

Formulierungshilfen und Entbürokratisierung für die Pflegedokumentation

Formulierungshilfen zur Planung und Dokumentation der Pflege können, wie der Name schon sagt, Hilfen sein. Die Konzentration richtet sich dabei sinnvollerweise auf die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien-BRi) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 22.08.2001.

Gleichwohl die Pflegeversicherung nicht nur aus Finanzierungsgründen überarbeitet werden muss, so ist der Inhalt der bestehenden Richtlinien nicht falsch, sondern stellt eine Pflegefachlichkeit dar, die gute Pflegepraxis ausmacht. Um diese transparent zu machen, muss sie gut dokumentiert werden. Arbeitshilfen können grundsätzlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Leerzeilen für eigenen Ergänzungen der Formulierungshilfen nach den Lebensaktivitäten (vorgegeben vom den Begutachtungs-Richtlinien-BRi) und einrichtungsintern bestimmte Kategorisierungen entsprechend der favorisierten Pflegemodelle sind wichtige Gestaltungsmöglichkeiten der Einrichtung. Das darf nicht übergestülpt, sondern muss z.B. im Rahmen eines dafür vorgesehenen Qualitätszirkels einrichtungsintern selbstorganisiert erarbeitet werden. Anstelle der vielfach üblichen horizontalen Ausrichtung sind Dokumentationsunterlagen zwecks eines praktikableren Umgangs mit der Dokumentation durchgehend vertikal zu gestalten.

Bei der Begutachtung hat eine Einschätzung des Allgemeinzustandes und der Leistungsfähigkeit zu erfolgen. Angaben zum Allgemeinbefund und Aussagen zur Leistungsfähigkeit eines Antragstellers sind zur Beurteilung der Erfolgsaussichten von Rehabilitationsmaßnahmen unerlässlich. Auf ggf. nur vorübergehende Allgemeinbefundveränderungen ist hinzuweisen. Es ist anzugeben, ob der Allgemeinzustand als gut, mäßig oder deutlich reduziert anzusehen ist.

Guter Allgemeinzustand: Altersentsprechender Allgemeinzustand ohne Einschränkung des Ernährungs- und Kräftezustandes.

Mäßiger Allgemeinzustand: Einschränkungen mit eventuellen Auswirkungen auf den erforderlichen Hilfebedarf (Verrichtungen können z. B. nur verlangsamt durchgeführt werden).

Deutlich reduzierter Allgemeinzustand: Stark herabgesetzte Belastbarkeit, klar erkennbare Auswirkungen auf den erforderlichen Hilfebedarf. Hilfen sind in der Regel aufgrund fehlender Kräfte erforderlich.

Die Einteilung der Schweregrade der Pflegebedürftigkeit ist kein Ersatz für die erforderliche einzelfallorientierte Beschreibung der Funktionsausfälle im Freitext. Auswirkungen der Funktionsein-

schränkungen auf den Hilfebedarf wie auch deren möglicher Ausgleich durch Hilfsmittel bleiben hier unberücksichtigt. Einschränkungen sind je nach Schweregrad anzugeben:

Keine Einschränkungen: Eine erkennbare Einschränkung der Funktion des Organsystems liegt nicht vor.

Mäßige Einschränkungen: Minderung der Funktion mit erkennbaren Einschränkungen der Leistungen oder Verrichtungen.

Schwere Einschränkungen: Gravierend herabgesetzte Funktion mit erheblichen Einschränkungen der Leistungen oder Verrichtungen.

Funktionsausfall Einschränkungen: Weitestgehende oder völlig aufgehobene Fähigkeit oder völlige Einschränkung von Leistungen oder Verrichtungen innerhalb des Organsystems.

Eine wesentliche Grundlage für den individuellen Pflegeplan bildet die Beurteilung der Fähigkeiten des Antragsstellers in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (Lebensaktivitäten).

Dies sind nach den Begutachtungs-Richtlinien BRi:

- Vitale Funktionen aufrechterhalten können
- Sich situativ anpassen können
- Für Sicherheit sorgen können
- Sich bewegen können
- Sich sauberhalten und kleiden können
- Essen und trinken können
- Ausscheiden können
- Sich beschäftigen können
- Kommunizieren können
- Ruhen und schlafen können
- Soziale Bereiche des Lebens sichern können.

Die Fähigkeiten sind in jedem Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens nach den Graden:

- selbständig
- bedingt selbständig
- teilweise unselbständig oder
- unselbständig

einzuschätzen. Das Ergebnis ist im Formular durch Ankreuzen und zusätzliche Angaben zu dokumentieren. Dabei bedeutet:

a) selbständig:

Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Durchführung von Verrichtungen in diesem ATL-Bereich (in dieser Lebensaktivität). Das ist eine Ressource! Dazu muss kein Ziel mehr formuliert werden!

b) bedingt selbständig:

Fähigkeit zur selbständigen bzw. unabhängigen Versorgung mit einer oder mehreren Einschränkungen; Hilfsmittel/-vorrichtungen sind vorhanden und werden genutzt; der Antragsteller benötigt ggf. mehr Zeit als üblich für die Verrichtungen, bewältigt sie aber mit Mühe; ggf. bestehen

c) teilweise unselbständig:

Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Verrichtung ist eingeschränkt; Einzelverrichtungen werden unvollständig ausgeführt; eine Hilfsperson ist zur Anleitung und Beaufsichtigung bei der Vorbereitung und Durchführung von Verrichtungen bzw. zu ihrer zeit-/teilweisen Übernahme erforderlich.

d) unselbständig:

Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Verrichtung ist nicht vorhanden; Hilfestellung/Übernahme durch Hilfsperson in allen Phasen der Versorgung/Verrichtung erforderlich.

Formulierungshilfen für Pflegeziele wären:

- **Reduktion von Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit.....**

- **Frühzeitiges Erkennen von Veränderungen hinsichtlich...**

Formulierungshilfe für entsprechende Pflegemaßnahmen:

- **Aktivierung und teilweise Übernahme der...**

- **Aktivierung und vollständige Übernahme der...**

- **Anleitung....**

- **Beobachtung/Betreuung/Beaufsichtigung...**

Unter der **aktivierenden Pflege** ist nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten fördert. Diese berücksichtigt ständig die Ressourcen des Patienten, so dass dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbständigkeit des zu pflegenden Menschen im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen zum Ziel. Aktivierende Pflege setzt eine bestimmte Geisteshaltung der Pflegenden voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen. Sie hat eine nachvollziehbare Pflegedokumentation und -planung zur Voraussetzung. Es ist anzustreben:

- vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,

- dass geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Eine allgemein **verbindliche Reihenfolge** der oben genannten **Lebensaktivitäten** existiert nicht. Ganz gleich, ob nach ATL, AEDL (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens) u.a. gegliedert wird, dienen diese als „Hilfs-Leiter“, um möglichst an alle pflegerelevanten Inhalte zu denken und keine wichtigen Aspekte der ganzheitlichen Pflege (Körper, Geist, Seele und Soziales Umfeld) zu vergessen. Die Nummerierung der Lebensaktivitäten geschieht in der Regel unwillkürlich. Eine einheitliche Reihenfolge gibt es angesichts verschiedener Pflegemodelle und deren z.T. unterschiedlichen Begrifflichkeiten nicht. Wenn beispielsweise von der zweiten ATL (oder AEDL) gesprochen wird, sollte (um Missverständnisse auszuschließen) nachgefragt werden, welche Lebensaktivität es sich genau gemeint ist. Nicht jeder hat aus demselben Fachbuch gelernt, bzw. das gleiche Pflegedokumentationssystem im Kopf. Eine Berücksichtigung der Reihenfolge (im Sinne einer Rangordnung) hat jedoch Sinn, wenn die Gliederung vom jeweiligen Pflegeschwerpunkt aus festgelegt wird. D.h. bei einer solchen Aufteilung würden dann die Lebensaktivitäten zuerst genannt, deren Pflegeinhalt am höchsten gewichtet wird. Je nach dem zugrunde liegenden Pflegemodell nummerieren Dokumentationssysteme die Lebensaktivitäten und benutzen zum Teil andere **Formulierungen** oder fassen Lebensbereiche zusammen. Beispielsweise verknüpfen einige die beiden AEDL „Waschen“ und „Kleiden“ miteinander, wie es bei den ATL ohnehin der Fall ist. Die Lebensaktivitäten „Atmen“ und „Körpertemperatur regulieren“ können zur AEDL „Vitalzeichen regulieren“ zusammengefügt werden. Schließlich gibt es die fünf Vitalzeichen: Puls, Blutdruck, Temperatur, Atmung und Bewusstsein. Diese werden (besonders in der Ersten Hilfe) im Zusammenhang betrachtet. Die Inhalte der ATL „Sinn finden“ entsprechen in den differenzierteren AEDL's „Soziale Bereiche des Lebens sichern können“ und „Mit existentiellen des Lebens umgehen“.

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen **Pflegetheorien, -modellen und -konzepten** hat in der Praxis zu geschehen. Übergestülpte Inhalte können schlecht anwachsen und entsprechend kaum oder gar nicht blühen! Solche Zeit-, Geld- und Energieverschwendungen oft inklusive giftiger Hierarchiebestrebungen sind derzeit ganz klar völlig ungenutzte Ressourcen im Pflegebereich.

„Verwaltet mich nicht! - Pflegt mich!“ Darum bittet uns jeder pflegebedürftige Mensch.

Hinsichtlich der Thematik „**Entbürokratisierung**“ sind meiner Ansicht nach in Deutschland insbesondere diese „neutralen“ Unterlagen zu berücksichtigen:

- a) Gutachten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur „Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in der stationären Altenpflege in Deutschland“ Internet:
www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/entbuerokratisierung-in-der-stationaeren-altenhilfe,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf
- b) Abschlussbericht des Bayrischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zum Projekt „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“. Internet: www.stmas.bayern.de/pflege/stationaer/entb-ges.pdf
- c) „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“
Link: www.mds-ev.org/download/Begutachtungsrichtlinien_screen.pdf
- d) Ergebnisse der „Arbeitsgruppe III: Entbürokratisierung“ des Runden Tisches Pflege von 2005, Herausgeber: Deutschen Zentrum für Altersfragen
Internet: www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppeIII.pdf

Den **Entbürokratisierungsbestrebungen** halten Kritiker ja nun entgegen, dass die zum Dokumentieren erforderliche Zeit gar nicht so wesentlich sei. Größere Zeitfresser seien die *Zeiten für Zuwendung und Alltagsgestaltung* und andere nicht benannte Dinge, die oft gar nicht dokumentiert würden. Die Kritiker haben Recht, denn mit bisherigen Softwarelösungen gelingt die Vereinfachung tatsächlich nicht. Aber es wurde nicht die *unmittelbare und individuelle Erfassung* berücksichtigt. Diese muss folglich die Forcierung ureigner Pflegeaufgaben (wie Dasein, aktiv Zuhören, Berühren, gemeinsam Erleben und MITerleben anstatt isoliert VERwalten) zum Ziel haben. Mit einer solchen *Transparenz der Ganzheitlichkeit* wird nicht nur entbürokratisiert, sondern Pflege nachweislich immer *menschlicher* und damit *besser*.

Quelle: Formulierungshilfen zur Planung und Dokumentation der Pflege. Friedhelm Henke, Kohlhammer 2006.