

## SYMPOSIUM 2012: PFLEGEDOKUMENTATION: ZEITVERSCHWENDUNG ODER INSTRUMENT DER QUALITÄTSSICHERUNG?

Das unabhängige Institut für Qualitätssicherung in der Pflege e. V. (IQP) und die Landeshauptstadt München stellten am 28. November 2012 geladenen Experten und interessierten Gästen die Frage: „Pflegedokumentation: Zeitverschwendung oder Instrument der Qualitätssicherung?“. Sechs Vortragende, eine neunköpfige Diskussionsrunde und rund 220 Teilnehmer fanden sich zum IQP-Symposium im Alten Rathaus in München ein. Zu Beginn der Veranstaltung betonte IQP-Vorstand Prof. Johann Behrens: „Die Frage nach dem Sinn der Pflegedokumentation ist nicht rhetorisch gemeint.“



### **Roland Brembeck**

Pflege-Auditor beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern

**„Es ist zu vermuten, dass mit der Kritik an der Pflegedokumentation auch andere Missstände gemeint sein können.“**

### **Prozesse beschreiben, nicht rechtfertigen**

**Roland Brembeck**, Pflege-Auditor beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK), schilderte zu Beginn seines Vortrags „Das Unbehagen an der Pflegedokumentation – Erklärungsversuche“ eine Beobachtung: Manche Anwender erzielen mit sperrigen und umfangreichen Systemen sehr gute Pflegeergebnisse, während effiziente und wenig arbeitsintensive Dokumentationssysteme auf Widerstände stoßen. Das Unbehagen an der Pflegedokumentation könnte auch im Sinne einer Symptomverschiebung zu deuten sein. Vermutlich geht es nur zweitrangig um gefühlt überbordende Bürokratie-Arbeit, sondern vor allem um die allgemeine Unzufriedenheit der Pflegekräfte in ihrer gegenwärtigen beruflichen Situation.

Das Problem besteht in unterschiedlichen Vorstellungen der Pflegenden von Pflegedokumentation und Pflegeprozessplanung. Beide Prozesse bilden eine Einheit und dienen dem Ziel einer sicheren und menschenwürdigen Pflege. Die Pflegedokumentation ist dabei vereinfacht ausgedrückt, die „Verschriftlichung“ des Pflegeprozesses. Die Pflegeprozessplanung wiederum ist ein Kreislauf von Analyse, Planung, Durchführung und Evaluation. Häufig wird die Pflegedokumentation jedoch als Rechtfertigungsdokument missverstanden. „Wenn ich fünf Minuten mit einem Bewohner über sein Befinden, seine Wünsche und Probleme spreche, dann muss ich für die Dokumentation des Gesprächs 25 Minuten ansetzen“, zitiert Roland

Brembeck die Beschwerde einer Pflegekraft. Solche Aussagen spiegeln ein falsches Verständnis von Pflegedokumentation wider. Deren Sinn ist nicht ein akribischer Tätigkeitsbericht, der alle Ressourcen der Pflegekraft zum Schaden des Pflegebedürftigen bindet, sondern das Festhalten eines durchdachten Pflegeprozesses.

Als einen weiteren Grund für das Unbehagen gegenüber der Pflegedokumentation spricht Roland Brembeck das Thema der mangelnden Professionalisierung an. In Deutschland gelte häufig noch das Vorurteil „Pflegen kann jeder“. Das Modell der Pflegeprozessplanung entwickelte sich in den USA im Geiste der wachsenden Professionalisierung der Pflegeberufe. Heute ist in den USA die Pflegeprozessplanung eine der wichtigsten Aufgaben einer Pflegefachkraft. In Deutschland verlief die Entwicklung anders. „Die Unberuflichkeit in der Pflege hat dazu geführt, dass bei der Rekrutierung von Personal die schulischen und intellektuellen Fähigkeiten nicht im Vordergrund standen“, erklärt Brembeck. „Wichtiger wurde die Fähigkeit zur Nächstenliebe“ gewertet. Dies wirkt bis heute nach.

### Dokumentation kommt beim Patienten an



#### **Anna Halden**

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin auf dem Weg zum Bachelor of Science im Bereich Pflege

**„Die Pflegedokumentation trägt nicht dazu bei, dass die Patientenversorgung zu kurz kommt, sondern ist vielmehr Teil einer qualitätsvollen Versorgung.“**

Eine der Pflegenden „der Zukunft“ ist **Anna Halden**. Die junge Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin macht derzeit eine Ausbildung zum Bachelor of Science im Bereich Pflege. In ihrem Vortrag „Die Freude an der Pflege und die Last der Dokumentation – Sichtweise einer jungen Pflegefachkraft“ verknüpft sie ihre praktischen und akademischen Erfahrungen. Pflegedokumentation ist, so Halden, kein abstrakter Begriff, sondern macht sich konkret in der Patientenversorgung bemerkbar. So ist laut einer Analyse des MDK aus dem Jahre 2012 bekannt, dass jeder fünfte Behandlungsfehler auf Defizite in der Dokumentation zurückzuführen ist. „Für mich als Praktikerin ein alarmierendes Zeichen“, erklärt Anna Halden. Doch Dokumentation – zumal in der Pflege – hat einen schlechten Ruf unter Kollegen.

Sie wird als lästig, zeitaufwändig und unnützlich empfunden. Ein typisches Zitat unter Pflegenden macht das deutlich. „Ich habe gesehen, du hast gestern noch nichts dokumentiert, soll ich dir Platz freilassen?“. Dabei kann der Verlust wichtiger Informationen infolge mangelnder Dokumentation erhebliche negative Auswirkungen für den Patienten haben, z. B. in der Behandlung von Schmerzen.

### Verschlinken, nicht auszehren

Eine gelungene Dokumentation zeigt dagegen auf, welchen Anteil Pflege am Outcome des Patienten hat. Das bietet Pflegekräften eine Argumentationsgrundlage, um sich im interdisziplinären Team darzustellen. „Ich möchte als Pflegefachkraft teilhaben an der kontinuierlichen qualitätsbezogenen Patientenversorgung“, bekräftigt Anna Halden. Dokumentation ist dabei ein wichtiger Teil. Dass sie schlanker und einfacher gemacht werden könnte, sieht die Kinderkrankenpflegerin auch. Dies wäre zum Beispiel möglich, wenn andere In-



### **Elfriede Modest**

Vorsitzende der Bewohnervertretung der MÜNCHENSTIFT GmbH

*„Ich verstehe, wenn die Pflegenden über den hohen Dokumentationsaufwand klagen. Für die Angehörigen ist es beruhigend zu wissen, dass es eine Dokumentation gibt.“*

strumente, etwa die Übergabe am Bett, gestärkt würden. Die Entbürokratisierung darf nicht auf Kosten der Kommunikation und Informationsweitergabe gehen.

Auch Angehörige wünschen sich, dass dem Pflegepersonal mehr Zeit für die Biografie-Arbeit und menschliche Zuwendung zu den Pflegebedürftigen bleibt. Grundsätzlich wird jedoch das Festhalten der Prozesse sinnvoll angesehen. **Elfriede Modest**, Vorsitzende der Bewohnervertreter des Münchenstifts, bestätigt den Stellenwert der Pflegedokumentation aus Betroffenenansicht: „Für uns Angehörige ist es beruhigend zu wissen, dass es eine Pflegedokumentation gibt, in die Berechtigte Einsicht bekommen können und die von einer übergeordneten Stelle geprüft wird.“



### **Eugenia Larjow**

Soziologin vom Statistischen Bundesamt, Bürokratiekostenmessung

*„Sie werden zu den in unserem Projekt beschriebenen Prozessen differenziertes Zahlenmaterial finden, das angibt, was diese die Wirtschaft, die Verwaltung und den Bürger an Zeit kosten.“*

## Blick in die Blackbox der Bürokratiekostenmessung

Bei der Diskussion um eine Verschlinkung der Bürokratie ist eine wichtige Frage offen: Wie viel Zeit kostet die Bürokratie rund um die Pflege eigentlich? Wie mühselig die Suche nach einer Antwort aussieht, demonstriert die Soziologin **Eugenia Larjow** vom Statistischen Bundesamt in ihrem Beitrag: „Bürokratiekosten bei Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke – ein Projekt der Bundesregierung zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands bei Bürgerinnen/Bürgern, Wirtschaft und Verwaltung“. Offizielle Zahlen durfte Eugenia Larjow nicht nennen, da der Bericht der Bundesregierung noch nicht freigegeben war. Nikolaus Nützel, Journalist und Moderator der Veranstaltung, legte jedoch schon einmal die inoffizielle Zahl auf den Tisch. Demnach würden die Bürokratiekosten allein für die Erstellung von Pflegedokumentationen pro Jahr 2,7 Milliarden Euro betragen. Das könne man in 68.000 Arbeitskräfte umrechnen.

Ein übergeordnetes Ziel der Bürokratiekostenmessung in der Pflege ist, Verbesserungsmöglichkeiten zusammenzustellen, um gesetzliche Leistungen schneller gewähren zu können. Die Messung wird koordiniert von der im Kanzleramt beheimateten Geschäftsstelle für Bürokratieabbau. Für die Datenerhebung ist das Statistische Bundesamt zuständig. Für die Messung der Bürokratiekosten der Pflegedokumentation führten die Mitarbeiter des Statistischen Bundesamts Gespräche mit Pflegenden, Pflegebedürftigen, Sozialamts- und Versicherungsmitarbeitern sowie Ärzten und ermittelten detailliert die durchschnittlichen Werte für die Dokumentation bei Neuaufnahmen – von der Pflegeanamnese über die Versendung an die Leistungsträger bis hin zur Archivierung. „Mitunter sank die Ersteinschätzung des Zeitaufwands der Betroffenen bei genauerer Betrachtung von 20 auf fünf Minuten“, erinnert sich Eugenia Larjow.

Dabei betonte die Soziologin, dass die verwendete Methode sich von betriebswirtschaftlich fundierten Kostenstrukturerhebungen unterscheidet. Daher lassen die gefundenen Zahlen keine Schlussfolgerungen für Vergütungszwecke zu.

## Entbürokratisierung ist möglich



### Elisabeth Beikirch

Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit

*„Entbürokratisierung bedeutet nicht zwangsläufig den Abbau von Regelungen. Mitunter bedarf es auch einer Klarstellung im Gesetz, um zum Beispiel Fehlentwicklungen zu minimieren.“*

Ein wechselseitiger Austausch zwischen Praktikern, Bürgern, Wissenschaftlern, Verbänden und Politikern ist notwendig, um die Pflegedokumentation sinnvoll anzupassen. Eine der Schnittstellen dieses Austauschs besetzt die Ombudsperson zur Entbürokratisierung der Pflege im Bundesgesundheitsministerium. Seit Juni 2011 bekleidet die parteilose Pflegeexpertin und gelernte Kinderkrankenschwester **Elisabeth Beikirch** dieses Amt. Ihre Aufgabe ist es, Vorschläge zur Entbürokratisierung zu machen, die dann in die Pflege-reform einfließen.

In ihrem Vortrag „Erfahrungsbericht zum Thema Entbürokratisierung“ zeigte sie positive Ansätze auf, welche die Situation der Pflegenden, Pflegebedürftigen und Angehörigen verbessert. Im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes wurden bürokratieabbauende Veränderungen eingeleitet. So entfällt etwa die Einkommensanrechnung bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und die externe Qualitätsprüfung im ambulanten Sektor wird nun einen Tag zuvor angekündigt.

Die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation steht noch am Anfang. Voraussetzung werden dabei unter anderem die in Kürze zu erwartenden Zahlen des Statistischen Bundesamtes sein. Als wichtiges Diskussionsfeld in diesem Prozess sieht die Ombudsfrau die Frage, ob die Fachszene einen Leitfaden zur Pflegedokumentation oder eine Rahmenempfehlung von Dokumentationsanfordernissen für Qualitätsprüfungen und Rechtsfragen benötigt. „Der Wunsch nach Rechtssicherheit hat die Sicht der Träger beim Thema Pflegedokumentation sehr stark beeinflusst. Da scheint mir eine Verklärung nötig zu sein, was juristisch wirklich notwendig ist“, erklärt Elisabeth Beikirch. An keiner Stelle des Dialogs mit Betroffenen kam jedoch die Forderung, die Pflegedokumentation ganz abzuschaffen. Sie noch sinnvoller an die Bedürfnisse und Vorgaben anzupassen, wird Teil der Aufgabe der Ombudsfrau für den Rest der Legislaturperiode sein. Dafür, betonte Beikirch, wünsche sie sich die Unterstützung aller Beteiligten.

## Paradoxien, Konzeptlosigkeit und Entwicklungschancen

Doch vermutlich ist weitaus mehr als eine konzertierte Aktion nötig, um die Pflegedokumentation zu verbessern. **Prof. Ulrike Höhmann** stellt in ihrem Beitrag „Stellenwert der Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegewissenschaft“ zwei Thesen auf. Sie entspringen ihrer langjährigen Erfahrung. „Ich habe bereits 1989 hier gestanden



**Prof. Ulrike Höhmann**  
Pflegerwissenschaftlerin der  
Evangelischen Fachhoch-  
schule Darmstadt

**„Seit 20 Jahren weist die Pflegedokumentation eine schlechte Aufwand Nutzen-Relation auf. Und es wird schlimmer. Pflegedokumentation und reale Arbeitsprozesse klaffen systematisch auseinander.“**

und einen ähnlichen Vortrag gehalten. Die Situation hat sich aus meiner Sicht in den letzten 20 Jahren nicht verbessert, sondern verschlimmert“, bringt es Ulrike Höhmann auf den Punkt. Erstens, die Pflegedokumentation muss Anforderungen von Kostenträgern, Einrichtungen, Klienten und der Pflegepraxis erfüllen, die unvereinbar sind. Zweitens, die Pflege selbst leidet unter einer konzeptionellen Schwäche. „Die Pflegepraxis verkennt die Privilegien, die sie mit dem Pflegeprozessmodell als Denkmodell in der Hand hat“, erläutert Höhmann.

Warum ist es seit zwei Jahrzehnten unmöglich, diese Mechanismen aufzubrechen? Eine Antwort darauf bieten neo-institutionalistische Organisationstheorien. Pflegeeinrichtungen sollen zwei gesellschaftlich an sie gestellte Erwartungen erfüllen. Sie sollen sich um die Lebensqualität der Klienten kümmern und effiziente und kostendeckende Arbeit machen. Sie erhalten also Erwartungen aus der Wert- und aus der Rationalitätssphäre. Die beiden – widerstreitenden – Ansprüche kulminieren in der Pflegedokumentation. Während etwa Ärzte solchen Ansprüchen ihre eigene Interpretation der Regeln entgegensetzen, versuchen Pflegeeinrichtungen, sie mechanisch zu übernehmen. Sie bieten den Anforderungen nicht mit eigenen Konzepten die Stirn. Sie fragen sich nicht, wie etwa eine richtig gute Pflegedokumentation für die eigene Einrichtung aussehen müsste.

Ein Beispiel: Eine muntere und gesunde 94-jährige Bewohnerin soll laut Anordnung des Arztes eine Infusion erhalten, wenn sie weniger als zwei Liter am Tag trinkt. Eine Unterlassung gilt als Nicht-Umsetzung der ärztlichen Anordnung, unabhängig vom Zustand der Bewohnerin. Viel besser wäre es, die Einschätzung der Situation der Pflege zu überlassen. Hier müsste die Pflege ihre Kompetenz einbringen können. Statt seine eigenen Fähigkeiten selbstbewusst zu behaupten, wird versucht, seine Profession über kleinteilige Dokumentation zu legitimieren. „Ethos, Sinn und Erfolge der Arbeit finden darin jedoch keine Abbildung“, bekräftigt Höhmann.

## Weniger Dokumentation, mehr Konzept

Dadurch wird die Paradoxie der Pflegedokumentation sichtbar. Das naive Bemühen der Pflege um Legitimitätssicherung in der rationalen Erwartungssphäre misslingt mit der aktuellen Pflegedokumentation und unterminiert gleichzeitig die Legitimation der Pflegearbeit in der Wertsphäre. Deswegen hat die Pflegedokumentation einen zweifelhaften professionellen Wert. Das führe dazu, erklärt Höhmann unter Applaus, dass der Versuch pflegerische Leistung endlich gesellschaftlich anerkannt zu bekommen, nur in Pseudodokumentation für gute Pflegenoten münde. Dies verschleierte den Blick dafür, wo das System Änderung und Geld braucht.

Entwicklungschancen liegen in einer kulturellen Neuausrichtung der Ziele. Dazu gehört etwa, den Mythos über Bord zu werfen, dass über mehr Dokumentation auch mehr Qualität hergestellt werden kann. Wichtig ist, die Interpretationsfähigkeit der Profis vor Ort zu



**Dr. Otilie Randzio**  
IQP-Mitglied, Leitende Ärztin  
Bereich Pflege und stellvertre-  
tende Geschäftsführerin des  
MDK Bayern

***"Dokumentation ist sinnvoll und wichtig, soweit sie die Ergebnisqualität fördert und die Arbeit der Pflegenden unterstützt."***



**Prof. Johann Behrens**  
IQP-Vorstand, Direktor des  
Instituts für Gesundheits- und  
Pflegerwissenschaft an der  
Universität Halle-Wittenberg

***„Wir kommen in der Pflege nur weiter, wenn wir in den Dokumentationen ehrlich sind und nicht beschönigen.“***

stärken. Viele Einrichtungen setzen Vorgaben zu wortgetreu und ängstlich um. Es geht vielmehr um Handlungslogik und die Individualisierung von Maßnahmen. Dafür ist jedoch ein ausgesprochenes Orientierungsmodell nötig. Im Zentrum sollten dabei Pflegeverläufe stehen, nicht Einzelmaßnahmen. Wie ein Dokumentationsbogen, der vor allem auf Problembeschreibung und – einfach abzuhandelter – Regemaßnahmen besteht, aussehen könnte, demonstrierte Höhmann an einem Beispiel. Wichtig seien nur die ausführliche Anamnese, ein knappes Interventionsformular und selten ein Übergabeheft. Grundsätzlich, so Höhmann, bräuhete es weniger Dokumentation, aber mehr Konzept.

## Arbeiten mit Hirn

Wie viel Verunsicherung beim Thema Pflegedokumentation herrscht, machte die Diskussion im Anschluss an die Vorträge deutlich. So gingen eine Reihe von Fragen an Frau **Dr. Otilie Randzio**, IQP-Mitglied und leitende Ärztin im Bereich Pflege des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern. Gibt es eigentlich aus Sicht des MDK ein Zuviel oder Zuwenig an Dokumentation? Die Ausführlichkeit, so Randzio, spiele keine Rolle. Wichtig sei vielmehr, dass der Pflegebedarf anhand der Dokumentation erkennbar sei und dass die tatsächlich notwendige Pflege beim Heimbewohner ankomme.

Weitere Fragen und Anmerkungen betrafen die Rolle des MDK bei der Prüfung von Pflegeeinrichtungen. So werde die Dokumentation vor allem so verfasst, „dass bloß keine Mängel sichtbar werden“, „damit die Prüfer zufrieden sind“, merkten einige der Diskussions Teilnehmer an. „Wir kommen in der Pflege nur weiter, wenn wir in den Dokumentationen ehrlich sind und nicht beschönigen“, betonte IQP-Vorstand **Prof. Johann Behrens**. Dass eine ehrliche Analyse möglich sei, dafür müssten die Träger der Einrichtung sorgen. Die Last dürfe nicht alleine auf den Pflegenden liegen.

Eine Diskussionsteilnehmerin fordert Pflegenden auf, sich weniger von der Pflegedokumentation gängeln zu lassen und stattdessen mehr dem eigenen Sachverstand zu vertrauen. Die Pflege habe noch nicht gelernt, ihren Sachverstand gut zu verkaufen. Nur so könne man erklären, dass der externen Qualitätsprüfung so viel Raum gelassen werde, in interne Angelegenheiten einzugreifen. „Mein Appell an die Pflegenden ist, sich auf die Hinterfüße zu stellen. Wir können was, wir wissen was, wir arbeiten mit Hirn. Das kann ich auch nach außen tragen. Auch wenn es von der Stange abweicht“, schloss sie unter Applaus.