

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



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

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

verantwortlich

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

Nicolai Hornstein, B.A., RN.

08.05.13

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Bernd Reuschenbach

Preysingstr. 83

81667 München

Tel. 089-48092-1231

Email: bernd.reuschenbach@ksfh.de

Gliederung

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

1 Hintergrund des Projektes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Projektschritte

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

Wesentliche Meilensteine des Projektes sind:

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

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

3 Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitforschung

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

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

4 Methoden

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

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

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

Ad 1) Recherche zum aktuellen Stellenwert und Alternativen

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

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

Ad 2) Akzeptanz der neuen Dokumentation

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

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

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

Insgesamt wurden drei Gruppeninterviews durchgeführt (→ Tabelle 3).

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

Ad 3) Zeiterfassung

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

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

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

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

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

5 Ergebnisse

5.1 Zum Stellenwert der Pflegedokumentation in der Altenpflege

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

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

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

5.1.1 Bedeutung im Qualitätsmanagement

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

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

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

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

5.1.2 Rechtliche Anforderungen an die Pflegedokumentation

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

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

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

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

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

5.1.3 Projekte zum Bürokratieabbau

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

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

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

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

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

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

5.1.4 Theoretisches Fundament der Pflegeplanung

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

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

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

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

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

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

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

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

Die acht Artikel der Charta sind in Kurzform:

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Artikel 3: Privatheit

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod.

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

5.1.5 Implikationen für die veränderte Konzeption des Pflegeplanung

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

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

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

Weitere Prinzipien bei der Realisierung der neuen Dokumentation sind:

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

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

5.2 Akzeptanz und Erleben der neuen Pflegedokumentation

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

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

5.2.1 Bewertung der Veränderungen

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

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

5.2.2 Wahrgenommene Effekte

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

a) Zeitersparnis

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

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

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

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

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

b) Professionalität

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

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

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

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

c) Teameffekte

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

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

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

d) Veränderungen der Dokumentation

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

e) Ergebnisqualität

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

5.2.3 Hemm- und Förderfaktoren

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

5.3 Ergebnisse der Zeiterfassung

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

5.3.1 Stichprobe

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

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

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

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

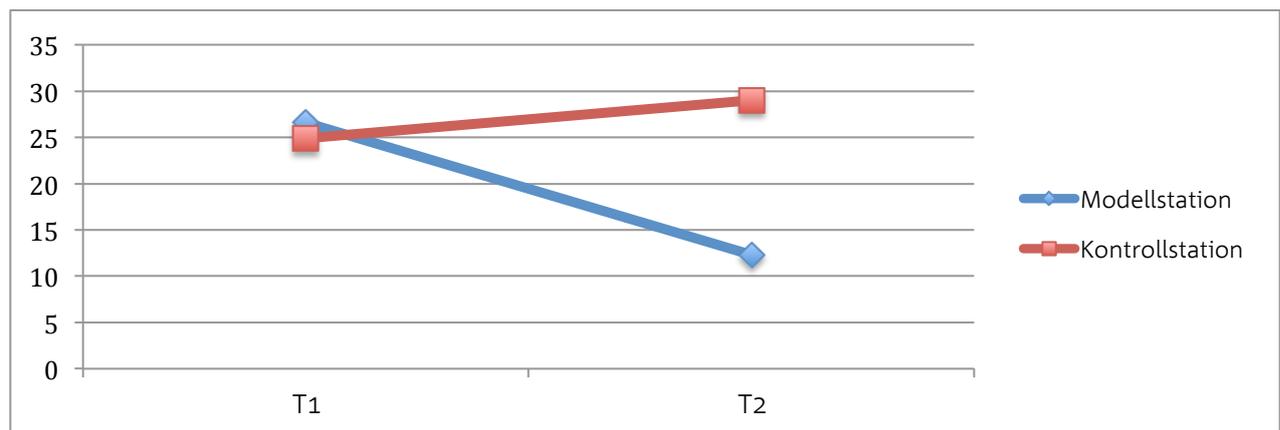
5.3.2 Zeitaufwand für die Pflegedokumentation

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

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

AWO

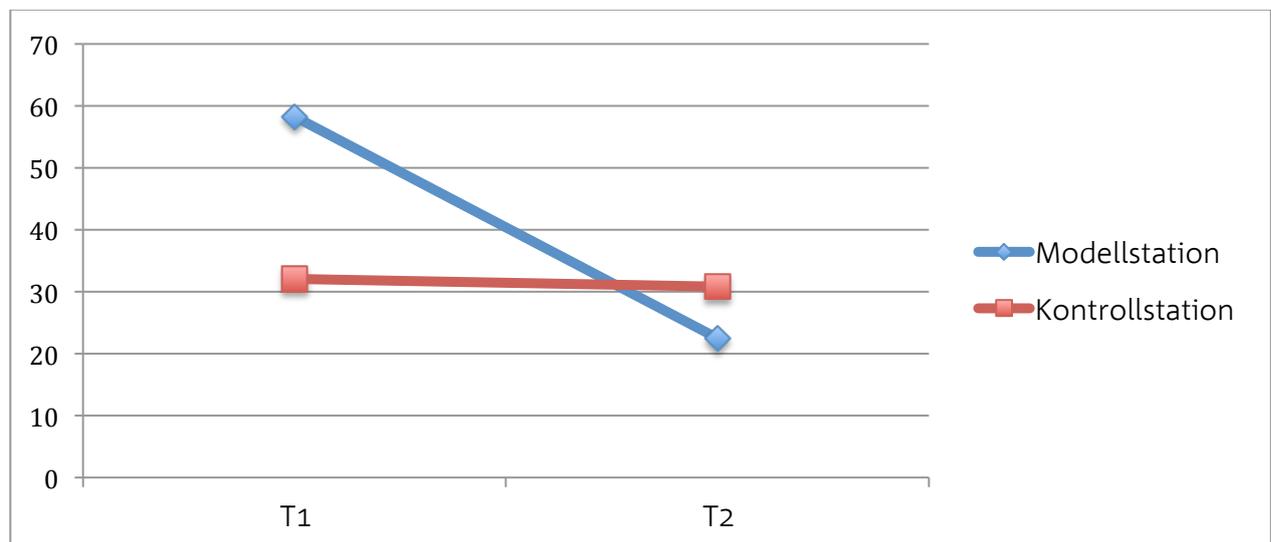
	T1 (April)	T2 (November)
Modellstation	N = 148 26,6 Minuten (SD= 8,3)	N = 77 12,3 Minuten (SD= 12,7)
Kontrollstation	N= 110 24,9 Minuten (SD= 9,79)	N= 70 29,0 Minuten (SD= 9,5)



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

BRK

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



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

Marienstift

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

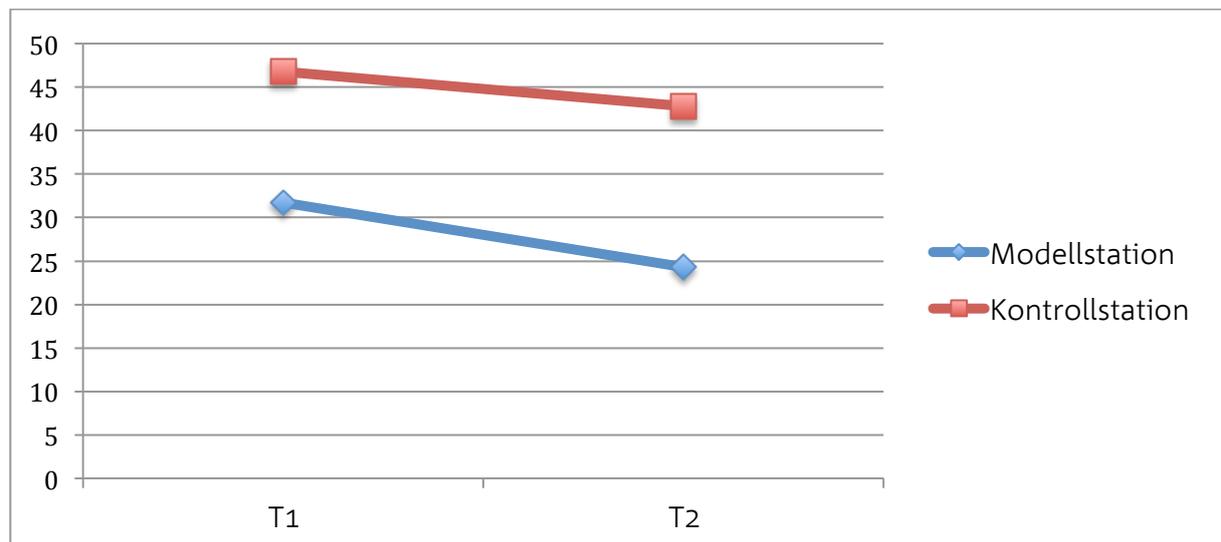
Residenza

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

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

Damenstift

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



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

5.3.3 Zeitaufwand für die Pflegevisite

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

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

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

5.3.4 Zeitaufwand für die Pflegeplanung

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

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

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

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

5.3.5 Diskussion der Ergebnisse

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

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

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

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

6 Dissemination

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

Der Newsletter der FQA berichtete regelmäßig von dem Projekt.

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

7 Fazit

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

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

Anhang A

Gesprächsleitfaden für das Gruppeninterview

im Rahmen der Evaluation des Redudok-Projektes

Stand 26.09.2012

Vorbedingung:

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

Ablauf des Gesprächs:

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

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

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

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

Anhang B

Instruktion zur Durchführung der Zeiterfassung in den vier Modelleinrichtungen

Stand 23.03.2012

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

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

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

Für die Durchführung wird folgendes empfohlen:

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

Wie wird der Bogen ausgefüllt?

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

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

Wir werden die Ergebnisse gesammelt?

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

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

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

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

Erfassungsbogen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege
--

Liebe Pflegende,

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

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

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

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

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

Am Ende des Projektes erhalten Sie eine Auswertung.

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

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

Heute war ich in der.....

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

Datum heute: _____

Literatur

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