

# ERGEBNISBERICHT

## Arbeitskreis „Schlanke Pflegeplanung und -dokumentation“

## Bericht des Arbeitskreises „Schlanke Pflegeplanung und -dokumentation“

---

Unter diesem Arbeitstitel hat die Arbeitsgemeinschaft der Niederösterreichischen Pensionisten- und Pflegeheime in Kooperation mit dem Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime, Expertinnen und Experten verschiedener niederösterreichischer Pflegeheimträger den Auftrag erteilt, die Pflegedokumentation wie sie derzeit gestaltet wird, zu diskutieren und Möglichkeiten auszuloten, diese gegebenenfalls effizienter zu gestalten. Die Diskussion wurde unter Beteiligung der NÖ Pflegeaufsicht und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) geführt, um ein möglichst großes Meinungsspektrum einfließen zu lassen.

Gemäß §5 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) sind Angehörige von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen verpflichtet, die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu planen und zu dokumentieren. Insbesondere werden die Schritte des Pflegeprozesses mit

- Pflegeanamnese
- Pflegediagnose
- Pflegeplanung und
- Pflegemaßnahmen

benannt.

Das GuKG schreibt keine näheren Details über die Form der Pflegedokumentation vor, diese sind organisationsintern festzulegen. Es muss gewährleistet sein, dass die Aufzeichnungen zweifelsfrei einer bestimmten Person zuordenbar sind.<sup>1</sup>

## Ausgangssituation

---

Zeit wird in vielen Pflege- und Betreuungseinrichtungen als meist sehr knappe Ressource bewertet. Deswegen ist es umso wichtiger, mit der vorhandenen Zeit sorgsam umzugehen. Wofür verwenden wir unsere Zeitressourcen? Wo macht es mehr oder weniger Sinn, Zeit zu investieren?

In den letzten Jahren hat sich ein Trend entwickelt, der unglaublich viele Zeitressourcen für die Dokumentation unserer Arbeit bindet. Dieser Trend war und ist nicht nur ein österreichisches oder gar niederösterreichisches Phänomen. Der Blick über die Landesgrenzen zeigt dies deutlich am Beispiel Deutschland. Dort hat man in den letzten Jahren ebenfalls versucht, die Dokumentationsaufwände zu reduzieren, um letztlich damit Bewohnerinnen und Bewohner wieder in den Fokus zu rücken.<sup>2</sup>

Es mag unterschiedliche Gründe für eine solche Entwicklung geben. Einige liegen möglicherweise darin begründet, dass Angehörige von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen bestrebt sind, möglichst umfangreich zu dokumentieren, um damit nach allen Seiten abgesichert zu sein oder um Prüfinstanzen keinen Raum für Kritik zu lassen.

Vielfach wird dabei die eigene Kompetenz in den Hintergrund gedrängt, die eigene Fachlichkeit hinter Vorgaben, Standards, der Meinung anderer Expertinnen und Experten versteckt. Auf Grund hierarchischer Denkmuster wird die eigene Fachlichkeit aufgegeben. Die Pflegedokumentation gewinnt dadurch meist nicht an Qualität. Was aber sehr wohl entsteht, ist eine häufig überbordende Quantität, die Bewohnerinnen und Bewohnern persönlich keinen zusätzlichen Nutzen bringt. Pflegepersonen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen glauben möglicherweise, je mehr Umfang eine Pflegedokumentation hat, umso weniger kann daran ausgesetzt werden.

Die Forderung überprüfender Instanzen nach kritischer Auseinandersetzung unter Experten und nach fachlicher Begründung, wieso eine Pflegedokumentation so und nicht anders gestaltet ist, ist berechtigt. Umso mehr müssen sich Pflegepersonen wieder auf ihre Fachlichkeit besinnen, um die richtigen Argumente in einer Diskussion zu finden.

Die derzeit vorhandenen Regularien, Formalismen und unterstützenden Instrumentarien (GuKG, ÖBIG-Richtlinien, Qualitätsvorgaben der Prüfinstanzen, EDV, usw.) sind durchaus geeignet eine Pflegedokumentation so zu gestalten, dass die geforderte Qualität in einem angemessenen Zeitrahmen erbracht werden kann und bedarf keiner substanzieller Veränderung.

Was es offensichtlich braucht, ist ein Denkanstoß an Führungskräfte und Pflegepersonen, ein Ermutigen sich wieder auf die eigene Kompetenz und auf das eigene Fachwissen zu besinnen. Was es braucht ist Vertrauen zu fassen in die eigene Fachlichkeit und den Mut, fachliche Defizite bei sich und anderen zu erkennen und diese mit geeigneten Maßnahmen (Fachliteratur, Anleitung, Schulung, Fortbildung, etc.) zu bearbeiten.

Der Ergebnisbericht soll KEINE Verfahrensanleitung nach dem Muster „So müssen wir es künftig machen!“ sein. Vielmehr kann und soll der Bericht Pflegepersonen und hier insbesondere Führungskräfte der Pflege sensibilisieren, sich kritisch mit dem Thema Pflegedokumentation auseinanderzusetzen. Der Bericht soll den thematischen Zugang erleichtern, gleichzeitig aber nicht dazu verleiten die einzelnen Punkte als eine Art standardisierte Vorgehensweise zu betrachten. Zu komplex sind die Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen, um eine Pflegedokumentation standardisiert darstellen zu können.

Der Bericht soll aber auch nicht verleiten zu „Alles bleibt so wie es ist!“ – denn dazu wird zu viel Zeit in eine Pflegedokumentation investiert, die am eigentlichen Ziel vorbeigeht: Nämlich Unterstützung zu sein in der Arbeit für unsere Bewohnerinnen und Bewohner – zur Sicherstellung der Pflege- und Betreuungsqualität.

## Ziel

---

**Das Ziel des Arbeitskreises war die Erhebung des Ist-Stands, eine kritische Reflexion darüber zu führen und in der Folge Anregungen zur Optimierung der Pflegeplanung und -dokumentation sowie für eine sinnvolle Reduktion des Planungs- und Dokumentationsaufwandes zu erarbeiten.**

Folgender Rahmen wurde dafür festgelegt:

- das GuKG wird eingehalten
- die „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010“ (ÖBIG) bleibt weiterhin Grundlage für den Planungsprozess
- der Pflegeprozess muss nachvollziehbar dargestellt sein
- die Dokumentation und Planung ist vollständig und aussagekräftig
- das Ergebnis ist in jeder Organisation anwendbar (unabhängig von Pflegemodell, EDV-Doku, ...)
- die Struktur für die Planung kann ein (beliebiges) Pflegemodell sein
- Philosophie und Wertesystem der jeweiligen Organisation kann beibehalten werden

## Klärung der Begrifflichkeiten

---

Im Rahmen der Diskussion hat sich der Arbeitskreis darauf verständigt, die Begriffe aus der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010“ und deren Interpretation 2016 zu übernehmen:

- **Pflegeplanung:**

Kognitive Planung, Denkleistung

*Anm.: „Pflegeplanung ist ein kognitiver Planungsprozess, der auf der Fähigkeit des kritischen Denkens basiert und immer stattfindet, ungeachtet dessen, ob alle Schritte des Pflegeprozesses im schriftlich festgelegten Pflegeplan abgebildet werden.“*

- **Schriftlicher Pflegeplan:**

Summe aus Pflegeassessment und Pflegeplanung

*Anm.: „Der Pflegeplan ist daher das Ergebnis von Pflegeassessment und Pflegeplanung. Der schriftliche Pflegeplan beinhaltet die pflegerelevanten Informationen für die Durchführung pflegerischer Interventionen – mit oder ohne Pflegediagnosen – aller an der Pflege Beteiligten und sichert damit die Kontinuität.“*

# ERGEBNISSE

Ergänzend zur „Arbeitshilfe Pflegedokumentation“ hat die Arbeitsgruppe den Fokus auf die speziellen Aspekte der Langzeitpflege gelegt. Entsprechend der Zielsetzung der Arbeitsgruppe wurden die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses hinsichtlich Optimierung der Pflegedokumentation umfassend diskutiert und im Folgenden beschrieben.

Jeder Pflegeperson muss bewusst sein, dass eine pflegerische Entscheidung aus mehreren Komponenten besteht:

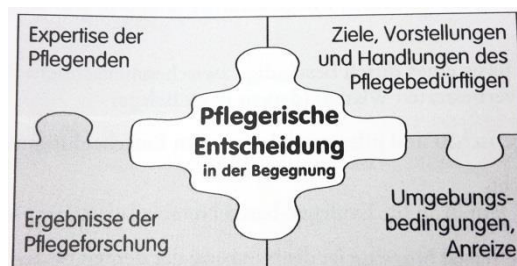


Abb.: Pflegerische Entscheidungsfindung<sup>3</sup>  
Evidence-based Nursing and Caring  
Behrens/Langer, 2006, S. 28

## Pflegeassessment / Pflegeanamnese („Infosammlung“)

---

Die im GuKG beschriebene Pflegeanamnese meint eigentlich das (Pflege)Assessment.<sup>4</sup>

Das (Pflege)Assessment soll einen Überblick über Ressourcen und Probleme der jeweiligen pflegebedürftigen Person geben. Es soll alle Informationen enthalten, die für eine individuelle und zielgerichtete Planung der Maßnahmen erforderlich sind. Nach Möglichkeit sollte das ledigliche Ankreuzen von vorgegebenen Parametern vermieden werden. Aussagekräftiger und leichter zu lesen ist die Beschreibung der IST-Situation in Form einer schriftlichen Darstellung oder Zusammenfassung im Aufsatzstil.

Das Pflegeassessment

- stellt die Grundlage für den pflegediagnostischen Prozess und die Pflegeplanung dar
- ist die Erfassung durch gezielte Informationsgespräche und Beobachtungen
- dient einer umfassenden Informationssammlung über:  
Fähigkeiten/Möglichkeiten, Ressourcen, Probleme/pflegerische Defizite, Gewohnheiten/Bedürfnisse/Wünsche, aktuelle Lebenssituation, Biografie/Lebensgeschichte, eigene Sichtweise des Pflegebedürftigen zu seiner Situation, Wissen der Angehörigen über relevante Aspekte der Lebensgeschichte des Betroffenen, verendete Hilfsmittel<sup>5</sup>
- zeichnet sich durch ihre ganzheitliche Betrachtungsweise der Reaktion des Menschen auf Krankheit/Kranksein, Verletzungen, Behinderungen und belastende Lebensereignisse aus.“<sup>6</sup>

Der Einsatz von Assessmentinstrumenten oder Skalen zur Einschätzung von Risiken (Dekubitus, Sturz, ...) oder anderen standardisierten pflegerischen Einschätzungen (Schmerz, Mobilität, ...) obliegen der jeweiligen fachlichen Einschätzung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Sinnvoll ist eine Anwendung nur dann, wenn sie einer vertieften Informationssammlung dienen.

## Pflegediagnose

---

Häufig besteht der Irrtum, dass zu jeder Maßnahme, zu jeder „ATL“, zu jedem Ziel eine Pflegediagnose gestellt werden muss.

Das Augenmerk sollte vielmehr darauf gelegt werden, die für den/die Bewohner/in relevanten Pflegediagnosen zu stellen. Jedes vorliegende Risiko erfordert auf jeden Fall einen vollständigen Pflegeplan (Pflegediagnose, Pflegeziel und Maßnahmenbeschreibung).<sup>7</sup>

*„Alle anderen Phänomene sind kritisch zu beleuchten, Aspekte die Essen, Waschen, Kleiden, Trinken angehen (die bisher meist als „Selbstfürsorgedefizit in ...“ verfasst wurden) sind dann sinnvoll zu planen, wenn ein Verbesserungseffekt / Trainingseffekt zu erwarten ist (z.B. nach Schlaganfall – wiedererlernen von Anziehen, Gehen, komplikationsloses Schlucken).“ (Rappold 2016)*

Vielfach können Pflegediagnosen zusammengefasst werden, wenige Pflegediagnosen können durchaus ausreichend sein. Wesentlich ist die Klärung der Erfordernisse mit Maß und Ziel entsprechend der im (Pflege)Assessment erhobenen Daten!

## Pflegeplan

---

Der schriftliche Pflegeplan muss fachlich begründet sein und sich aus dem (Pflege)Assessment ableiten lassen, er muss alle pflegerrelevanten Informationen über den/die Bewohner/in enthalten und die durchzuführenden Maßnahmen beschreibt.

Wichtig ist, dass pflegerische Entscheidungen begründet sind und fachlich diskutiert werden können. Einen individuellen Pflegebedarf zu erfassen und daraus notwendige Maßnahmen abzuleiten, ist Ausdruck der Fachkompetenz der Angehörigen des gehobenen Dienstes.

Die Praxis zeigt, dass dies oft nicht möglich ist und Pflegemitarbeiter/innen in Erklärungsnotstand geraten. In weiterer Folge sind Führungskräfte und Mitarbeiter/innen häufig der Meinung, sie hätten zu wenig ausführlich geschrieben und dokumentieren dann noch mehr.

Auch die Formulierung von Pflegezielen wird oft unreflektiert vorgenommen. So finden sich Pflegeziele die selbstverständlich sind (z.B. fühlt sich wohl, fühlt sich sauber) und/oder die Werte einer Organisation darstellen (z.B. sich wie zu Hause fühlen).

Entscheidend in diesem Zusammenhang ist nicht die Anzahl, sondern die Sinnhaftigkeit und Messbarkeit der Ziele!

Ziele sollen auf den/die Bewohner/in bezogen, realistisch, umsetzbar, messbar, beurteilbar und anwendbar sein.<sup>8</sup>

Bis der Pflegeplan fertiggestellt ist, ist im Pflegebericht ausführlich zu dokumentieren, danach sind nur noch die Abweichungen zu beschreiben.

Wenn es rein um die Übernahme oder Anleitung von Tätigkeit im Selbstfürsorgebereich durch Pflege geht und kein Risiko oder keine Fördermöglichkeit besteht, dann reicht eine Maßnahmenplanung (was, wie, wann, von wem, womit zu tun ist) aus.

## Pflegemaßnahmen

---

Unter Pflegemaßnahmen (Pflegeinterventionen) werden Handlungen verstanden, die von Pflegefachkräften aufgrund ihres Fachwissens angeordnet bzw. durchgeführt werden, um das festgelegte Ziel zu erreichen.<sup>9</sup>

Es gibt keine ungeplanten Maßnahmen! Wenn Maßnahmen beschrieben werden, die keiner Pflegediagnose zugeordnet werden, ist es trotzdem Pflegeplanung und wird in der schriftlichen Maßnahmenplanung festgehalten. Auch diese Maßnahmen werden aus dem Assessment abgeleitet und sind geplant.

**Nicht** im individuellen schriftlichen Pflegeplan zu erfassen sind:

- einmalig zu erbringende Leistungen
- settingspezifische pflegerische Basisinterventionen (z.B. nächtlicher Rundgang, Kontrolle der Rufanlage)
- Interventionen, die schon an anderer Stelle geplant/angeordnet sind (z.B. ärztliche Anordnungen)
- Handlungsschemata, Prinzipien und Grundhaltungen
- Service- und Hotelleistungen.<sup>10</sup>

**Alle Standardleistungen** (Aufgabenbeschreibungen, Hotelleistungen, Tätigkeiten des gesamten hauswirtschaftlichen Bereichs, regelmäßig wiederkehrende Tätigkeiten wie Kontrolle der Rufanlage, Bereitstellen von Getränken, Wahrung der Intimsphäre, ...) **können in anderer Form schriftlich festgehalten werden, z.B. als Organisationsstandards und müssen nicht im schriftlichen Pflegeplan dargestellt werden.**

## Durchführungsnachweis

---

Die Abzeichnung soll möglichst zeitnah durchgeführt werden, spätestens aber zu Dienstende.<sup>11</sup> Es ist möglich Arbeitspakete abzuzeichnen, ebenso ist es ausreichend, wenn

die zuständige Pflegeperson die durchgeführten Maßnahmen einmal am Ende des Dienstes abzeichnet, in diesem Fall muss die Zuordnung zu einem/einer bestimmten Bewohner/in nachvollziehbar sein.

Auf jeden Fall sind erforderlich:

- Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich: 1 Handzeichen bei Dienstende pro Bewohner/in für geplante Maßnahmen
- Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich: zeitnah einzelne Handzeichen pro Maßnahme
- Abweichungen von der Planung sind im Pflegebericht zu dokumentieren

Voraussetzung: nachweisliche Zuordnung der Pflegepersonen zum/zur Bewohner/in in bestimmten Zeiteinheiten!

## Evaluation

---

Die Evaluierung ist ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozesses und dient der Überprüfung der Zielerreichung. Risikodiagnosen und Förderziele müssen nach festgelegten Intervallen auf ihren Zielerreichungsgrad hin überprüft werden, ebenso sind die geplanten Maßnahmen (der Maßnahmenplan) auf ihre Aktualität hin zu überprüfen und falls erforderlich anzupassen. Falls es zu einer Veränderung des Allgemeinzustandes gekommen ist, ist auch das (Pflege)Assessment entsprechend zu ergänzen, damit (Pflege)Assessment, Pflegeplanung und Maßnahmenplanung wieder sinnvoll aufeinander aufbauen.



## Fazit

---

Der Arbeitskreis kommt zu dem Ergebnis, dass die bestehenden Regularien es erlauben, die Pflegedokumentation effizient und „schlank“ zu gestalten. Im Hinblick auf die geplante Überarbeitung der Arbeitshilfe Pflegedokumentation für den Langzeit- und Mobilen Pflegebereich im Sommer 2016 erachten wir es derzeit nicht als sinnvoll, ein zusätzliches Regelwerk zu erstellen.

Somit wollen wir mit unserem Bericht Führungskräfte und Pflegepersonen ermutigen und sensibilisieren, die eigene Praxis kritisch zu überdenken. Sie haben es selbst in der Hand, den viel zitierten „roten Faden“ - begonnen von A wie Assessment bis Z wie Zielerreichung - zu spannen.

Gleichzeitig appellieren wir, die organisationsintern gewachsenen Vorgehensweisen zu „entrümpeln“. Denn dort sehen wir das größte Potential, die Pflegedokumentation schlanker zu gestalten. **Es liegt in unser aller Verantwortung, diese Erkenntnisse anzunehmen, umzusetzen und weiterzuentwickeln.**

## Mitglieder des Arbeitskreises

---

### AK-Leitung:

- Andrea **Goldmund**, MSc – Haus- u. Pflegedienstleiterin, Caritas Haus St. Leopold Klosterneuburg
- Wolfgang **Mayrhofer**, MBA – Pflegedienstleiter, LPH Amstetten

### Mitglieder:

- Regina **Berger** – Haus- u. Pflegedienstleiterin, Marienheim Klosterneuburg
- Irena **Deimel** – Stationsleiterin und stv. Pflegedienstleiterin, Barmherzige Schwestern Haus St. Louise Ma. Anzbach
- Gerlinde **Göschelbauer**, MBA, MAS – Haus- u. Pflegedienstleiterin, Barmherzige Schwestern Haus St. Louise Ma. Anzbach
- Elisabeth **Grna**, MSc – Pflegedienstleiterin, Pflegeheim der Stadtgemeinde Stockerau
- Lydia **Kaiblinger**, MBA – Pflegedienstleiterin, SeneCura Pressbaum
- Tina **Karner** – DGKS, Seniorenwohnheim Stadtwald St. Pölten
- Margit **Kitzler**, MBA, MAS – Assistenz Strategische Projekte, Haus der Barmherzigkeit
- Eva **Kürzl**, BSc – NÖ Pflegeaufsicht (Abteilung GS4 – Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht)
- Roland **Nefischer** – GS7, zuständig u.a. für die Pflegedokumentation bei den LPHs
- Silvia **Neugschwandtner**, MSc – Pflegedienstleiterin, LPH Zwettl
- Gabriela **Strakova** – Stationsleiterin, LPH Mödling
- Sonja **Strauß**, MSc – GS7, Qualitätsmanagement LPHs

Danke an Frau MMag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Elisabeth **Rappold**, Gesundheit Österreich GmbH, Abteilung Gesundheitsberufe, für viele fachliche Inputs.

## Literatur

---

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG)  
Susanne Weiss, Alexandra Lust, 2014

Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010  
GÖG/ÖBIG  
[http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Arbeitshilfe\\_2010.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Arbeitshilfe_2010.pdf)

Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung  
Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Lothar Ullrich, 2009

Der Pflegeprozess in der Praxis  
Ruth A. Brobst, 2007

Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus  
Maria Müller-Staub, 2012

Evidence-based Nursing and Caring  
Johann Behrens, Gero Langer, 2006

## Literaturempfehlung

---

Ressourcenorientierte Interaktion in der Pflege  
Sonja Scheichenberger, vn.nn@kavwien.at

## Endnotenverzeichnis

---

- <sup>1</sup> Vgl. Weiss/Lust, 2014, GuKG, 7. Auflage, S. 60f
- <sup>2</sup> [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht\\_und\\_Anlagen\\_fin20140415\\_sicher.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Entbuerokratisierung/Abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf), 9.2.2016
- <sup>3</sup> Behrens/Langer, 2006, S. 28
- <sup>4</sup> Vgl. Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010, ÖBIG, S. 11
- <sup>5</sup> Vgl. Thiemes Pflege, 2009, Seite 94, Formular zur Informationssammlung
- <sup>6</sup> Vgl. Brobst, 2007, S. 34
- <sup>7</sup> Vgl. Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010, ÖBIG, S. 17
- <sup>8</sup> Vgl. Müller-Staub, 2012, S. 93
- <sup>9</sup> Vgl. Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010, ÖBIG, S. 22
- <sup>10</sup> Vgl. Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010, ÖBIG, S. 24
- <sup>11</sup> Vgl. Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2010, ÖBIG, S. 32