im Zusammenhang mit Pflegedokumentationssystemen eintreten. So sind die pflegebedürftigen BewohnerInnen und ihre Angehörigen nicht in der Lage, die aus dem Dokumentationssystem abgeleiteten Daten zu kontrollieren oder zu korrigieren. Erschwerend kommt hinzu, dass die Daten und Beurteilungen, einmal in der Pflegedokumentation festgehalten, die Tendenz besitzen „zu erstarren“ und „ein sich verfestigendes Bild abzugeben“ (vgl. Schroeter 2005). Koch-Straube spricht in diesem Zusammenhang auch vom „gläsernen Heimbewohner, dessen Erlebens- und Verhaltensspielräume von den dokumentierten Wahrnehmungen der Professionellen im Zuge einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung eingeschränkt werden“ (Koch-Straube 2005: 221).

Dieser, die personale Integrität angreifende Nebenwirkung gilt es, mittels positiv wirksamer Tools entgegenzuwirken. Nachfolgend werden nun diejenigen identifizierten Pflegedokumen-

tationssysteme und Tools zusammengefasst, für die Nachweise erwünschter Wirkungen hinsichtlich der untersuchten Endpunkte (Lebensqualität der BewohnerInnen, Soziale Teilhabe, Qualität des Arbeitslebens der Pflegefachpersonen, Handlungsleitende Erfassung des Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs und Kommunikation) gefunden werden konnten.

Pflegediagnosen sind klinische Urteile von ausgebildeten Pflegefachpersonen über die aktuellen oder potentiellen Reaktionen eines Individuums, einer Familie, einer Gruppe oder einer Gemeinde auf Gesundheitszustände bzw. Lebensprozesse. Sie bilden die Grundlage für die Entscheidung über die pflegerische Intervention mit dem Ziel Ergebnisse zu erreichen, für die die Pflegefachpersonen verantwortlich ist bzw. die sie beeinflussen kann.

„Nursing diagnosis is a clinical judgment about actual or potential individual, family, group or community responses to health conditions / life processes. A nursing diagnosis provides the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse has accountability" (vgl. NANDA 2014).

Pflegediagnosen entstehen auf der Grundlage einer Entscheidung, die auf genauer Beobachtung und Untersuchung (Informationssammlung und Bewertung) beruht. Sie verdichten komplexe Informationen (z.B. aufgrund von Multimorbidität) aus unterschiedlichen Quellen (z.B. Beobachtungen von unterschiedlichen Personen des Betreuungsteams, direkte Äußerungen der BewohnerIn selbst, objektive Informationen, wie Messergebnisse) zu einer, für die Pflege handlungsleitenden Feststellung des Zustandes der Person (bzw. Familie/Gemeinschaft). Pflegediagnosen sind deshalb insbesondere in der Langzeitpflege älterer, multimorbider PatientInnen von hoher Relevanz.

Pflegediagnosen stellen in der Lebenspraxis der BewohnerInnen eine wertvolle Ergänzung zur medizinischen Diagnostik dar, da sie sich auf die Bedeutungen von Gesundheitszuständen, Krankheiten bzw. lebensprozessrelevanten Phänomenen (wie z. B. Sterben) für die Person (bzw. für die Familie oder Gemeinschaft) beziehen und welche Auswirkungen diese auf die Alltagspraxis der Person (bzw. Familie/Gemeinschaft) haben. Sie unterstützen den pflegespezifischen Fokus auf die gesundheitsrelevante Situation und beziehen sich unmittelbar auf pflegerelevante Phänomene, also auf Erscheinungen, auf die die Pflege auch Einfluss nehmen kann. Durch eine unvollständige oder nicht pflegespezifische Diagnostik werden die für die Person (bzw. Familie/Gemeinschaft) wichtigen und bedeutungsvollen Erscheinungen, also wie die BewohnerIn selbst die Krankheit, die dauernde Pflegebedürftigkeit und ihren Aufenthalt im Heim erlebt, leicht übersehen und können zu einer nicht bedarfsgerechten Versorgung führen. Solche Phänomene sind z.B. Reaktionen auf Verlegungen in andere Pflegeeinrichtungen (Krankenhaus, Reha-Einrichtung), die sich in der Praxis als sog. Verlegungsstresssyndrom äußern können. Dabei kann die Person durch den plötzlichen Umgebungswechsel, der meist mit einem akuten Krankheitsgeschehen verbunden ist, Gefühle der Einsamkeit, der Angst, der Machtlosigkeit bis hin zu Zuständen der Verwirrtheit und der Depression entwickeln. Personen, die durch Amputation ein Gliedmaß verloren haben oder über lange Zeit ausschließlich im Bett liegen, können eine sog. Körperbildstörung entwickeln, die sich in negativen Gefühlen gegenüber des eigenen Körpers äußert, die Körpergrenzen für die betroffene Person verschwimmen lassen und zu Gefühlen der Unsicherheit und Hilflosigkeit bis hin zur Depersonali-

sation führen können. Die Folgen können sein, dass Pflege- und Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden oder schwere Scham- und Schuldgefühle auftreten, die das Wohlbefinden der betroffenen Person sowie deren Mitwirkung an Pflege- und Behandlungsmaßnahmen erheblich beeinträchtigen. Ebenfalls besonders relevante Diagnosen stellt die Pflegefachperson im Bereich des Bewältigungsverhaltens der Person, die von Krankheit oder Lebensprozessen betroffen ist. Die wirksame Bewältigung ist die Voraussetzung für die effektive Anpassung an ein Krankheitsgeschehen, die Entwicklung von Ressourcen und die Wiedererlangung der Selbstständigkeit. An dieser Stelle könnten noch viele weitere, relevante Phänomene aufgezählt werden, die den Krankheitsverlauf und die Bewältigung von Lebensprozessen erheblich beeinflussen und spezifisch von der Pflegefachperson im Rahmen der Pflegediagnostik erkannt werden können. Die stark funktional und an medizinischen Diagnosen und Symptomen ausgerichtete Pflegeplanung lässt solche Aspekte leicht verschwinden, wobei diese Reaktionen auf Gesundheitszustände sowohl für die Person (bzw. Familie/Gemeinschaft) als auch für den gesamten Krankheits- und Lebensverlauf relevant sind und nicht zuletzt diesen auch erheblich verzögern und beeinträchtigen können. Dadurch können sich z.B. Krankenhausaufenthalte verlängern oder medizinische Therapien weniger effizient wirken.

Um zuverlässige Urteile über Reaktionen eines Individuums (bzw. einer Familie, einer Gruppe oder einer Gemeinde) auf Gesundheitszustände bzw. Lebensprozesse bilden zu können, muss die Pflegefachperson über diagnostische Kompetenz verfügen und den pflegediagnostischen Prozess beherrschen. An dieser Stelle ist sicher kritisch anzumerken, dass die Pflegeausbildung dies häufig vernachlässigt.

Bräutigam (2003) und Schrems (2003) beschreiben einen mehrstufigen Beurteilungsprozess. Zunächst sammelt die Pflegefachperson Daten aus dem Gespräch mit den BewohnerInnen und deren Angehörigen sowie mit den Angehörigen der anderen Berufsgruppen, die in dem Versorgungsprozess involviert sind (u.a. ÄrztInnen, TherapeutInnen). Sie hört zu, beobachtet, untersucht und gewinnt dabei messbare „harte“ Fakten und auch „weiche“ Daten, wie subjektive Empfindungen und Erfahrungen (Informationssammlung). Widersprüchliche Information muss durch das Nachfassen von Daten geklärt werden. In einem nächsten gedanklichen Schritt kommt es zu einer ersten Strukturierung der häufig großen Menge von fallbezogenen Daten, die sowohl bewusst-analytisch (anhand der Ätiologie und Kennzeichen der Diagnosen eines Klassifikationssystems) als auch unbewusst-intuitiv (z.B. anhand der Erfahrungen mit ähnlich gelagerten Fällen) erfolgen kann. Dabei vergleicht die Pflegefachperson ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit den aktuellen Wahrnehmungen (Mustererkennung). Es bilden sich erste Annahmen (Hypothesenbildung) über die Situation der BewohnerIn (ihrer Familie bzw. der Gemeinschaft z.B. Wohngemeinschaft) und den Handlungsbedarf der Pflegefachperson. Der folgende Schritt der (Hypothesenprüfung) erfolgt sowohl auf Basis des Wissens (z.B. Wissen über die Kennzeichen einer Diagnose) als auch auf Basis weiterer Informationen und durch die Einbeziehung der Sichtweise der BewohnerIn, indem diese am besten einfach gefragt wird, wie sie selbst ihre Situation einschätzt und sieht. Wenn die BewohnerIn dazu ihre Einschätzung der Pflegefachperson nicht mehr mitteilen kann oder die Mitteilung der BewohnerIn über ihr Erleben der Situation von der Pflegefachperson nicht verstanden wird (in kommunikativ schwierigen Situationen z.B. bei Demenz), muss versucht werden, stellvertretend die Sichtweise der BewohnerIn einzunehmen. Dieser Prozess der Verständigung über die Lage mit der Bewohne-

rIn ist entscheidend für die Klärung, ob die Pflege überhaupt einen Auftrag hat, um tätig zu werden. An dieser Stelle wird die Bedeutung der Pflegediagnostik für die Lebenspraxis deutlich. Theoretisches Wissen über pflegerisch bedeutsame Erscheinungen und ihre Kennzeichen wird auf den jeweils individuellen Einzelfall übertragen. Letztlich bestimmt dann die Person (bzw. die Familie/Gemeinschaft) ob die Diagnose zutreffend ist und daraus ein Handlungsbedarf abgeleitet werden kann. Die „Richtigkeit" der Interpretation der gesundheitsrelevanten Situation durch die Pflegefachperson bemisst sich dabei an der Bedeutung der Situation für die BewohnerIn selbst. Nach Schrems entwickelt sich eine gemeinsame Deutung der aktuellen Situation (Schrems 2003:303ff), die als Arbeitsbasis für die Pflege unerlässlich ist. Entfallen diese wichtigen Schritte der Einschätzung der Situation der BewohnerIn hinsichtlich Handlungsbedarf der Pflegefachperson, weil z.B. aus den Informationen sofort Probleme und Pflegemaßnahmen abgeleitet werden, so verliert sich die Pflegeplanung in einer Vielzahl an einzelnen Problemen und Maßnahmen, die diese Probleme bewältigen sollen. Pflegefachpersonen können dann keine wirklich handlungsleitenden Situationseinschätzungen formulieren geschweige denn priorisieren, sodass die sehr begrenzten personalen Ressourcen sich häufig in Einzelmaßnahmen verlieren, die zwar der Abrechnung der Leistung dienen, jedoch an dem Bedarf der BewohnerIn häufig vollkommen vorbei gehen.

Ein Beispiel aus der Praxis soll dies verdeutlichen:

StudentInnen des 7. Semesters Pflege dual berichten im Rahmen der Fallarbeit von einer 82 jährigen Bewohnerin, der vom Hausarzt die Aufnahme von 2,0 l Flüssigkeit täglich verordnet wurde. Die Pflegefachpersonen wollten der Anordnung des Arztes entsprechen und äußerten Befürchtungen, bei der nächsten Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bei Nichterreichen des Ziels eine negative Bewertung zu kommen und gaben der hochaltrigen Bewohnerin die Flüssigkeit mit einem Schnabelbecher ein. Als sich diese zunehmend gegen die Flüssigkeitseingabe wehrte, musste z.T. gegen den Wiederstand der Bewohnerin (Zupressen der Lippen, Vorschieben der Zunge) gearbeitet werden. Die Studentin, die in dem Pflegeheim arbeitet, wurde von der Wohnbereichsleitung ebenfalls angewiesen, zur Not die Getränke auch mit „Nachdruck" einzugeben, um die Tagesmenge zu schaffen. Bei der multimorbiden Bewohnerin mit Pflegestufe 3 lagen noch weitere Hilfebedarfe in den Bereichen Körperpflege, Ausscheidung, Nahrungsaufnahme und Bewegung vor. Es wurden mehrere Pflegediagnosen von den StudentInnen vorgeschlagen, die für den Fall zutreffend sein könnten. Nach Diskussion des Falls im Plenum sollten sich die StudentInnen auf Anweisung der Kursleitung für eine Diagnose entscheiden, die nach ihrer Einschätzung aus der Sicht der Bewohnerin wohl am wichtigsten ist und den höchsten Handlungsbedarf bedeutet. Die StudentInnen entschieden sich für eine Pflegediagnose aus der Domäne 6: „Gefahr einer beeinträchtigten Menschenwürde" und sahen den höchsten Handlungsbedarf, die gewalttätige Verabreichung von Flüssigkeit zu beenden.

Der Fall einer multimorbiden, hochaltrigen Heimbewohnerin mit zahlreichen Pflegebedarfen zeigt deutlich, welches Potenzial in der Pflegediagnostik steckt. Die Pflegefachpersonen des Wohnbereichs hatten diesen Handlungsbedarf höchster Priorität nicht erkannt, u.a. weil zu viele Einzelprobleme (Flüssigkeitsdefizit, Kontrakturen, Harninkontinenz, Verwirrtheit bei Demenz etc.) und Haftungsängste (bzgl. Dehydratation der Bewohnerin) im Fokus standen. Die

Perspektive der Bewohnerin ist völlig aus dem Blick geraten. Systematische Diagnostik mit Hilfe geeigneter Tools und Klassifikationssystemen kann hier den Prozess der Beurteilung der Situation gezielt und bewohnerorientiert steuern.

Nachfolgend werden nun die in der wissenschaftlichen Literatur identifizierten Diagnostiktools, die als Bestandteile des Pflegedokumentationssystems auf ihre Wirkungen hin untersucht wurden, dargelegt. Auf Basis der vorgefundenen Evidence werden Empfehlungen für die Mindestanforderungen an ein Pflegedokumentationssystem in der stationären Langzeitpflege gegeben.

Hardenacke, Bartholomeyczik und Halek erläutern das Konzept der Verstehenden Diagnostik wie folgt: "Die <<Verstehende Diagnostik>> im Rahmen von strukturierten Fallbesprechungen und unter Nutzung des Assessments IdA fokussieren auf ein Verstehen des Verhaltens und das Erkennen von möglichen Auslösern und Ursachen für das Verhalten. In der vertieften Auseinandersetzung mit dem herausfordernden Verhalten der Bewohner reflektieren Pflegende deren Verhalten, entwickeln neue Haltungen und Einstellungen und gelangen zu einem erweiterten Verständnis für das Verhalten. Als mögliche Konsequenz werten sie das Verhalten der Bewohner nicht mehr als problematisch bzw. herausfordernd, sondern als Form der Kommunikation über die ein Mensch mit Demenz das eigene Ich und seine eigenen Bedürfnisse zum Ausdruck bringt" (Hardenacke, Bartholomeyczik, Halek 2011: 109–110). Die „Verstehende Diagnostik“ ist als multimodale Intervention, die sowohl verschiedene Formen der Fortbildungen, strukturierte Fallbesprechungen als auch ein strukturiertes Assessment einschließt, als komplexe Technologie (Unterstützungs*system*) zu werten.

Die unabhängige staatliche Behörde für Angelegenheiten von behinderten BürgerInnen, die National Disability Authority (NDA) in Irland veröffentlicht regelmäßig Berichte über die Lage der behinderten Menschen in Irland und unterstützt die Politik mit wissensbasierten Empfehlungen und Entscheidungsvorlagen. In den Leitlinien für eine Person-zentrierte Planung, wie sie auch in der „Verstehenden Diagnostik“ umgesetzt ist, wird auf die international zunehmende Evidence hinsichtlich der Wirksamkeit solcher Planungssysteme u.a. auf die Lebensqualität verwiesen:

„There is a growing body of international evidence to suggest the beneficial effects of person centred planning for people with disabilities, for example: person centred planning can alert people to choices available to them and support them in moving towards their preferred options" (National Disability Authority 2014: 19f.).

Person-zentrierte Planung wird von der National Disability Authority (NDA) in Irland hinsichtlich positiver Wirkungen auf die Lebensqualität der behinderten Menschen als wirksam eingeschätzt. Außerdem soll sie zu mehr Selbstbestimmung und Individualisierung der Planung beitragen. Vor dem Hintergrund des meist lebenslangen Hilfebedarfs der behinderten Menschen ist die Situation von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ähnlich einzuschätzen. Beide Gruppen müssen pflegerische Assistenz in ihr tägliches Leben integrieren und haben ein hohes Risiko, dass das eigene Leben an den Strukturen und Prioritäten der professionellen Pflege und nicht an den eigenen Prioritäten ausgerichtet wird. So soll nach Einschätzung der National Disability Authority die Planung eine Unterstützung in einem lebens-

langen Prozess sein, was die These stärkt, dass auch das Pflegedokumentationssystem in der stationären Altenpflege ein Unterstützungssystem für das Arbeitsbündnis sein soll.

Empfehlung**:** Die im Rahmen dieser Studie zur „Verstehenden Diagnostik“ identifizierten Wirksamkeitsnachweise (vgl. u.a. Berendonk et al. 2011, Hardenacke, Bartholomeyczik, Halek 2011) zeigten die beste methodische Qualität der eingeschlossenen Studien und sind als konkrete Ansatzpunkte für wirksame Pflegedokumentationssysteme im Sinne der Unterstützung der Lebenspraxis der BewohnerInnen und Pflegefachpersonen zu nutzen. Die erwünschten Wirkungen erstrecken sich dabei nicht nur auf bewohnerorientierte Outcome-Parameter, wie verbesserte Lebensqualität, sondern auch auf die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Angehörigen und im Betreuungsteam. Zudem kann „Verstehende Diagnostik“ handlungsleitend die aktuelle Gesundheitssituation, in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen und der damit verbundenen Belastungen für die BewohnerIn und ihr Umfeld, und den Pflegebedarf erfassen. Dieser kann auf Basis des verstehenden Zugangs gezielt an den Ursachen herausfordernder Verhaltensweisen ansetzen, wobei diese sowohl bei der BewohnerIn selbst als auch im Umfeld zu suchen sind. An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass sich dieses Tool meist aus mehreren Komponenten zusammensetzt: Fallbesprechung, strukturierte Anamnese und Schulungen der Pflegefachpersonen. Die AutorInnen geben einen Forschungsbedarf hinsichtlich Integration in bestehende Pflegedokumentationssysteme an.

Integration person-zentrierter Erhebungsinstrumente mit Fokus auf die Lebensqualität der BewohnerInnen in das Pflegedokumentationssystem z.B. Dementia Care Mapping (vgl. u.a. Kitwood T und Bredin K, University of Bradford, 1997), Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz (H.L.D.E.) (vgl. u.a. Kruse A, Becker S, Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg 2005)

Im Rahmen der verstehenden Diagnostik seien auch andere Erfassungsinstrumente mit Fokus auf die Lebensqualität bei Demenz erwähnt, die hinsichtlich methodischer Unterstützung von Wirksamkeitsnachweisen von Bedeutung sein können. Im Rahmen des Reviews konnten jedoch keine Wirksamkeitsnachweise gefunden werden. Entweder waren die Erhebungsinstrumente nicht als Teil des Pflegedokumentationssystems beschrieben oder es wurde nicht die Wirkung der Anwendung des Instruments auf die Lebensqualität untersucht, sondern lediglich die Gütekriterien des Instrumentes selbst.

„Besonders der Person-zentrierte Ansatz wurde mit Hilfe des DCM in die Pflegepraxis transferiert, so dass er gemeinsam mit dem Instrument DCM einen wichtigen Beitrag zur sensibilisierten Wahrnehmung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz leistet“ (Flaiz & Meiler 2010: 365).

An dieser Stelle sei jedoch auch auf mögliche Nebenwirkungen solcher Fremdeinschätzungsinstrumente verwiesen, die zum Beispiel im Zusammenhang mit der Anwendung einer Einschätzungsskala zur Erfassung der emotionalen Verfassung von BewohnerInnen (Observed Emotional Rating Scale) in einer Studie in der Schweiz festgestellt wurden (vgl. Händler-Schuster et al. 2010). So lösten fehlende Kodiermöglichkeiten in der Bewertung bei den Pflegefachpersonen

Unzufriedenheit aus und es entstand das „Gefühl, den Beobachtungen nicht gerecht geworden zu sein“ (Händler-Schuster et al. 2010: 184). Das von den AutorInnen beschriebene Gefühl der ProbandInnen, „mehr und vielfältiger gesehen zu haben als tatsächlich mit dem Instrument festgehalten werden konnte“ kann auch als Einschränkung der Kompetenz und der Selbstbestimmung Relevanz für die Qualität des Arbeitslebens haben (Händler-Schuster e. al. 2010: 185). Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese unerwünschten Nebeneffekte auch bei anderen standardisierten Einschätzungsverfahren auftreten. Durch die Fokussierung der Forschung auf die psychometrischen Eigenschaften der Assessmentinstrumente geraten jedoch diese, für die Qualität des Arbeitslebens relevanten Aspekte häufig aus dem Blick. Auch die Nebenwirkungen für die BewohnerInnen waren nicht unerheblich. So wird davon berichtet, dass die Beobachtung bei den BewohnerInnen Ärger auslöste (Händler-Schuster et al. 2010: 186). Die Studie musste aufgrund der Limitation, nur in Deutschland durchgeführte Studien einzuschließen, für die narrative Inhaltsanalyse der vorliegenden Übersichtsarbeit extrahiert werden. Sie sei jedoch als Beleg für Nebenwirkungen und eines weiteren ggf. relevanten Tools erwähnt, denn diese Nebenwirkungen sind stets mit den erwünschten Wirkungen abzuwägen, die ebenfalls im Zusammenhang mit der ORS-Skala aufgetreten sind. Dazu formulieren die AutorInnen ein Forschungsdesiderat, das sich auch auf die Untersuchung der gezielten Integration in die Pflegeplanung zur Verbesserung einer „reflektierten Pflegepraxis“ bezieht (Händler-Schuster et al. 2010: 188)

Empfehlung**:** „Verstehende Diagnostik“ und deren unterstützende Tools wie z.B. das „Innovative demenzorientierte Assessmentsystem (IdA)“ (Holle et al. 2011) in Kombination mit einer strukturierten Fallbesprechung zeigen in ersten Untersuchungen in Deutschland erwünschte Effekte auf wichtige Aspekte der Qualität des Arbeitslebens, wie auf die Belastung durch herausfordernde Verhaltensweisen demenzkranker HeimbewohnerInnen, den Zeitdruck, die Angst vor aggressiven Verhaltensweisen und die Arbeitszufriedenheit. Der Anteil der Pflegenden, denen die Zeit fehlt, um ihre Arbeit zu erledigen, ist durch Einführung der „Verstehenden Diagnostik“ um 18 Prozentpunkte gesunken, ebenso der Anteil der Pflegefachpersonen, die angaben, unter Zeitdruck zu stehen (Differenz 12 %-P.). Nach der Intervention steigt sowohl der Anteil der Pflegenden, der mit der Betreuung und Pflege der Bewohner mit Demenz als auch mit der allgemeinen Arbeitssituation zufrieden ist, um jeweils 12 Prozentpunkte. Der Anteil der Pflegenden, die das Gefühl haben, nicht ausreichend Wissen über die Bewohner zu haben, sank nach der Intervention um 11 Prozentpunkte (%-P.). Die AutorInnen schließen die Möglichkeit ein, dass auch die Fallbesprechungen selbst als eine Art Bildungsmaßnahme wahrgenommen werden, was bei der Effizienzbeurteilung dieses Dokumentationstools auf der Ertragsseite zusätzlich zu berücksichtigen ist. Der Austausch in der Fallbesprechung im Team und Diskussionen tragen zur Wissenssteigerung bei der Pflegefachperson bei.

Die „Verstehende Diagnostik“ sollte deshalb als Bestandteil des Pflegedokumentationssystems den Pflegefachpersonen insbesondere bei BewohnerInnen mit herausfordernden Verhaltensweisen zur Verfügung stehen und angewandt werden können. Weitere Untersuchungen zur Wirkung der „Verstehenden Diagnostik“ auf die Qualität des Arbeitslebens, die soziale Teilhabe der BewohnerInnen, die Lebensqualität der BewohnerInnen, die handlungsleitende Einschätzung des Pflegebedarfs und die Kommunikation sind zu empfehlen, um erwünschte Wirkungen und möglicherweise Nebenwirkungen weiter zu belegen.

Diagnostik auf Basis der Klassifikation nach NANDA-I

Die von Müller-Staub in jahrelanger, konsequenter Forschung sorgfältig zusammengetragenen Belege für die Wirksamkeit der Pflegediagnostik nach der NANDA-I-Systematik (vgl. Müller-Staub 2002, 2008, 2007, 2009, 2010) im Rahmen deutscher und deutsch-sprachiger (Schweiz) Settings sind als verdichtete Evidence zu werten. Eine Studie (Müller-Staub 2007) erfüllte die Einschlusskriterien und konnte Wirksamkeitsnachweise für den Endpunkt handlungsleitende Erfassung des Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (health care need) liefern. Aus pflegepraktischer Sicht ein sehr relevanter Outcome-Parameter für die Wirksamkeit eines Pflegedokumentationstools angesichts des hohen Entscheidungs- und Handlungsdrucks in der Alltagspraxis.

Es gibt weiterhin Erkenntnisse, dass bei Diagnostiktools des Pflegedokumentationssystems neben standardisierten Diagnosen nach Klassifikationsschema, wie etwa der in der Medizin gebräuchlichen International Classification of Diagnosis ICD 9 oder 10 auch die, durch die BewohnerIn wahrgenommenen Krankheitsbelastungen erhoben werden sollten, um erwünschte Wirkungen auf bewohnerorientierte Outcomes, wie die Lebensqualität, zu erzielen. Dies zeigte die Querschnittsuntersuchung und prospektive Kohortenstudie von Bayliss und KollegInnen, in der n= 961 multimorbide TeilnehmerInnen über 65 Jahre eingeschlossen waren.

“In summary, our findings suggest that a complete assessment of morbidity requires both subjective and objective measurement of diseases and disease burden, as well as an assessment of emotional symptoms” (Bayliss et al. 2012: 131).

Die StudienteilnehmerInnen wurden mit standardisierten Instrumenten zu ihrem Gesundheitszustand befragt und es wird berichtet, dass die Grenzen zwischen wahrgenommenen und gemessenen Krankheitsbelastungen fließend waren, sodass in der Diskussion folgende Frage aufgeworfen wurde:

“This raises the question of where a self-reported morbidity measure (such as disease burden or mood assessment) ends and a patient-reported outcome begins” (Bayliss et al. 2012: 131).

Die Pflegediagnostik nach NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association) schließt im Validierungsprozess der Pflegediagnose ausdrücklich die Sichtweise der PatientInnen bzw. BewohnerInnen ein (vgl. NANDA-I 2013), sodass dieses Problem der Abgrenzung von messbarem, von außen beobachtbarem Krankheitsgeschehen und Krankheitserleben durch die PatientIn hier nicht besteht, im Gegenteil die Einbeziehung des Krankheitserlebens die Exaktheit und Qualität der Pflegediagnose sogar erhöht. Medizinische Diagnosen können dies nicht ersetzen.

Empfehlung**:** Die mehrdimensionale Kennzeichenerfassung und Ätiologie der Pflegediagnostik nach NANDA-I oder alternativen Klassifikationssystemen sollte zur Komplexitätsreduktion der Informationssammlung eingesetzt werden. Die vielschichtigen Informationen über die BewohnerInnen können dabei zu einer handlungsleitenden Beurteilung der Situation und des Pflegebedarfs verdichtet werden. In der Arbeit mit multimorbiden, pflegebedürftigen Menschen im institutionellen Kontext eine unerlässliche Voraussetzung, um angesichts der komplexen Prob-

lemlagen überhaupt handlungsfähig zu bleiben und darüber hinaus die wenigen, zur Verfügung stehenden Ressourcen gezielt und bedarfsorientiert einzusetzen. Die Pflegediagnostik kann zur Auftragsklärung mit der BewohnerIn beitragen, indem die professionell begründeten Hypothesen über Situationseinschätzungen mit der Sichtweise der BewohnerIn, d.h. wie die BewohnerIn selbst ihre Situation sieht und einschätzt, abgestimmt werden. Die Pflegediagnose gewinnt dadurch an Zuverlässigkeit und beeinflusst die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit der Erfassung ihres Pflegebedarfs nachweislich positiv. Das Arbeitsbündnis wird durch diese strukturierte Auftragsklärung unterstützt, sodass aus pflegepraktischer Sicht die Pflegediagnostik nach der NANDAI--Struktur im Pflegedokumentationssystem vorgesehen werden soll und die Pflegefachkräfte in ihrer Anwendung geschult werden sollen.

Anamnesetool zur Erfassung individuell bedeutsamer Lebenssituationen: DEMIAN II-Konzept (Berendonk et al. 2011)

In der Anamnese nach dem DEMIAN-Konzept werden unterschiedliche Zugangswege bzw. Quellen (Betreuungsteam, Angehörige) sowie zwei Zeitebenen (Biographie, Vergangenheit und aktuelle Situation) zu bedeutsamen, die Emotionen der BewohnerIn positiv beeinflussenden Themen systematisch berücksichtigt. Auf Basis der so ermittelten bedeutsamen Lebenssituationen kann ein individuelles Angebot positiv bedeutsamer Alltagssituationen von Seiten der Pflege gestaltet werden. Verglichen mit unspezifischen Zuwendungssituationen konnte dieses Angebot auf Basis der „DEMIAN II-Anamnese“ mehr positive Emotionen bei den BewohnerInnen auslösen und verbesserte so die subjektive Lebensqualität im Bereich des emotionalen Wohlbefindens.

Empfehlung**:** Das Tool zur Identifikation positive Emotionen fördernder Situationen sollte in die Anamnese des Pflegedokumentationssystems integriert werden. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die Wirkungen (und Nebenwirkungen) der Anamnese nach dem DEMIAN-II-Konzept auf die Lebensqualität der BewohnerInnen, die soziale Teilhabe, die Qualität des Arbeitslebens, die handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs und die Kommunikation nachzuweisen.

EDV-gestützte Pflegedokumentationssysteme mit mobilen Endgeräten

Erste Belege können vorsichtig als Hinweis auf eine positive Wirksamkeit von EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen mit mobilen Endgeräten gewertet werden (vgl. Kreidenweis 2008, 2009 und Lüngen et al. 2008). Erste Untersuchungen zeigen einen Zeitspar-Effekt bei der Suche nach BewohnerInneninformationen, was auch relevant für die handlungsleitende Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sein kann. Hinsichtlich der Qualität des Arbeitslebens relevant sind positive Wirkungen auf die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen (Be- und entlastung): 95 % schätzen eine positive Bedienerfreundlichkeit ein und 93 % haben das Gefühl der Entlastung (vgl. Kreidenweis 2008). 60 % der Pflegefachpersonen fühlen sich jedoch stärker kontrolliert

(vgl. Kreidenweis 2008), was als unerwünschter Nebeneffekt in weiteren Untersuchungen beachtet werden sollte.

Empfehlung**:** Die Evidence-Lage ist noch nicht ausreichend, um die Einführung solcher Systeme zu empfehlen. Die Sichtweisen der AnwenderInnen von (EDV-gestützten) Pflegedokumentationssystemen mit mobilen Endgeräten sind möglichst schon bei der Entwicklung solcher Systeme einzubeziehen. Diese geben Aufschluss über die Wirkungen (Arbeitszufriedenheit) und Nebenwirkungen (Gefühl, kontrolliert zu werden) der Technologie und liefern konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Tools unter Einbeziehung der Alltagstauglichkeit. Effizienzbeurteilungen von EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen z.B. hinsichtlich Zeitersparnis ohne zuverlässige Erhebung bewohnerInnen- und pflegesensitiver Outcome-Parameter sind als kritisch zu bewerten. Sie könnten hinsichtlich Patientensicherheit und Pflegequalität eine Abwärtsspirale auslösen. Aspekte der Qualität des Arbeitslebens sind nach NutzerInnengruppen (Management auf unterschiedlichen Ebenen, Pflegefachpersonen, Pflegehilfskräfte, Pflegefachpersonen mit eingeschränkten Sprachkenntnissen) differenziert zu erheben.

Zusammenfassung: Die systematische Übersichtsarbeit (Teil-Auftrag „Pflegepraktische Perspektive“) identifizierte 4 Tools (bei n= 7 eingeschlossenen Studien) für das Pflegedokumentationssystem, deren erwünschte Wirkungen mit unterschiedlicher Stärke der Evidence nachgewiesen wurden. Dabei wurden die in der vorliegenden Übersichtsarbeit für die Pflegepraxis relevanten, erwünschten Wirkungen auf die Lebensqualität und die soziale Teilhabe der BewohnerInnen, die Qualität des Arbeitslebens, die handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs und die Kommunikation nicht immer primär bzw. in der in dieser Arbeit definierten Weise untersucht. Durch die Limitationen, die jede Übersichtsarbeit aufweist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne, für die Fragestellungen relevante Studien mit der Suchstrategie nicht identifiziert wurden. Nachfolgende Tabelle soll handlungsleitend die wichtigsten, identifizierten und wirksamen Tools mit der jeweils eingeschätzten Evidence-Stärke zusammenfassen. Eine ausführlichere Beschreibung einschließlich der methodischen Stärken und Schwächen der Studien, die mit den Tools durchgeführt wurden, sind der Tabelle im Anhang (Auswertungstabelle eingeschlossene Studien Stand 02/2014) zu entnehmen.

Tabelle 15: Wirksame Tools für das Pflegedokumentationssystem in der stationären Altenpflege

Pflegedokumentationssytem-Tool	entwickelt bzw. untersucht von	Evidence-Stufe nach Evans 2003	Positive Wirkung und Empfehlung
NANDA Pflegediagnosen	Müller-Staub, Maria; Lavin, Mary Ann; Needham, Ian; van Achterberg, Theo 2007 und Müller-Staub 2002, 2008, 2009,	excellent	Handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs (Zufriedenheit der PatientInnen mit der Erfassung ihres Pflegebe-

	2010		darfs)
Strukturierte Anamnese und Interventionsplanung nach DEMIAN-II-Konzept	Berendonk C., Stanek S., Schönit M., Kaspar R., Bär M., Kruse A. (2011)	good	Lebensqualität der BewohnerIn Qualität des Arbeitslebens
Verstehende Diagnostik mit Assessment IdA (Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem) und strukturierten, interdisziplinären Fallbesprechungen	Holle Daniela, Halek Margareta, Mayer Herbert, Bartholmeyczik Sabine (2011)	fair	Qualität des Arbeitslebens
EDV-gestütztes Pflegedokumentationssystem mit mobilen Endgeräten (Handhelds)	Lüngen Markus, Gerber Andreas, Rupprecht Christoph, Lauterbach Karl W. (2008)	fair	Qualität des Arbeitslebens Handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs
EDV-gestütztes Pflegedokumentationssystem mit mobilen Endgeräten (Handhelds)	Kreidenweis Helmut (2009)	fair/poor	Qualität des Arbeitslebens Kommunikation

5.5 Beantwortung der Fragestellungen des Auftraggebers aus pflegepraktischer Sicht

Der Auftraggeber hatte in der Beauftragung die folgenden Fragen, die mit der Durchführung der Literaturstudie beantwortet werden sollten.

- Welche dokumentierten Inhalte sind für eine Pflegeeinrichtung zur reibungslosen Durchführung der Pflege erforderlich?
- Welche Anforderungen an eine Pflegedokumentation sind belegt, die ein effizientes Arbeiten ermöglicht?
- In welchem Umfang sind die jeweiligen Inhalte zu dokumentieren?

Die Antwortzusammenstellung wird in tabellarischer Form dargestellt:

„Welche dokumentierten Inhalte sind für eine Pflegeeinrichtung zur reibungslosen Durchführung der Pflege erforderlich?“

Inhalt und Umfang der Pflegedokumentation sind u.a. das Ergebnis von Prozessen und hängen stark mit diesen zusammen. Prozess und Ergebnis (dokumentierte Inhalte) sind nicht strikt voneinander zu trennen. So beeinflusst ein sorgfältig durchgeführter, pflegediagnostischer Prozess in Zusammenarbeit mit der BewohnerIn und allen relevanten Personen des Betreuungsteams die Qualität der dokumentierten Pflegediagnose und die Wirksamkeit der daraus abgeleiteten Pflegemaßnahmen.

Unter anderem folgende Prozesse sind für die Inhalte der Pflegedokumentation relevant:

- Interaktionsprozess mit der BewohnerIn, in dem z.B. Wünsche und Prioritäten der BewohnerIn erarbeitet werden
- Pflege- und Beurteilungsprozess (Beurteilung der Situation der BewohnerIn und des Handlungsbedarfs im Pflegeteam)
- Intraprofessionelle Prozesse, z.B. Teambesprechungen, Fallbesprechungen
- Intersektorale Prozesse, z.B. Verlegung aus oder in das Krankenhaus
- Interprofessionelle Prozesse, z.B. Fachgespräch mit behandelndem/r Arzt/ÄrztIn oder TherapeutIn

Folgende Bedingungen wurden für die „reibungslose Durchführung“ der Pflege aus pflegepraktischer Perspektive belegt:

- Handlungsleitende Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes und Pflegebedarfs (**health care need**)
- Kommunikation versorgungsrelevanter Aspekte mit den am Versorgungsprozess unmittelbar Beteiligten (Angehörigen, HausärztInnen usw.) (**communication**)

und als Endpunkte in der Literaturstudie untersucht.

Für folgende Inhalte der Pflegedokumentation liegen zuverlässige Belege vor:

Inhalt	Evidence-Stufe nach Evans 2003, Zuverlässigkeit des Belegs	Mindestanforderung bzw. Empfehlung
NANDA-I Pflegediagnosen	excellent	Dokumentierte Pflegediagnosen sind das Ergebnis des pflegediagnostischen Prozesses. Dieser beinhaltet u.a. den Aufbau einer Vertrauensbeziehung mit der BewohnerIn und ihren Angehörigen, die intra- und inter-

				disziplinäre Fallbesprechung, Informationssammlung, Assessment und Fokusassessment sowie Informationsbewertung und –verdichtung, Hypothesenbildung über Diagnosen, Validierung relevanter Diagnosen u.a. mit der BewohnerIn. Als Ergebnis werden die relevanten Pflegediagnosen dokumentiert. Pflegediagnosen können nach unterschiedlichen Klassifikationssystemen (z.B. NANDA-I, ENP®) gestellt und benannt werden. Für NANDA-I Pflegediagnosen wurden im Rahmen dieses Reviews die besten Belege gefunden, u.a. für die handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs und die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person (AuftraggeberIn) mit der Erfassung ihres Pflegebedarfs. Zur reibungslosen Durchführung der Pflege ist die für die Pflegenden handlungsleitende Beurteilung der Situation aus Sicht der Alltagspraxis und die Klärung des Auftrags von hoher Bedeutung. Häufig liegen in der Langzeitpflege Älterer komplexe Situationen aufgrund von Multimorbidität und vielschichtiger Pflegearrangements vor. Die vielfältigen Informationen aus unterschiedlichen Quellen müssen strukturiert, überprüft und verdichtet werden. Die zahlreichen Bedarfe müssen priorisiert werden, um in der Pflege überhaupt handlungsfähig zu bleiben. Dabei reicht es nicht aus, eine Strukturierungshilfe für diese vielschichtigen Informationen (wie z.B. das SIS-Modell nach Beikirch/Roes 2014, ABDEL-Struktur nach Krohwinkel) anzuwenden, sondern der wesentliche Schritt ist die Verdichtung und Bewertung der Information bis hin zur Beurteilung der Situation und des Handlungsbedarfs. Pflegediagnosen als Ergebnis eines pflegediagnostischen Prozesses (der immer auch die Validierung der Pflegediagnose *mit* dem/r BewohnerIn vorsieht) sind deshalb als **Mindestanforderung an eine Pflegedokumentation in der Langzeitpflege Älterer** zu nennen. Die Diagnosen

				sollten sich darüber hinaus an einem allgemein (auch international) anerkannten Klassifikationssystem mit den relevanten pflegerischen Konzepten und Phänomenen orientieren, um eindeutig intra- und interprofessionell, sowie intersektoral kommuniziert werden zu können.
				Es gibt erste, noch schwache Belege, dass EDV-gestützte Pflegedokumentationssysteme mit mobilen Endgeräten (Handhelds) die handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs technologisch unterstützen können. Diese sind aufgrund der Studienlage jedoch noch nicht zu empfehlen, sollten jedoch weiter untersucht werden. Insbesondere aufgrund ähnlicher Hinweise der Wechselwirkung zwischen EDV-gestützter Dokumentation und Anzahl dokumentierter Pflegediagnosen in der Untersuchung der Mindestanforderungen aus **pflegewissenschaftlicher Perspektive** (Daly et al. 2002). Auch wenn die Anzahl der dokumentierten Diagnosen noch keine Rückschlüsse auf die Qualität der Diagnosen u.a. hinsichtlich der Zuverlässigkeit zulässt und die methodische Qualität der Studie Einschränkungen aufwies.
„Anforderungen an eine Pflegedokumentation, welche ein <u>effizientes Arbeiten</u> ermöglichen“				
	Als Mindestanforderung an Inhalt und Umfang einer Pflegedokumentation sind diejenigen Bestandteile zu stellen, für die es wissenschaftliche Belege erwünschter Wirkungen gibt. Diese erwünschten Wirkungen wurden aus pflegepraktischer Perspektive bzw. der täglichen Lebenspraxis belegt. Die Effizienz ergibt sich aus dem Verhältnis von Aufwand und Ertrag. Dazu ist zunächst der Ertrag, als erwünschte Wirkung zu definieren und zu belegen. Folgende erwünschte Wirkungen wurden als Endpunkte für die Studie belegt: 1. Lebensqualität, Autonome Ausgestaltung der Lebensführung (LQ bzw.QoL: Quality of Life) 2. Soziale Teilhabe: Selbstständige Gestaltung sozialer Kontakte (participation), auf Seiten der Pflegefachpersonen und der unmittelbar im Arbeitsbündnis Mitwir-			

kenden:

3. Qualität des Arbeitslebens und Arbeitszufriedenheit (Quality of Worklife)

Inhalt	Evidence-Stufe nach Evans 2003, Zuverlässigkeit des Belegs	Empfehlung
Strukturierte Anamnese und Interventionsplanung nach **DEMIAN-II-Konzept** Anamnesetool zur Erfassung individuell bedeutsamer Lebenssituationen	good	Die schon als gut belegt zu wertenden positiven Effekte auf die Lebensqualität der BewohnerIn und die Qualität des Arbeitslebens der Pflegenden des DEMIAN-II-Konzepts (Berendonk et al. 2011) sind **für die Pflegedokumentation** bei der **Anamnese/ Informationssammlung** und **Maßnahmenplanung** zu **empfehlen**. Verglichen mit unspezifischen Zuwendungssituationen konnte dieses Angebot auf Basis der „DEMIAN II-Anamnese“ mehr positive Emotionen bei den BewohnerInnen auslösen und verbesserte so die subjektive Lebensqualität im Bereich des emotionalen Wohlbefindens. In der Pflegedokumentation soll sich die Berücksichtigung der unterschiedlichen Zugangswege bzw. Quellen (Betreuungsteam, Angehörige) sowie der beiden Zeitebenen (Biographie, Vergangenheit und aktuelle Situation) zu bedeutsamen, die Emotionen der BewohnerIn positiv beeinflussenden Themen systematisch in der Anamnese nach dem DEMIAN-Konzept abbilden. Auf Basis der so ermittelten bedeutsamen Lebenssituationen kann ein indi-

				viduelles Angebot positiv bedeutsamer Alltagssituationen von Seiten der Pflege gestaltet werden, das sich im Folgenden in der Maßnahmenplanung abbildet. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die Wirkungen (und Nebenwirkungen) der Anamnese nach dem DEMIAN-II-Konzept auf die Lebensqualität der BewohnerInnen, die soziale Teilhabe, die Qualität des Arbeitslebens, die handlungsleitende Erfassung des Pflegebedarfs und die Kommunikation nachzuweisen.
		Verstehende Diagnostik mit Assessment **IdA** (Innovatives demenzorientiertes Assessmentsystem) und strukturierten, interdisziplinären Fallbesprechungen	fair	Die Pflegediagnostik kann mithilfe des IdA-Assessments dahingehend unterstützt werden, dass die Pflegenden einen verstehenden Zugang zu herausfordernden Verhaltensweisen der BewoherIn entwickeln können. **Das IdA-Assessmentsystem kann noch nicht empfohlen, sollte jedoch weiter im Hinblick auf die für dieses Review relevanten Endpunkte bzgl. „effizientes Arbeiten“ untersucht werden.** Mit dem „Innovativen demenzorientierten Assessmentsystem“ können mögliche Auslöser und Ursachen für das Verhalten, die auch außerhalb der Person, welche die herausfordernden Verhaltensweisen zeigt, liegen können, gezielt ermittelt werden. Es findet eine intensive Auseinandersetzung mit dem herausfordernden Verhalten der BewohnerIn statt. Pflegende werden durch die strukturierte Fallbesprechung

				und das Assessment angehalten, zu reflektieren und können neue Haltungen und Einstellungen gegenüber herausfordernden und oft belastenden Verhaltensweisen entwickeln. Das demzufolge erweiterte Verständnis für das Verhalten, das nicht mehr nur als problematisch, sondern als „Form der Kommunikation über die ein Mensch mit Demenz das eigene Ich und seine eigenen Bedürfnisse zum Ausdruck bringt" (Hardenacke, Bartholomeyczik, Halek 2011: 109–110), verstanden wird, kann für die Pflegenden in der Alltagspraxis entlastend wirken und verbessert somit die Qualität des Arbeitslebens. In der Pflegedokumentation zeigt das strukturierte Assessment, die intensive und gezielte Auseinandersetzung mit dem „Fall“ im Rahmen strukturierter Fallbesprechungen. D.h. der Prozess der strukturierten Fallbesprechung bildet sich in dem dokumentierten Assessment und schließlich in der dokumentierten Beurteilung der herausfordernden Verhaltensweise ab. Es sind verschiedene Formen der Fortbildung nach Einschätzung der EntwicklerInnen erforderlich (vgl. Hardenacke, Bartholomeyczik, Halek 2011), um diese Form des strukturierten Assessments durchführen zu können. Der Aufwand für die Fortbildung der Pflegenden ist ins Verhältnis zum Ertrag (vermutlich bessere Qualität des Arbeitslebens) zu setzen.

			Dabei sind auf der Ertragsseite mögliche (noch nicht belegte) erwünschte und unerwünschte Wirkungen für die Lebensqualität der BewohnerInnen zu berücksichtigen.

Der weitere Forschungsbedarf wird hier dargestellt:

Forschungsbedarf Pflegedokumentationssystem	**Vorschlag zur Bedarfsdeckung**
Bedarf eines weiterentwickelten Grundverständnisses über Pflegedokumentationssysteme, was sie sind bzw. nicht sind und was sie leisten sollen/können/müssen aufgrund der Entwicklung in der Pflegewissenschaft und Praxis	**Paradigmenwechsel** von problemorientierten, fragmentierenden (Strukturierung nach ATL u.a.) und Drittansprüchen (z.B. Kontrolle) dienenden Modellen hin zu verstehenden und diagnostizierenden Ansätzen, welche die AnwenderInnen unterstützen. Dabei sind die Personen mit Pflegebedarf als primäre AuftraggeberInnen und NutzerInnen der pflegerischen Leistung mit ihren Angehörigen bzw. ihrer Familie (vgl. Köhlen & Friedemann 2006) und die Pflegefach- und hilfspersonen als primäre NutzerInnen in den Blick zu nehmen. Dies ist ein ethischer Anspruch, ein Gebot des transformativ-emanzipatorischen Paradigmas moderner Evaluationsforschung und eine Frage der Akzeptanz von Pflegedokumentationssystemen in der Alltagspraxis und letztlich der Effizienz.
Bedarf an einem einheitlichen und der technologischen Entwicklung angemessenem Verständnis von „Pflegedokumentation“ , um Forschungsergebnisse aggregieren (in Metaanalysen) und vergleichen zu können	Einigung über eine **Definition**, wie z.B. von IQP 2014 vorgeschlagen; Die folgenden Dimensionen der Pflegedokumentation sind dabei zu berücksichtigen: • Pflegedokumentation als ein System von Dokumenten und Tools (z.B. Erhebungsinstrumente) • Pflegedokumentation als Prozess im (über-) betrieblichen System • Pflegedokumentation als unterstützende

Forschungsbedarf Pflegedokumentationssystem	Vorschlag zur Bedarfsdeckung
	Technologie
steigender **Bedarf an effizienten Planungs- und Dokumentationssystemen bzw. Tools** (vgl. u.a. Blair & Smith 2012) durch knapper werdende Ressourcen, bei z.T. rasanter technologischer Entwicklung und bei zunehmender Spezialisierung der Pflege	Aufwandserhebungen und Wirkungsnachweise mit beobachtenden, quantitativen und qualitativen Verfahren Erhebung der Beanspruchung der Pflegefach- und - hilfspersonen (NutzerInnen des Pflegedokumentationssystems) und der pflegebedürftigen Personen (mittelbar betroffen vom Pflegedokumentationssystem z.B. Befragung im Rahmen eines im Pflegedokumentationssystem angelegten Erhebungsbogens) mit qualitativen Methoden ggf. Erhebung des Aufwandes und der Beanspruchung weiterer Anspruchsgruppen (z.B. ÄrztInnen, TherapeutInnen)
Bedarf an einer **laufenden und systematischen Erhebung des Forschungsstandes** bzgl. gut untersuchter Pflegedokumentationssysteme und Tools	Systematische Übersichtsarbeiten zur Feststellung des Forschungsstandes und –bedarfs mindestens alle 3 Jahre Ergebnisse in der Forschungsplanung und Forschungsförderung berücksichtigen
Bedarf an **Evidence-Verdichtung** und **Technologieentwicklung**	Nachfolgende, bereits gut untersuchte Pflegedokumentationssysteme und Tools sind weiter hinsichtlich erwünschter und unerwünschter Wirkungen zu untersuchen: •Verstehende Diagnostik in Kombination mit Fallbesprechungen •Pflegediagnostik nach NANDA-I •EDV-gestützte Dokumentationssysteme mit mobilen Endgeräten
Bedarf an **Innovation**	Systematische Suche nach Dokumentationssystemen/Tools aus anderen Branchen und Ländern sowie nach Best-Practice-Modellen Prüfung der Übertragbarkeit durch Technologieentwicklung, pilothafte Implementierung und Interventions- bzw. Vergleichsstudien Förderung von NachwuchswissenschaftlerInnen in der Pflege und in angrenzenden Bereichen (z.B. Design, IT), Ausschreibung von Innovations- und Forschungspreisen
Bedarf an Entwicklung geeigneter **Forschungsmethoden**	Ex-ante-Untersuchungen (z.B. Einbeziehung der AnwenderInnen und pflegebedürftigen Personen bereits bei der Entwicklung von Pfle-

Forschungsbedarf Pflegedokumentationssystem	Vorschlag zur Bedarfsdeckung
	gedokumentationssystemen/Tools) Programmevaluation mit multimethodischem Ansatz (vgl. u.a. auch McGillis Hall et al. 2006) Integration von Testverfahren aus der IT-Entwicklung z.B. video-gestützte Usability-Test-Verfahren

Tabelle 16: Forschungsagenda “Wissensbasierte Pflegedokumentationssysteme als Unterstützung für das Arbeitsbündnis in der Langzeitpflege Älterer” (Herold-Majumdar 2014)

6. Literatur

Aegis Software und Enercon Technologies: Transforming quality and production information infrastructure by software infrastructure by software: Meet the process improvement goals. EPP Elektronik Produktion & Prüftechnik (0P1), 2012.

Alexander, B. J., Plank, P., Carlson, M. B., Hanson, P., Picken, K. und Schwebke, K.: Methods of pain assessment in residents of long-term care facilities: a pilot study. J Am Med Dir Assoc 6 (2), 2005, 137–143.

Ammenwerth, E., Eichstädter, R., Happek, T. und Schrader, U.: EDV in der Pflegedokumentation: Ein Leitfaden für Praktiker. Schlüter, Hannover, 2003.

Ashworth, P.; Björn, A.; Dechanoz, G.; Delmotte, L.; Farmer, E.; Kordas, A. et al.: World Health Organisation, in: Regional Office for Europe (Hg.): People's needs for nursing care: a European study, Copenhagen, 1987.

Bär, M., Böggemann, M. und Kruse, A.: Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen – Entwicklung einer Methode zur Förderung der Lebensqualität durch Stimulierung positiver Emotionen. Pflege und Gesellschaft 10 (1), 2005, 60–61.

Bartholmeyczik, S. und Morgenstern, M.: Qualitätsdimensionen in der Pflgedokumentation - eine standardsierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. Pflege 17, 2004, 187–195.

Bartholomeyczik, S.: Zur Bestimmung von Pflegebedarf. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (63), 2003, 306–311.

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, Cora und Zegelin, A.: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Witten, 2006.

Bartling, G. und Engberding, M.: Verhaltensanalyse und Fallkonzeption im Rahmen des Problemlösemodells. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 30 (1), 2009, 35–55.

Bayliss, E. A., Ellis, J. L., Shoup, J. A., McQuillan, D. B. und Steiner, J. F.: Association of Patient-Centered Outcomes With Patient-Reported and ICD-9–Based Morbidity Measures. Ann Fam Med 10, 2012, 126–133.

Becker, C., Behncke, A., Börner, M., Hoben, M., Kuß, O., Selinger, Y., Targan, K., Zimmermann, M. und Behrens, J.: Implementierung des Resident Assessment Instruments (RAI) als Qualitäts-

entwicklungsinstrument in der stationären Langzeitpflege. In: Pflegeforschungsverund Mitte-Süd: Ergebnisbericht des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd im Netzwerk Nursing Research: 2. Förderphase 2007-2011, 2012, 23–66.

Becker, C. und Behrens, J.: Bedarfsgerechte Steuerung und Qualitätsentwicklung der stationären Langzeitpflege - Eine rationalisierungstheoretische Untersuchung am Beispiel des Resident Assessment Instrument (RAI). In: Behrens, J., Weber, A., undSchubert, M.: Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin, Toronto, 2012, 91–121.

Behrens, J.: Unbeabsichtigte Anreize durch Qualitätssicherung? Zu einigen Risiken und Nebenwirkungen von QS und QM im Gesundheitswesen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rehabilitation im Wandel. Kongressbericht, 2000, 327–328.

Behrens, J.: Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence. In: Schroeter, K.R.: Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Juventa-Verl., Weinheim, München, 2005, 51–70.

Behrens, J., Zimmermann, M., Selinger, Y. und Schubert, M.: Horizontale und vertikale Koordination in der multiprofessionellen Rehabilitation Pflegebedürftiger – verantwortungsethisch!: Qualität in der Rehabilitation – Management, Praxis, Forschung, Leipzig, 2010.

Beikirch, E. und Roes, M.: Projekt "Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspfelge e.V. (BAGFW) und dem Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa). Abschlussbericht, Berlin, Witten, 2014.

Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Bär, M. und Kruse, A.: Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz: Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. Z Gerontol Geriat 44, 2011, 13–18.

Blair, W. und Smith, B.: Nursing documentation: Frameworks and barriers, Contemporary Nurse 41 (2), 2012, 160–168.

BMFSFJ: Erfüllungsaufwand im Bereich…Pflege: Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung, 2013.

Boorsma, M., Frijters, Dinnus H M, Knol, D. L., Ribbe, M. E., Nijpels, G. und van Hout, Hein P J: Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne 183 (11), 2011, E724-32.

Borchelt, M., Vogel, W. und Steinhagen-Thiessen, E.: The Geriatric Minimum Data Set (Gemidas) of the Federal Association of Clinical Geriatric Facilities e. V. as an instrument for quality assurance in inpatient geriatrics. Z Gerontol Geriatr. 32 (1), 1999, 11–23.

Brach, M., Cieza, A., Stucki, G., Füßl, M., Cole, A. und Ellerin, B. E.: ICF core sets for breast cancer. Journal of Rehabilitation Medicine 44, 2004, 121–127.

Brandenburg, H.: Das Resident Assessment Instrument (RAI): Ausgewählte empirische Befunde und Konsequenzen für die pflegewissenschaftliche Diskussion in Deutschland. Pflege und Gesellschaft 7 (3), 2002, 95–102.

Bräutigam, C.: Situationsverstehen im Pflegeprozess. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V.: Pflege und Gesellschaft. Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung 2002. Mabuse, Frankfurt am Main, 2003.

Brüggemann, J.: Der Pflegeprozess in der Altenpflege – eine umfassende Herausforderung für das Pflegemanagement. In: Igl, G. und Schiemann, D.: Qualität in der Pflege. Schattauer, Stuttgart, 2002.

Bullinger, H.-J., Wörner, K. und Prieto, J.: Wissensmanagement – Modelle und Strategien für die Praxis. In: Bürgel, H.D.: Wissensmanagement – Schritte zum intelligenten Unternehmen. Springer, Berlin, 1998.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: INQA, Initiative neue Qualität in der Arbeit. Zeitdruck in der Pflege reduzieren, Dortmund, 2010.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland, 2006.

Bundesministerium für Gesundheit: Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Online im Internet: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf in der Version vom 04.04.2014.

Cella, D. F. und Tulsky, D. S.: Measuring Quality of Life Today: Methodological Aspects. Oncology (4), 1990, 29–38.

Cieza, A., Ewert, T., Üstün, B., Chatterji, S., Kostanjsek, N. und Stucki, G.: Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. Rehabil Med 44, 2004, 9–11.

Clarke, P. N. und Brooks, B.: Quality of Nursing Worklife: Conceptual Clarity for the Future. Nursing Science Quarterly 23 (4), 2010, 301–305.

CNO: Practice standard. Documentation, Revised 2008, College of Nurses Ontario (CNO), 2008.

College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNNS): Documentation Guidelines for Registered Nurses, Halifax, NS, Canada, 2012. Online im Internet: https://www.crnns.ca/documents/DocumentationGuidelines.pdf in der Version vom 20.02.2014.

Corsten, H. und Gössinger, R.: Dienstleistungsmanagement. Oldenbourg, München u.a, 2007.

Currell, R. und Urquhart, C.: Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. The Cochrane database of systematic reviews (3), 2003, CD002099.

Daly, J. M., Buckwalter, K. und Maas, M.: Written and computerized care plans. Organizational processes and effect on patient outcomes. J Gerontol Nurs 28 (9), 2002, 14–23.

Ehrenberg, A. und Ehnfors, M.: The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. Scandinavian Journal of Caring Sciences 15 (4), 2001, 303–310.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M. und Smedby, B.: Auditing nursing content in patient records. Scandinavian Journal of Caring Sciences 15 (2), 2001, 133–141.

Engström, M., Skytt, B. und Nilsson, A.: Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. Journal of Nursing Management 19, 2011, 732–741.

Evans, D.: Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. Journal of Clinical Nursing 12 (77-84), 2003.

Fiechter, V./Meier, M.: Pflegeplanung, Recom Verlag: Basel 1998.

Flaiz, B. und Meiler, M.: Dementia Care Mapping (DCM) und das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE.): eine pflegewissenschaftliche Betrachtung und Diskussion. Pflege und Gesellschaft 15 (4), 2010, 353–367.

Fossey, J.; Ballard, C.; Juszczak, E.; James, I.; Alder, N.; Jacoby, R. & Howard, R.: Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial, in: BMJ 2006, 332, 756-761.

Fries, B. E., Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Mor, V. und Park, P. S.: Effect of the National Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems. J Am Geriatr Soc 45 (8), 1997, 994–1001.

Friesacher, H.: Pflege und Technik – eine kritische Analyse. Pflege und Gesellschaft 15 (4), 2010.

Gansweid, B., Wingenfeld, K. und Büscher, A.: Definition der Pflegebedürftigkeit. Konzepte und Verfahren zur Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI und zur Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens. Sozialer Fortschritt unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik (2), 2010, 53–60.

Gattinger, H., Ott, S. und Saxer, S.: Interrater-Reliabilität und Übereinstimmung der Schweizer RAI-MDS Version 2.0. Pflege 27 (1), 2014, 19–29.

Gattinger, H., Ott, S. und Saxer, S.: Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA und RAI: Vergleich der Outcomes in Minuten. Pflege 27 (1), 2014, 31–40.

Gebhardt, C., Kirchberger, I., Stucki, G. und Cieza, A.: Validation of the Comprehensive ICF Core Set for Rheumatoid Arthritis: The Perspective of Physicians. Journal of Rehabilitation Medicine 42 (8), 2010, 780-788(9).

Gildemeister, R.: Professionelles soziales Handeln - Balancen zwischen Wissenschaft und Lebenspraxis. In: Wilfing, H.: Konturen der Sozialarbeit. WUV-Univ, Wien, 1995, 25–40.

Glatzer, W.: Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden: Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In: Bellebaum, A.: Glück und Zufriedenheit: Ein Symposium. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1992, 49–85.

Glatzer, W., Zapf, W. und Berger-Schmitt, R.: Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Campus, Frankfurt [am Main], New York, 1984.

Goffman, E.: Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor Books, Garden City N.Y., 1961.

Grill, E., Müller, M., Quittan, M., Strobl, R., Kostanjsek, N. und Stucki, G.: Brief ICF core set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities. Journal of Rehabilitation Medicine (43), 2011, 139–144.

Händler-Schuster, D., Geschwindner, H., Oppikofer, S. und Them, C.: Wie erleben Erfasserinnen den Umgang mit der Observed Emotional Rating Scale? Pflege 23 (3), 2010, 181–189.

Hansebo, G., Kihlgren, M. und Ljunggren, G.: Review of nursing documentation in nursing home wards - changes after intervention for individualized care. Journal of Advanced Nursing 29 (6), 1999, 1462–1473.

Hardenacke, D., Bartholomeyczik, S. und Halek, M.: Einführung und Evaluation der „Verstehenden Diagnostik“ am Beispiel des Leuchtturmprojektes InDemA. Pflege und Gesellschaft 16 (2), 2011.

Hawes, C., Mor, V., Phillips, C. D., Fries, B. E., Morris, J. N., Steele-Friedlob, E., Greene, A. M. und Nennstiel, M.: The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality. J Am Geriatr Soc 45 (8), 1997a, 977–985.

Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Fries, B. E., Murphy, K. und Mor, V.: Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age Ageing 26 Suppl 2, 1997b, 19–25.

Heiner, M.: Handlungskompetenz "Fallverstehen". In: R. Becker-Lenz et al.: Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule: Handlungskompetenz "Fallverstehen". VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2012, 201–218.

Heislbetz, C.: Die Dokumentation in der Altenpflege: Ihr Zusammenwirken mit der Pflege- und Managementqualität sowie der Lebensqualität der Pflegebedürftigen Eine Internationale Vergleichsuntersuchung. Dissertation, Bamberg, 2009.

Herold-Majumdar, A. und Behrens, J.: Lebensqualität im Fokus des Qualitätsaudits in der Langzeitpflege. Der Lebensqualitäts-Index (LQ-Index) - ein "Zauberstab" mit begrenzter Wirkung. Quality of life in the Focus of Quality Audits in Long-Term Care. The Quality of Life Index (QoL Index) – A Magic Wand with Limited Efficacy. Das Gesundheitswesen 74. (12), 2012, 806–811.

Holle, D., Halek, M., Mayer, H. und Bartholomeyczik, S.: Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Pflege 24 (5), 2011, 303–316.

Hölscher, S.: Pflegesatzverhandlungen unter die Lupe genommen: Die Verhandlungspraktiken der Kostenträger in Pflegesatzverhandlungen kritisch betrachtet – am Vergleich Niedersachsen – NRW. Heim und Pflege 37 (11), 2006, 331–335.

Holtkamp, C. C., Kerkstra, A., Ooms, M. E., van Campen C. und Ribbe, M. W.: Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. Int J Nurs Stud 38 (6), 2001, 619–628.

Horn, S. D., Sharkey, S. S., Hudak, S., Gassaway, J., James, R. und Spector, W.: Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: a pilot study implementing standardized nurse aide documentation and feedback reports. Adv Skin Wound Care 23 (3), 2010, 120–131.

Imhof, L., Naef, R. und Mahrer-Imhof, R.: Swiss research agenda for gerontological nursing. Pflege 21 (6), 2008, 435–451.

in der Schmitten, J., Lex, K., Mellert, C., Rothärmel, S., Wegscheider, K. und Marckmann, G.: Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen: Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie. Deutsches Ärzteblatt 111 (4), 2014, 50–57.

Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E. und Forsberg, A.: Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (3), 2010, 611–618.

Jordan, J., Gittel, J., Bettig, U. und Gräske, J.: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel von careplus - eine Zufriedenheitsbefragung. Pflege und Gesellschaft 19 (1), 2014, 30–39.

Josat, S., Schubert, H.-J., Schnell, M. W. und Köck, C.: Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind – Eine Literaturanalyse. Pflege 19 (2), 2006, 79–87.

Kaasalainen, S., Brazil, K., Akhtar-Danesh, N., Coker, E., Ploeg, J., Donald, F., Martin-Misener, R., DiCenso, A., Hadjistavropoulos, T., Dolovich, L. und Papaioannou, A.: The evaluation of an interdisciplinary pain protocol in long term care. J Am Med Dir Assoc 13 (7), 2012, 664.e1-664.e8.

Keenan, G. M., Yakel, E., Tschannen, D. und Mandeville, M.: Chapter 49. Documentation and the Nurse Care Planning Process. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). In: Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses, 2008, 3-175 bis 3-206.

Kim, T. Y. und Coenen, A.: Toward harmonising WHO International Classifications: a nursing perspective. Informatics for Health & Social Care 36 (1), 2011, 35–49.

Klapper, B., Lecher, S., Schaeffer, D. und Koch, U.: Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus. Pflege 14 (6), 2001, 387–393.

Koch-Straube, U.: Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, K.R.: Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Juventa-Verl., Weinheim, München, 2005, 211–226.

Köhlen, C. und Friedemann, M.-L.: Überprüfung eines Familien-Assessment-Instruments auf der Grundlage der Theorie des systemischen Gleichgewichts. Pflege 19, 2006, 23–32.

Kreidenweis, H.: Projekt-Bericht.: Evaluation der Einführung von Pflegedokumentations-Software bei leben&wohnen, Stuttgart. Online im Internet: http://fordoc.ku-eichstaett.de/1146/1/Projekt-Bericht-LeWo-08.pdf in der Version vom 24.04.2014.

Kreidenweis, H.: Nützliche Technik: Der Computer hilft in der Pflege. Altenpflege 5, 2009, 29–31.

Kreisverwaltungsreferat der Landeshauptstadt München (KVR): ReduDok, Reduzierung der Dokumentation,: Projektbericht, München, o.J.

Krohwinkel, M.: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. Huber, Bern, 2008.

Kuosma, K., Hjerrild, J., Pedersen, P. U. und Hundrup, Y. A.: Assessment of the nutritional status among residents in a Danish nursing home - health effects of a formulated food and meal policy. J Clin Nurs 17, 2008, 2288–2293.

Luhmann, N.: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie, Suhrkamp: 1984.

Lüngen, M., Gerber, A., Rupprecht, C. und Lauterbach, K. W.: Effizienz der computergestützten Dokumentation in Pflegeheimen – eine Pilotstudie. Pflege Zeitschrift 61 (6), 2008, 334–339.

Maas, M., Buckwalter, K. C., Swanson, E., Specht, J., Tripp-Reimer, T. und Hardy, M. A.: The caring partnership: Staff and families of persons institutionalized with Alzheimer's disease. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, November/December 9, 1994, 21–30.

MacKeigan, L. D. und Pathak, D. S.: Overview of health-related quality-of-life measures. Am J Hosp Pharm (49), 1992, 2236–2245.

Mahlberg-Breuer, A. und Mybe, U.: Pflegedokumentation: Das Handbuch für die Pflegeleitung, 2007.

McGillis Hall, L., Doran, D., O'Brien-Pallas, L., Tranmer, J., Rukholm, E., Thomson, D., Pink, L., Peterson, J., Johnston, E. und Palma, A.: Quality Worklife Indicators for Nursing Practice Environments in Ontario: Determining the Feasibility of Collecting Indicator Data, Ontario, 2006.

MDS: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation: Handlungsempfehlung zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege, 2005.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege: 3. Bericht des MDS nach § 114 a Abs. 6 SGB XI, 2012.

Montero-Odasso, M., Levinson, P., Gore, B., Epid, D., Tremblay, L. und Bergman, H.: A flowchart system to improve fall data documentation in a long-term care institution: a pilot study. J Am Med Dir Assoc 8 (5), 2007, 300–306.

Mor, V., Intrator, O., Fries, B. E., Phillips, C., Teno, J., Hiris, J., Hawes, C. und Morris, J.: Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. Journal of the American Geriatrics Society 45 (8), 1997, 1002–1010.

Mukamel, D. B.: Risk-adjusted outcome measure and quality of care in nursing homes. Medical Care 35, 1997, 367–385.

Müller-Staub, M.: Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit. Pflege 15 (03), 2002, 113–121.

Müller-Staub, M.: Studien zum Einsatz von Pflegeklassifikationen. Pflegezeitschrift 62 (6), 2009.

Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I. und van Achterberg, T.: Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse – Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. Pflege 20 (6), 2007, 352–371.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M. und van Achterberg, T.: Testtheoretische Gütekriterien des Q-DIO, eines Instruments zur Messung der Qualität der Dokumentation von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen. Pflege 23 (2), 2010a, 119–128.

Müller-Staub, M., Needham, I., Lunney, M., Odenbreit, M., Lavin, M. A. und van Achterberg, T.: Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen: Kriterien und Operationalisierung des Messinstruments Q-DIO. Pflege 21 (5), 2008, 327–338.

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A. und van Achterberg, T.: Guided clinical reasoning to implement nursing diagnoses - a cluster randomized study. Pflegewissenschaft 12 (4), 2010b, 233–240.

Munkvold, G., Ellingsen, G. und Monteiro Eric: From plans to planning: the case for nursing plans: Group ´07, International ACM conference on supporting group work. p. 21-30. Online im Internet: http://dl.acm.org/citation.cfm?id=1316628 in der Version vom 20.04.2014.

Munyisia, E. N., Yu, P. und Hailey, D.: How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: an observational study. J Adv Nurs 67 (9), 2011, 1908–1917.

Naegele, G., Schönberg, F. und Schulz-Hausgenoss, A.: Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur Erfassung des »patient view« von Demenzkranken in vollstationären Pflegeeinrichtungen als Grundlage für eine Ressourcen erhaltende Pflege. Pflege und Gesellschaft 10 (1), 2005.

NANDA International: Nursing diagnoses: Definitions and classification 2012-14. Wiley-Blackwell, Oxford, 2012.

NANDA International: Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012-2014. Recom, Kassel, 2013.

National Disability Authority: Guidelines on Person Centred Planning in the Provision of Services for People with Disabilities in Ireland. Online im Internet: http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/12AF395217EE3AC7802570C800430BB1/$File/main.pdf in der Version vom 18.04.2014.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit: Landespflegebericht nach § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG)., Hannover, 2005.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Glossary of terms. Online im Internet: http://www.nanda.org/nanda-international-glossary-of-terms.html in der Version vom 09.05.2014.

Oliveira, N., Chianca, T. und Rassool, G. H.: A Validation Study of the Nursing Diagnosis Anxiety in Brazil. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 19 (3), 2008, 102–110.

Ollenschläger, G.: Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege, Köln, 2007.

Paans, W. und Müller-Staub, M.: DRG und Elektronische Pflegedokumentation: Risiken und Chancen. PFLEGEWISSENSCHAFT 06/10 (06), 2010.

Palm, R., Köhler, K., Dichter, M. N., Bartholomeyczik, S. und Holle, B.: Entwicklung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Interventionen für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe in Deutschland – eine Literaturstudie. Pflege 26 (5), 2013, 337–355.

Pelletier, D., Duffield, C. und Donoghue, J.: Documentation and the transfer of clinical information in two aged care settings. The Australian journal of advanced nursing a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation 22 (4), 2005, 40–45.

Phillips, C. D., Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Mor, V., Nennstiel, M. und Iannacchione, V.: Association of the Resident Assessment Instrument (RAI) with changes in function, cognition, and psychosocial status. J Am Geriatr Soc 45 (8), 1997, 986–993.

Porter, M. E. und Kramer, M. R.: Strategy & Society: The Link Between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility. Harvard Business Review Dezember, 2006.

Rauch, A., Kirchberger, I., Boldt, C., Cieza, A. und Stucki, G.: Does the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis capture nursing practice? A Delphi survey. International Journal of Nursing Studies 46, 2009, 1320–1334.

Reuther, S., van Nie, N., Meijers, J., Halfens, R. und Bartholomeyczik, S.: Mangelernährung und Demenz bei Bewohnern in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland: Ergebnisse von Prävalenzerhebungen aus den Jahren 2008 und 2009. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (3), 2013, 260–267.

Rubinstein, R. L.: Resident Satisfaction, Quality of Life and „Lived Experience“ as Domains to Be Assessed in Long-Term Care. In: Cohen-Mansfield, J., Ejaz, F. K., Werner, P. (Hrsg): Satisfaction Surveys in Long-Term Care, New York, 2000, 2000, 13–28.

Saranto/Kinnunen (2008): Evaluating nursing documentation. Research designs and methods, systematic review.

Scherb, C. A., Head, B. J., Maas, M. L., Swanson, E. A., Moorhead, S., Reed, D., Conley, D. M. und Kozel, M.: Most Frequent Nursing Diagnoses, Nursing Interventions, and Nursing-Sensitive Patient Outcomes of Hospitalized Older Adults With Heart Failure: Part 1. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 22 (1), 2011, 13–22.

Schmidt, S. G., Palm, R. und Dichter, M.: Arbeitsbedingte Prädiktoren für Zufriedenheit in der Demenzversorgung bei Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Pflege 24 (2), 2011, 85–95.

Schnabel, E. und Schönberg, F.: Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven. In: Naegele, G. und Peter, G.: Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, 2004, 168–190.

Schneekloth, U. und Wahl, H.-W.: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für "Good Practice" integrierter Abschlussbericht: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online im Internet: http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-mug4,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf in der Version vom 24.02.2014.

Scholz, T.: Das intelligente Heim: Ablaufoptimierung, kurze Wege, Entbürokratisierung. Bericht über das Modellprogramm. In: Regiestelle Modellprogramm (Hrsg.): „Das intelligente Heim“: Gesellschaft für Umweltplanung Stuttgart in Kooperation mit Sozialplanung in Baden-Württemberg e. V. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008.

Schoppe, B.: Erhebung des Entwicklungs- und Optimierungsbedarfes der Software Connext Vivendi PD mittels Usability-Test-Verfahren: Bachelorarbeit Hochschule München, 2013.

Schrems, B.: Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. facultas UTB, Wien, 2003.

Schroeter, K. R. (Hrsg.): Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Juventa-Verl., Weinheim, München, 2005a.

Schroeter, K. R. (Hrsg.): Soziologie in der Pflege, 2005b.

Schumacher, J., Klaiberg, A. und Brähler, E.: Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe, Göttingen, 2003.

Selinger, Y., Schaepe, C., Zimmermann, M. und Behrens, J.: Ermittlung von pflegewissenschaftlichen Grundlagen für die Erstellung von Empfehlungen zur Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Menschen (EmVeMe) Handlungsfeld Pflegeplanung und -dokumentation: Studie im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Landespflegeausschuss Sachsen, 2007.

Sellemann, B., Flemming, D., Frey, A. und Hübner, U.: Informationssysteme in der Pflege. Fortschritt oder Stagnation in den letzten 5 Jahren?: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. 53. Jahrestagung der Meeting Abstract, Stuttgart, 2008.

Springer Gabler Verlag: Gabler Wirtschaftslexikon: Stichwort: Arbeitsplan. Online im Internet: http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55288/arbeitsplan-v5.html in der Version vom 06.03.2014.

Stanek, S., Berendonk, C., Schönit, M., Kaspar, R. und Kruse, A.: Individuelle Erlebnisräume für Menschen mit Demenz gestalten.: Das DEMIAN-Projekt. PADUA (4), 2010, 42–49.

Statistisches Bundesamt: Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege: Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung, Wiesbaden, 2013.

Stefan, H. und Schalek, K.: pop® - PraxisOrientierte Pflegediagnostik: Argumente für ein neues Klassifikationssystem in der Pflege. pro Care 6, 2009, 26–29.

Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J. und Hardiker, N. R.: Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews (1), 2009.

Uzarewicz, C. und Moers, M.: Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. Pflege und Gesellschaft 17 (2), 2012, 101–176.

Vaarama, M., Pieper, R. und Sixsmith, A. (.: Care-related quality of life in old age: The concepts, models and empirical findings. Springer, New York, NY, 2008.

Voutilainen, P., Isola, A. und Muurinen, S.: Nursing documentation in nursing homes -- state-of-the-art and implications for quality improvement. Scandinavian journal of caring sciences 18 (1), 2004, 72–81.

WHO Regionalbüro für Europa: Quality assurance of health service, Copenhagen 1988.

Wieteck, P.: Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. ENP® European Nursing care Pathways. PRINTERNET 9, 2004, 486–494.

Wieteck, P.: Praxisleitlinien Pflege: Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP. Recom, Kassel, 2013.

Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bielefeld/Köln 2011.

Wolter, A., Stolle, C., Roth, G. und Rothgang, H.: Verbessert das Resident Assessment Instrument die ambulante Pflege? - Ergebnisse einer bundesweiten Studie. Das Gesundheitswesen 75 (01), 2013, 29–32.

Yu, P., Zhang, Y., Gong, Y. und Zhang, J.: Unintended adverse consequences of introducing electronic health records in residential aged care homes. Int J Med Inform 82 (9), 2013, 772–788.

7 Anhang

7.1 Suchstrategien in elektronischen Datenbanken

7.1.1 Pflegedokumentation aus pflegepraktischer Perspektive

Allgemeine Suchstrategie
(Pflegedokumentation **OR** Pflegeplanung **OR** nursing care plan* **OR** nursing record*) **AND** ((Arbeitszufriedenheit **OR** Qualität des Arbeitslebens **OR** job satisfaction **OR** quality of working life) **OR** (Pflegebedarf **OR** Gesundheitszustand OR health care need **OR** health status **OR** need of care) **OR** (Interprofessionelle Kommunikation **OR** Informationsaustausch **OR** Kommunikation mit Angehörigen **OR** Interprofessional relations **OR** health care information exchange **OR** family members **OR** informal caregiver) **OR** (Lebensqualität **OR** Patientenzufriedenheit **OR** Bewohnerzufriedenheit) (quality of life **OR** patient satisfaction **OR** resident satisfaction **OR** lived experience **OR** end of life) **OR** (soziale Teilhabe **OR** social participation **OR** social inclusion **OR** social interaction))

7.1.2 Pflegedokumentation aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

guidelines.gov
["nursing care plan" OR "care planning" OR "nursing care documentation"] AND ["nursing home" OR "long term care" OR "residential home" OR "care home"]

Cochrane Library incl. Cochrane Central Register of Controlled Trials
(“nursing home“ OR “long term care“ OR “long term care facility” OR “residential care” OR

“residential home” OR “care home”) AND (“nursing care plan” OR “nursing care documentation” OR “care plan paperwork”)

In MEDLINE via Pubmed
((((("nursing care plan"[All Fields] OR "care planning"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields]) OR (care[All Fields] AND plan[All Fields] AND paperwork[All Fields])) OR ("documentation"[MeSH Terms] OR "documentation"[All Fields])) AND ((((("nursing home"[All Fields] OR "long term care"[All Fields]) OR "long term care facility"[All Fields]) OR "residential home"[All Fields]) OR "care home"[All Fields])

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)
("nursing care plan" OR "care planning" OR "nursing care documentation") AND ("nursing home" OR "long term care" OR "residential home" OR "care home")

KVK (Karlsruher Virtueller Katalog)
[„nursing home“ AND [„nursing care plan“ OR „care planning“] AND [„randomised controlled trial“ OR „clinical controlled trial“]] OR [„long term care“ AND [„nursing care plan“ OR „care planning“] AND [„randomised controlled trial“ OR „clinical controlled trial“]] OR [„long term care facility“ AND [„nursing care plan“ OR „care planning“] AND [„randomised controlled trial“ OR „clinical controlled trial“]] OR [„residential care“ AND [„nursing care plan“ OR „care planning“] AND [„randomised controlled trial“ OR „clinical controlled trial“]] Sowie: [Pflegeheim OR Langzeitpflege OR Heimpflege] AND [Pflegeplan OR Pflegedokumentation] (Filter: Sprache: deutsch, Publikationsform: Bücher)

7.2 Exzerptraster zur Studienanalyse

7.2.1 Teil-Review Pflegewissenschaftliche Perspektive

Referenz/Bibliographische Daten
Frage-/Zielstellung der Untersuchung
Studienpopulation (+Land in dem die Studie durchgeführt wurde)
Einschlusskriterien: Größe der Gruppen: Versorgungskontext:
Intervention
Kontrollintervention
Outcomes
primär: sekundär:
Follow-up
Hauptergebnisse
Wenn keine Interventionsstudie: Welches Studiendesign?
In welchem Zeitraum wurde die Studie durchgeführt?
Schlussfolgerungen der Autoren

Erstellung der Randomisierungssequenz
Verdeckte Zuteilung
Verblindete Erhebung der Ergebnisse
Umgang mit fehlenden Werten, Gruppenwechslern und Drop-outs

7.3 Eingeschlossene Studien - pflegewissenschaftliche Perspektive

7.3.1 Becker 2012

Publikationen
Becker, Christiane; Behncke, Anja; Börner, Michaela; Hoben, Matthias; Kuß, Oliver; Selinger, Yvonne et al.: Implementierung des Resident Assessment Instruments (RAI) als Qualitätsentwicklungsinstrument in der stationären Langzeitpflege. In: Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd (Hg.): Ergebnisbericht des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd im Netzwerk Nursing Research. 2. Förderphase 2007-2011, S. 23–66.
Frage-/Zielstellung der Untersuchung
Registrierung: DRKS → ID: DRKS00000418 **Fragestellung:** Erhöht sich durch die Implementierung und Anwendung des Resident Assessment Instrumentes (RAI) in Pflegeheimen die Pflegequalität nachweislich und lässt sich das Risiko der stationären Akutbehandlung reduzieren? **Zielstellung:** Für die gewählten Outcomes sollte die Effektivität der Anwendung des RAI in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen evaluiert werden. (S. 25)
Studienpopulation (+Land in dem die Studie durchgeführt wurde)
19 stationäre Pflegeeinrichtungen und 2204 Bewohner (1200 stimmten Analyse ihrer Daten zu) dieser Einrichtungen (Deutschland: Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) Einschlusskriterien: • „...schriftliche Vereinbarung zu den Grundvoraussetzungen für den Implementierungsprozess des RAI...“ (S. 36) diese Vereinbarung enthielt: „ Bereitschaft für Kontroll -und Interventionsgruppe, Freistellung des Personals für Schulungen, Bereitstellung von Hardware zur Nutzung der RAISoft, Etablierung einer Projektstruktur und eines RAI-Projektverantwortlichen in der Einrichtung, Bereitstellung von Studiendaten“ (S. 36) • die Einrichtungen meldeten sich freiwillig • es wurden sämtliche Bewohner der PH bewertet, jedoch nur die Daten der Bewohner, die einer Teilnahme zugestimmt hatten, ausgewertet

- keine Ausschlusskriterien

Größe der Gruppen:

- Interventionsgruppe: Pflegeheime: n=10, Bewohner (informed consent): n=766
- Kontrollgruppe: Pflegeheime n=9, Bewohner (informed consent): n= 434
- **Versorgungskontext:** stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen (nach §71 SGB XI)

Intervention

Anwendung des RAI nach Implementierung in der Einrichtung

Kontrollintervention

„übliche Pflege“ (S. 36) → Es wurde auf die übliche Weise dokumentiert. Vergleichbarkeit sollte dadurch erreicht werden, dass eine study nurse zu den Messzeitpunkten eine Einschätzung nach RAI durchführte.

Outcomes

Primär:

'Funktionaler Status' (ADL-Index) eines Bewohners → enthält folgende Items: Bewegung im Bett, Transfer, Essen, Toilettenbenutzung => „beschreibt Pflegebedürftigkeit in basalen Aktivitäten des täglichen Lebens“ (S. 39)

Sekundär:

Gewichtsverlust, Dekubitusprävalenz, Übergänge in höhere Pflegestufen, Stationäre Akutbehandlung

Weitere:

Qualität der Pflegedokumentation (geprüft über eigen entwickeltes Analyseraster), Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Selbsteinschätzung nach Nottingham Health Profile

-> Bewohner: Interview so möglich, Pflegekräfte: Fragebogen)

Follow-up

Beobachtungszeitraum:

Zwischen T0 undT1 lagen 12 Monate.

In der Nachbeobachtungszeit konnten in der Interventionsgruppe Daten von 57% der Bewohner und in der Kontrollgruppe Daten von 74% der Bewohner ausgewertet werden.

Dropouts:

insgesamt n= 440 (37%) (S. 42)

Interventionsgruppe:

- Pflegeheime: n=2: Bewohner: n=327 (43%)
- Pflegedokumentationen: n=32 (30%)

Kontrollgruppe:

- Pflegeheime: n=0: Bewohner: n=113 (26%)
- Pflegedokumentationen: n=66 (8%)

Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe entstanden Dropouts durch Umzug oder Tod der Bewohner. Nur in der Interventionsgruppe ergaben sich Dropouts durch den Abbruch der Studie oder dem Rückzug des Einverständnisses.

(alle Angaben aus Abbildung 4 S. 43)

„Die Gruppe der Dropouts (n=440) unterscheiden sich Baseline signifikant in Alter, Pflegestufe und ADL-Index von der erhaltenen Stichprobe. Die Selektion von älteren und pflegebedürftigen Bewohnern im Pflegeheim über ein Jahr ist aufgrund der natürlich fortschreitenden Alterungsprozesse erwartbar.“ (S. 45)

Unterschiede der Dropouts zwischen den Studiengruppen :

Alter und Pflegestufe: kein Unterschied

Funktionsstatus: in Kontrollgruppe signifikant schlechter zu T0 => Dropout der Kontrollgruppe ist pflegebedürftiger als Dropout der Interventionsgruppe mit der Folge einer stärkeren Selektion der pflegebedürftigen Bewohner (S. 46)

Hauptergebnisse

Primäres Outcome ('Funktionaler Status' eines Bewohners):

kein Effekt des RAI nachgewiesen (nur nicht signifikanter, klinisch nicht relevanter Effekt)

kein abweichendes Ergebnis der multiplen Imputation

Sekundäre Outcomes:

- Dekubitusprävalenz: in Kontrollgruppe niedrigere Prävalenz als in Interventionsgruppe (signifikant & klinisch relevant)

Weitere Outcomes:

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität Selbsteinschätzung Bewohner:

mögliche Verzerrung der Stichprobe durch „relevante Unterschiede in der Befragbarkeit der Bewohner zwischen den Untersuchungsgruppen zum Messzeitpunkt T2“ (S. 48)

→ es ergaben sich signifikante Effekte für die Subscores 'Schmerzen' und 'Physische Mobilität'

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität Einschätzung der Pflegekräfte:

keine Effekte

- Qualität der Pflegedimension:

in der Kontrollgruppe höherer Qualitätsscore → negativer Effekt durch die Anwendung des RAI

(S. 49)

Wenn keine Interventionsstudie: Welches Studiendesign?
(Zusätzlich:qualitative Ergänzungsstudie)
In welchem Zeitraum wurde die Studie durchgeführt?
3 Messzeitpunkte (T0 Ersteinschätzung, T1 Einschätzung 6 Monate nach Ersteinschätzung, T2 12 Monate nach Ersteinschätzung) → Beobachtung über 12 Monate, innerhalb von 2 Jahren
Schlussfolgerungen der Autoren

- Der Einsatz und die Implementierung des RAI ist in deutscher Pflegepraxis möglich, jedoch ist hierfür „die Übernahme von internationalem Know-how und dessen Weiterentwicklung für das deutsche Pflegesystem unerlässlich.“ (S. 59-60)
- Fehlende Effekte sind zunächst nur „Teil der Bewertung des Gesamtinstrumentariums“ (S. 59). Zu beachten sind die weiteren Möglichkeiten des Instrumentes, sowie der relativ kurze Beobachtungszeitraum
- Beobachtung erfolgte über ein Jahr → Empfehlung weiterer Wirksamkeitsstudien des RAI mittels RCT, jedoch mit längerer Implementierungs- und Beobachtungsphase
- Empfehlung: Überprüfung „auf welche pflegesensitiven Effekte das RAI tatsächlich abzielt.“ (S. 60)
- Rahmenbedingungen der Langzeitpflege in Deutschland müssen im Zusammenhang der Bewertung des RAI kritisch betrachtet werden

- Erfahrungen aus der Begleitung der Implementierung:
    - „Schulungen nach dem Prinzip der Q-Sys AG sind notwendige Voraussetzung, um mit diesem Assessment arbeiten zu können.“ (S. 60)
    - möglichst kontinuierliche Auditierung der Kodierqualität
    - Schwerpunkt sollte sein: Umsetzung der Erkenntnisse aus RAI-Assessment in die Pflegeplanung
    - zeigen sich in der Implementierungsphase Defizite (fachlich, organisatorisch) müssen diese bearbeitet werden
    - langfristige Begleitung notwendig: sichert Verstetigung in der Einrichtung
    - Förderung der Abstimmung innerhalb des Pflegeteams und der interdisziplinären Zusammenarbeit (v.a. Hausärzte)

Erstellung der Randomisierungssequenz

Durchführung extern: Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Universität Halle

- Cluster-Randomisierung
- Blockrandomisierung
- vorher Stratifizierung nach Einrichtungsgröße

Verdeckte Zuteilung

Nein, da für die RAI Implementierung verschiedene Maßnahmen in den Einrichtungen notwendig waren (Schulungen, Hardware/Software Bereitstellung etc.).

Verblindete Erhebung der Ergebnisse

Nein: „Den Bewohnern und Angehörigen wurden im Rahmen des RAI-MDS neue bisher im Pflegeprozess nicht thematisierte Fragen gestellt, die zwangsweise zu einer Entblindung führen würden.“ (S. 41)

Umgang mit fehlenden Werten, Gruppenwechslern und Drop-outs

- Es gab keine Gruppenwechlser.
- „A priori war bereits aufgrund der Cluster-Randomisierung festgelegt worden, dass alle Analysen für Baseline-Unterschiede der jeweiligen Varable adjustiert werden sollen“ (S. 45)
- Drop-outs:

- zum Teil durch natürliche Sterblichkeit im PH gegeben
- Unterschied der Pflegebedürftigkeit der Dropouts: → multiple Imputation durchgeführt und Vergleich mit protokollgemäßer Analyse (S. 46)

- Intention-to-Treat Analyse
- mögliche Beeinflussung durch Qualität der Umsetzung der Implementierung in den Einrichtungen:
    - Assoziationsanalyse: „Eine Assoziation zwischen dem Qualitätsscore der RAI-Anwendung und der Differenz des ADL Index zwischen T2 und T0 (primäre Zielgröße) konnte nicht ermittelt werden." (S. 50)
    - zwei Einrichtungen brachen die Studie ab → gleichzeitig niedrigste Qualitätsscores

7.3.2 Daly 2002

Publikationen
Daly JM, Buckwalter K, Maas M (2002): Written and computerized care plans- organizational processes and effect on patient outcomes. J Gerontol Nurs. 2002; 28 (9): 14-23
Frage-/Zielstellung der Untersuchung
Zu bestimmen wie die Nutzung einer standardisierten Nomenklatur für Pflegediagnosen und „intervention statements" in einem computergestützten Pflegeplan in einer Langzeitpflegeeinrichtung patientenbezogene und organisationsbezogene Prozesse und Ergebnisse beeinflusst
Studienpopulation (+Land in dem die Studie durchgeführt wurde) USA, 20 Patienten in Langzeitpflegeeinrichtung
Einschlusskriterien: ≥ 65 Jahre, ständige Bewohner der Einrichtung, seit mehr als 7 Monaten in der Einrichtung lebend (a resident for at least 7 month, S 18) Größe der Gruppen: 10 (elektronischer Pflegeplan); 10 (Papier-Pflegeplan) Versorgungskontext: Langzeitpflegeeinrichtung, Continuing Care Retirement Center
Intervention
Elektronischer Pflegeplan
Kontrollintervention
Herkömmliche (Papier-)Pflegeplanung

Outcomes
primär: IADL-Index, MMSE (Mini-mental state examination), NRS **sekundär:** aus der Patienten-Dokumentation entnommene Daten zu Pflegestufe, Anzahl der Medikamente, Anzahl der Mittel zum Abführen, Episoden von Obstipation, Gewicht, Nahrungsaufnahme, Dekubitus, kognitive Funktionen, Schmerzwahrnehmung
Follow-up
Insgesamt über 7 Monate, 10 Teilnehmer wurden im Laufe der Studie ausgeschlossen
Hauptergebnisse
• Patientenbezogen: Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Computer vs.Papier) sowie im Vergleich der Messzeitpunkte für die abhängigen Variablen • Organisationsbezogen: die Anzahl der Pflegetätigkeiten und –interventionen unterschieden sich zwischen den Gruppen signifikant • Der Zeitaufwand war in der Gruppe der computergestützten Pflegeplanung größer
Wenn keine Interventionsstudie: Welches Studiendesign?
In welchem Zeitraum wurde die Studie durchgeführt?
30 Monate, baseline: Datenerhebung innerhalb der ersten 21 Tage des Aufenthaltes, zwei weitere Messzeitpunkte nach jeweils 3 Monaten (vier und sieben Monate nach Beginn des Aufenthaltes)
Schlussfolgerungen der Autoren
• Computergenerierte Pflegepläne führen zu mehr Pflegeinterventionen und –aktivitäten • Computergenerierte Pflegepläne sind detaillierter ausgearbeitet • Die Art der Pflegeplanung hat keinen Einfluss auf patientenorientierte Outcomes • Es ist notwendig die geplanten Interventionen an das ausführende Personal zu übermitteln • Die höhere Anzahl an geplanten Interventionen ist nur sinnvoll, wenn damit eine Verbesserung für patienten- und /oder einrichtungsrelevante Outcomes einher geht
Erstellung der Randomisierungssequenz

unklar, nicht näher beschrieben die Zuweisung erfolgte je nach Betreuungskapazität (aber innerhalb der zugewiesenen Gruppe) von je vier mit der elektronischen Dokumentation vertrauten (Interventionsgruppe) oder mit herkömmlicher Dokumentation arbeitenden Pflegekräften (Kontrollgruppe)
Verdeckte Zuteilung
unklar, nicht beschrieben
Verblindete Erhebung der Ergebnisse
Patienten: nein; Pflegekraft: nein; Datenerhebung: unklar
Umgang mit fehlenden Werten, Gruppenwechslern und Drop-outs
Zunächst 30 Patienten eingeschlossen, Ausscheiden aus der Studie aufgrund von Tod (n=4) oder Entlassung (n=6)

7.4 Ausgeschlossene Studien - Projektteil pflegepraktische Perspektive - Häufige Ausschlussgründe mit beispielhafter Nennung von Studien, die im Volltext analysiert wurden

Ausschlussgrund	Erläuterung
keine Untersuchung eines Wirkungszusammenhangs zwischen Pflegedokumentationstool bzw. -system und relevanten Outcome-Parametern bzw. Endpunkten der Übersichtsarbeit (Lebensqualität/QoL, soziale Teilhabe/participation, Qualität des Arbeitslebens/QoWorklife, handlungsleitende Erfassung des Pflegezustands/ health care need, Kommunikation interprofessionell und mit Angehörigen/ communication)	Meist werden Pflegedokumentationssysteme an sich untersucht häufig im Zusammenhang mit einer Intervention wie z.B. Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems, Schulung der Pflegekräfte. Wirkungsanalysen erfolgen in Bezug auf die Dokumentationsqualität und Vollständigkeit und nicht in Bezug auf die relevanten Endpunkte der Übersichtsarbeit.
Bsp.: in der Schmitten Jürgen, Lex Katharina, Mellert Christine, Rothärmel Sonja, Wegscheider Karl, Marckmann Georg (2014): Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie. In: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 111 | Heft 4 | 24. Januar 2014 111 (4), S. 50–57.	gut kontrollierte Interventionsstudie mit Neuanlage eines Dokumentationsbogens für Vorausverfügung im Falle eines Notfalls, eindeutige Beschreibung der Intervention ACP (advance care planning) mit interprofessioneller und intersektoraler Kommunikation und Dokumentationstool (Notfallbogen mit Vorausverfügung), QoL, communication, QoWorklife als potentielle und in der Studienplanung einer vorausgegangenen Veröffentlichung 2011 erwähnte Endpunkte wurden nicht als primäre Endpunkte erhoben, deshalb Ausschluss, jedoch relevant für Forschungsdesiderat mit der Fragestellung Wirkzusammenhang zwischen ACP und QoEnd-of-life; Studie wurde im Schneeballverfahren vom Erstautor beschafft, da aufgrund der Aktualität der Veröffentlichung über PubMed nicht verfügbar.
Bsp.: Gattinger, Heidrun; Ott, Stefan; Saxer, Susi (2014): Pflegebedarfserfassungsinstrumente BESA und RAI: Vergleich der Outcomes in Minuten. In: Pflege 27 (1), S. 31–40.	Vergleich des durch den BESA Leistungskatalog 2010 ermittelten und des durch das Minimum Data Set (MDS) des Resident Assessment Instruments (RAI) ermittelten Pflegeaufwands von Pflegeheimbewohnern mittels einer deskriptiven komparativen Querschnittstudie. Beide Instrumente wurden hinsichtlich der Übereinstimmung der Einschätzung des quantitativen Pflegebedarfs untersucht – es konnte kein Bezug zu den Endpunkten gefunden werden.
Untersuchung des Pflegedokumentationssystems auf Vollständigkeit bzgl. vollständige Abbildung der ein-	Die Qualität des Dokumentationssystems wird anhand der Vollständigkeit der Abbildung des Pflege-

zelnen Schritte des Pflegeprozesses, aber nicht auf dessen Wirkung in Bezug auf relevante Outcomes bzw. Endpunkte	prozesses als Strukturierungsmodell für die Pflegedokumentation beurteilt. Dabei werden häufig Defizite bei der Evaluation festgestellt, ohne jedoch einen Zusammenhang zu den in der Übersichtsarbeit relevanten Outcome-Parametern bzw. Endpunkten zu untersuchen.
Bsp.: Blair Wendy, Smith Barbara (2012): Nursing documentation: Frameworks and barriers, Contemporary Nurse 41 (2), S. 160–168.	
Bsp.: Bartholomeyczik, Sabine (2004): Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: Pflege 17 (3), S. 187–195. DOI: 10.1024/1012-5302.17.3.187.	Standardisierte Analyse von Pflegedokumenten auf Vollständigkeit und Prozessbezogenheit. Es erfolgte eine quantitative und explorative Auswertung mit dem Fokus auf einfachen Häufigkeitsverteilungen. Diese Studie wurde ausgeschlossen, da kein Wirkzusammenhang in Bezug auf die ausgewählten Endpunkte untersucht wurde.
Studie untersucht zwar den Zusammenhang von Pflegedokumentationstool bzw. -system und relevanten Outcome-Parametern, wurde jedoch nicht in Deutschland durchgeführt (laut Auftrag sind nur die nationalen Erkenntnisse zu berücksichtigen).	Nur wenige Studien wurden in deutschen, stationären Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt.
Bsp.: Urquhart Christine, Currell Rosemary, Grant Maria J, Hardiker Nicholas R (2009): Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. In: Cochrane Database of Systematic Reviews	Systematisches Review im Jahr 2000 mit Aktualisierung in den Jahren 2003 und 2008 von hoher Qualität und Relevanz für den allgemeinen Teil der Übersichtsarbeit; Urquhart und KollegInnen untersuchen als eine der wenigen Studien den Zusammenhang zwischen Pflegedokumentationssystem und relevanten Outcomes in der Pflegepraxis (QoL, QoWorking Life/job satisfaction, patient satisfaction with nursing care, work satisfaction, job turnover, sick time use, nurses´satisfaction with the new documentation system); Viele interessante und konkrete Hinweise auf Forschungsstand (jedoch überwiegend im anglo-amerikanischen Bereich) und Forschungsbedarfe Ausschluss da nur 1 Studie in der Langzeitpflege (nicht in Deutschland durchgeführt), sonst ambulante Pflege und Krankenhaus;
Bsp.: Jansson, Inger; Pilhammar-Andersson, Ewa; Forsberg, Anna (2010): Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (3), S. 611–618. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2009.01233.x.	Eine retrospektive Querschnittsstudie mit Interventions- und Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe benutzte keinen care plan, die Interventionsgruppe benutzte einen care plan. Ziel der Studie war es, zu evaluieren, ob dokumentierte Pflegeplanungen Auswirkungen auf Patienten-Outcomes haben, indem pflegesensitive Outcome-Indikatoren genutzt wurden. Der Ausschluss erfolgte unter anderem, da die Unter-

	suchung in Schweden durchgeführt wurde.
Bsp.: Bayliss Elizabeth A., Ellis Jennifer L., Shoup Jo Ann, McQuillan Deanna B., Steiner John F. (2012): Association of Patient-Centered Outcomes With Patient-Reported and ICD-9–Based Morbidity Measures. In: *Ann Fam Med 2012;10: 126-133* 10, S. 126–133.	Die Studie untersucht den Zusammenhang von Gesundheitszuständen, die nach ICD-9 klassifiziert diagnostiziert wurden und die von älteren, über 65 jährigen PatientInnen (N= 961) selbst eingeschätzt und berichtetet wurden (wie z.B. Depression oder Angstzustände) und patientenrelevanten Outcomes, wie z.B. Lebensqualität, Mortalität, Hospitalisierung. Von PatientInnen selbst berichtete und eingeschätzte höhere Belastungen korrelierten signifikant mit niedrigeren Erfüllungsgraden patientenrelevanter Outcomes. Die Schlussfolgerung der AutorInnen scheint relevant im Zusammenhang mit der verstehenden Diagnostik und der Pflegediagnostik, die die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes der PatientIn systematisch einbeziehen. Die AutorInnen schließen aus den Ergebnissen, dass ein verstehender Ansatz im Assessment stets beide Perspektiven bzgl. Beurteilung des Gesundheitszustandes einschließen muss, objektive Messung und emotionale Symptome bzw. Selbsteinschätzung der PatientIn hinsichtlich Krankheitsbelastung. Die Studie wurde nicht eingeschlossen, da sie nicht in Deutschland, sondern in Colorado/USA durchgeführt wurde, nicht im stationären Setting und weil in der Veröffentlichung unklar blieb, durch welches Dokumentationstool die Selbsteinschätzung der PatientInnen unterstützt wurde. Im Fokus der Untersuchung stand der Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung und Outcome-Parameter und nicht zwischen Einführung eines Pflegedokumentationstools und Outcome-Parameter;
anderes als stationäres Setting, andere Zielgruppe	Die meisten Studien wurden im ambulanten Bereich, Gemeindepflege oder im akut-stationären Setting (Krankenhaus) durchgeführt.
Bsp.: Köhlen Christina, Friedemann Marie-Luise (2006): Überprüfung eines Familien-Assessment-Instruments auf der Grundlage der Theorie des systemischen Gleichgewichts. In: Pflege 19, S. 23–32.	In diesem Beitrag wird die Überprüfung des Assessment-Instruments zur Einschätzung der Wirksamkeit familiärer Strategien (ASF-E) für die Anwendung in Deutschland und der deutschsprachigen Schweiz beschrieben. Das ASF-E ist ein Screening-Instrument für Familiengesundheit, wie sie in der Theorie des systemischen Gleichgewichts definiert ist (Friedemann, 1991). Die Studie ist potentiell relevant für die Endpunkte Kommunikation mit Angehörige/Familie und Health care need; Ausschluss da ambulantes Setting
Bsp.: Klapper, Bernadette; Lecher, Silke; Schaeffer, Doris; Koch, Uwe (2001): Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus. In: *Pflege* 14 (6), S. 387–393. DOI: 10.1024/1012-5302.14.6.387.	In der vorliegenden Studie wird die Eignung eines Dokumentationssystems mittels einer Befragung untersucht und zusätzlich werden Patientendokumentationen analysiert. Ziel der Analyse war die Beantwortung der Frage nach der geleisteten Unterstützung und Sicherung der interprofessionellen Kommunikation durch die

	Dokumentationspraxis. Der Ausschluss erfolgte wegen dem akut-stationären Setting (Krankenhaus), in dem die Studie durchgeführt wurde.

7.5 Ausgeschlossene Studien - Projektteil pflegewissenschaftliche Perspektive

Studie	Ausschlussgrund
Alexander et al. 2005	deskriptive Längsschnittstudie mit 2 Kohorten (offener und geschützter Wohnbereich), die aber die gleiche Intervention erhielten
Boorsma et al. 2011	Unterschied zwischen den Interventionsgruppen bestand zusätzlich zum Dokumentationssystem auch in einem multiprofessionellen Ansatz bei der Versorgungsplanung
Fries et al. 1997	Historischer Vergleich zweier Kohorten
Hawes et al. 1997a	Historischer Vergleich zweier Kohorten
Holtkamp et al. 2001	keine Pflegeoutcomes nach MDS 3.0 evaluiert
Horn et al. 2009	keine Kontrollgruppe
Kaasalainen et al. 2012	neben der standardisierten Schmerzdokumentation wurden auch weitere Veränderungen in der Organisation vorgenommen: „onsite champions, in this case advanced practice nurses and a Pain Team“
Kuosma et al. 2008	Pre-Post-Design, keine Kontrollgruppe
Montero-Odasso et al. 2007	Pre-Post-Design, keine Kontrollgruppe
Mor et al. 1997	Historischer Vergleich zweier Kohorten
Munyisia et al. 2011	Pre-Post-Design, keine Kontrollgruppe, keine Pflegeoutcomes nach MDS 3.0 evaluiert
Phillips et al. 1997	Historischer Vergleich zweier Kohorten
Ping et al. 2013	Qualitative Studie
Stolle et al. 2013	Studie wurde im ambulanten Setting durchgeführt
Voutilainen et al. 2004	rein deskriptive Untersuchung

7.6 Recherche rechtliche Grundlagen

Diese liegt als separate Datei vor (Anlage Bericht_IQP Literaturrecherche Stand 03.07.2014).