

Kommunikations- und Informationsprozesse

Da die Leistungserbringung in der Pflege arbeitsteilig erfolgt, sind alle Beteiligten in hohem Maße auf Kommunikation und Information angewiesen. Aus arbeitsorganisatorischer Sicht sind im Rahmen von Kommunikation und Information in der täglichen Arbeit insbesondere die Dokumentation des Pflegeprozesses und die Maßnahmenplanung (individuelle Hilfeplanung), die Dienstübergabe, die Dienstbesprechung, die Fallbesprechung und auch die Kommunikation mit externen Stellen (z. B. Arzt) von Bedeutung.

Kommunikation ist für die Pflegenden eine Notwendigkeit, um gut pflegen zu können und findet in vielen Zusammenhängen statt, z. B. zwischen den Pflegenden, zwischen Pflegenden und Bewohner, zwischen Pflegenden und An-/Zugehörigen und zwischen Pflegenden und Ärzten/externen Leistungserbringern. Kommunikation muss sichergestellt werden und funktionieren. Es ist wichtig, dass die übermittelten Informationen vom Empfänger so verstanden werden, wie sie der Sender gemeint hat.

Im Rahmen von Kommunikation{ XE "Kommunikation" } wird also eine Information von einem »Sender« an einen »Empfänger« übermittelt. Kommunikation ist deshalb oft schwierig, weil die gesendete und die empfangene Botschaft nicht übereinstimmen. Das »Vier-Seiten (Ohren)-Modell der Kommunikation«¹ unterscheidet vier Kommunikationsebenen:

1. Ebene: Sachinhalt (Sachebene)
2. Ebene: Selbstoffenbarung (Selbstkundgabe)
3. Ebene: Beziehung (Beziehungsseiten)
4. Ebene: Appell (Appellseite)

Info

Da die Antennen zum Empfang der Information (Nachricht) nicht bei allen Menschen gleich (gut) ausgebildet sind, kann es zu Missverständnissen kommen, z. B. wenn der Sachinhalt mit der »Beziehungs-Antenne« empfangen wird (anders als vom Sender beabsichtigt).

Dokumentation/Maßnahmen- und Hilfeplanung

Kennen Sie das: Am Ende der Schicht treffen sich die Mitarbeitenden im Dienstzimmer, um auch noch die lästigen Dokumentationspflichten zu erledigen?

Info

Die Funktion der Dokumentation im Pflegeprozess ist die der zentralen Informationsquelle und des Steuerungselements. Sie dient damit der Sicherstellung der interdisziplinären Information und Kommunikation sowie der Herstellung von Leistungstransparenz und der Planung von Abläufen. Dokumentieren ist deshalb keinesfalls ein lästiges Übel.

Ist die Dokumentation lückenhaft oder nicht nachvollziehbar, können sich Haftungsrisiken ergeben. Wichtig ist, Überlegungen und Abwägungen, die hinter Entscheidungen stehen, oder Hinweise an Ärzte und Betreuer zu dokumentieren.

Die Dokumentation der einzelnen Bewohner enthält alle für die Betreuung und Pflege notwendigen Informationen und Dokumente. Damit es am Ende der Schicht nicht zum »Stau vor dem einzigen PC« im Dienstzimmer kommt und alle wichtigen Informationen zeitnah eingetragen sind, nehmen die Mitarbeitenden die Dokumentationsmappe/das mobile Datenerfassungsgerät grundsätzlich zu den geplanten pflegerischen Leistungen mit und dokumentieren an Ort und Stelle ihre Beobachtungen, Informationen, Durchführung der Leistung usw.

Fazit Die Dokumentation

Die Dokumentation ist die verpflichtende Arbeitsgrundlage der Mitarbeitenden. Sie informiert darüber, was in welcher Form getan werden muss (Maßnahmenplan) und unterliegt dem Datenschutz. Unbefugte haben keinen Zugriff. Nur die an der Betreuung und Pflege Beteiligten dürfen Einsicht in die Dokumentation nehmen. Das sind insbesondere die Bewohner, die PFM, Pflegeassistenten (PA), Therapeuten, Ärzte und andere, von den Bewohnern bevollmächtigte Personen (z. B. An-/ Zugehörige).

Häufig regelt die Einrichtung bereits im Wohn- und Betreuungsvertrag, dass z. B. den beteiligten Ärzten und Therapeuten grundsätzlich das Recht auf Einsichtnahme erteilt wird. Die Mitarbeitenden sind grundsätzlich auf den Datenschutz zu verpflichten und unterliegen der Schweigepflicht (ebenso die Ärzte, Therapeuten usw.).

Wichtig ist, den Datenschutz zu beachten: Informationen werden grundsätzlich nicht von hauswirtschaftlichen Service Mitarbeitern und Pflegeassistenten herausgegeben, sondern von der pflegerischen Bezugsperson und ggf. von der WBL/PDL/EL. Die Verantwortlichen in der Einrichtung müssen sicherstellen, dass Informationen aus der Dokumentation nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden. Ebenso muss sichergestellt sein, dass Unbefugte sich nicht selbstständig entsprechende Informationen besorgen können. Werden die Unterlagen (Dokumentationsmappen) im Dienstzimmer aufbewahrt, muss dieser Raum bei Abwesenheit verschlossen bzw. die Dokumentation unter Verschluss sein. Im Rahmen EDV gestützter Dokumentation muss der Passwortschutz sichergestellt sein.

Seit 1985 gehört die Dokumentationspflicht zu den beruflichen Pflichten der PFM (Krankenpflegegesetz/Heimgesetz).²

¹ Vgl. Schulz von Thun F (2019): Miteinander reden 1. Rowohlt, Reinbek.
©Herbert Müller/Auszug aus „Arbeitsorganisation in der Altenpflege“, 6. Auflage 2020, Schlütersche 1

² Vgl. Galow B (1998): Pflegedokumentation. In: Häusliche Krankenpflege 9/98, Vincentz, Hannover.
©Herbert Müller/Auszug aus „Arbeitsorganisation in der Altenpflege“, 6. Auflage 2020, Schlütersche 2

Funktionen und Wirkungen der Dokumentation in der Praxis

Die Dokumentation hat u. a. folgende Funktionen und Wirkungen:

- Umfassende und übersichtliche Information für alle Beteiligten,
- vermeidet mündliche Übertragungsfehler,
- sichert den Informationsfluss,
- verbessert die Kommunikation und Zusammenarbeit an den Schnitt(Naht)stellen,
- rechtliche Absicherung,
- bestätigt die erbrachten Leistungen (wenn notwendig),
- erfüllt gesetzliche Vorgaben,
- grundlegende Information im Rahmen der Einstufung in einen Pflegegrad,
- Grundlage zur Beurteilung von Betreuungs- und Pflegequalität bei Qualitätsprüfungen.

Diese Funktionen und Wirkungen machen deutlich, welcher Stellenwert der Dokumentation zukommt. Es handelt sich um einen Schlüsselprozess in der täglichen Arbeit.

Zur Steuerung des Betreuungs- und Pflegeprozesses ist eine schriftliche Informationssammlung (SIS®) die notwendige Grundlage. Es werden insbesondere die Fähigkeiten und der Grad der Selbstständigkeit in den Blick genommen. Zur Erreichung der Ziele werden mit der pflegebedürftigen Person Maßnahmen ausgehandelt und konkret vereinbart, die dann in den Maßnahmenplan einfließen und von allen beteiligten Mitarbeitenden durchgeführt werden müssen. Im Rahmen der Bezugspersonenpflege informiert die verantwortliche Bezugsperson die anderen am Betreuungs- und Pflegeprozess beteiligten Mitarbeitenden, leitet sie an und steuert den gesamten Betreuungs- und Pflegeprozess verantwortlich.

Seit Jahren wird über den riesigen Dokumentationsaufwand im Zusammenhang mit der Planung und Dokumentation in der Pflege gestöhnt. Im Juli 2014 haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI, der GKV-Spitzenverband, unter Beteiligung der Verbände der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes, die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen, die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie die Interessenverbände der Pflegebedürftigen und der Selbsthilfe (nach § 118 SGB XI) entschieden, dass die Ergebnisse aus dem Projekt des Bundesgesundheitsministeriums »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation« mit den bestehenden Gesetzen, Verträgen und Qualitätsprüfungsinhalten zu vereinbaren sind und damit die Voraussetzungen für die flächendeckende Umsetzung der Projektergebnisse geschaffen. In einem Schlagwort zusammengefasst bedeutet das: Es wird abgespeckt – Entbürokratisierung der Pflege!

Die Planung und Dokumentation wird auf die wesentlichen Aspekte reduziert und von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung im Rahmen der Qualitätsprüfungen akzeptiert.

Info

Die »entbürokratisierte« Dokumentation basiert auf einem veränderten Pflegestrukturmodell (Pflegeprozessmodell). Ziel ist es, nur noch so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich zu dokumentieren.

Der Pflegeprozess nach Fiechter & Meier besteht aus sechs Schritten und gliedert sich in

1. Informationssammlung,
2. Erkennen und Erfassen von Ressourcen und Problemen,
3. Festlegen von Pflegezielen,
4. Planung der Maßnahmen,
5. Durchführung der Maßnahmen und
6. Kontrolle der Wirksamkeit mit der Anpassung des Pflegeplans (Evaluation).

Die »entbürokratisierte« Variante, das (Pflege)Strukturmodell, besteht aus vier Schritten (Elementen):

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS®) als Einstieg in den Pflegeprozess.
2. Individuelle Maßnahmenplanung auf Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS®.
3. Pflegebericht mit dem Fokus auf Abweichungen von der Regelversorgung (und tagesaktuelle Ereignisse).
4. Evaluation mit Blick auf das Berichteblatt, die Maßnahmenplanung und die SIS®.

Selbstverständlich soll es auch weiterhin ein Stammbblatt zur Sammlung wichtiger Informationen rund um die Bewohnerverwaltung geben (persönliche Daten, frühere Adresse, Angehörige, Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Pflegegrad usw.).

Informationssammlung

Die Sammlung der Informationen im Rahmen der strukturierten Informationssammlung (SIS®) erfolgt auf der Basis eines offenen Gesprächs mit der hilfe- und pflegebedürftigen Person. Die PFM schreibt wörtlich auf, was die hilfe- und pflegebedürftige Person sagt, ohne durch die »professionelle Brille« zu beurteilen. Kann die hilfe- und pflegebedürftigen Person nicht oder nur teilweise antworten, ist ggf. kognitiv nicht dazu in der Lage, können auch Angehörige, Betreuer, persönliche Bezugspersonen Informationen geben.

Im nächsten Schritt im Rahmen der SIS® erfolgt eine fachliche Einschätzung zu den sechs Themenfeldern der SIS® durch die »professionelle Brille« der PFM unter Berücksichtigung der Selbstständigkeit der hilfe- und pflegebedürftigen Person und dem sich daraus ggf. ergebenden Hilfe- und Pflegebedarf und möglicher oder tatsächlicher Risiken.

Die von der hilfe- und pflegebedürftigen Person gegebenen Informationen zu Gewohnheiten, Fähigkeiten und Wünschen, die fachliche Einschätzung der PFM und mögliche ärztliche Anordnungen bilden im weiteren Schritt die Grundlage für Beratung und Verständigung (Vereinbarungen) zwischen der hilfe- und pflegebedürftigen Person und der PFM.

Maßnahmenplanung

In der Maßnahmenplanung wird die pflegerische Regelversorgung, die psychosoziale und hauswirtschaftliche Betreuung und Versorgung, Maßnahmen im Zusammenhang mit Risiken und die vom Arzt angeordneten Maßnahmen festgelegt. Pflegeziele werden nicht mehr explizit formuliert, sondern sind in den Maßnahmen enthalten. Die Maßnahmen sind so formuliert, dass sie beinhalten, was die hilfe- und pflegebedürftige Person und die PFM erreichen möchten. Es ist sinnvoll, die Maßnahmenplanung in Form einer Tagesstruktur abzubilden (für Tag und Nacht!).

Berichtblatt

In der Versorgung mit den beschriebenen routinemäßigen und wiederkehrenden Handlungen in der Betreuung und Pflege konzentrieren sich die Aufzeichnungen im Berichtblatt ausschließlich auf das Auftreten von Abweichungen (von der Maßnahmenplanung und den Immer-so-Regelungen) und ggf. tagesaktuelle Ereignisse. Das Berichtblatt wird grundsätzlich von Allen an der Betreuung und Pflege beteiligten Mitarbeitenden (intern und extern) genutzt.

Evaluation

Die PFM legt die Daten für die Evaluation aus fachlicher Sicht selbstständig fest. Die Planung kann ggf. kurze Überprüfungsintervalle, sich an der konkreten Situation orientierende unterschiedliche Überprüfungsintervalle, für einzelne Maßnahmen oder ggf. die teilweise oder komplette Planung vorsehen. Aus Sicht des Qualitätsmanagements kann es weitere Evaluationsanlässe und -intervalle geben.

Wichtig: Hinweise für eine vereinfachte Pflegedokumentation

Die Maßnahmenplanung basiert auf der »strukturierten Informationssammlung«. Eine Informationssammlung entlang der 13 ABEDL® (nach Krohwinkel) ist nicht notwendig, aber weiterhin möglich.

Einzelleistungsnachweise mit Handzeichen für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung sind in der stationären Pflege nicht notwendig. Zurzeit müssen nur Maßnahmen der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) und Maßnahmen im Zusammenhang mit einem Dekubitusrisiko (Lagerungen, Bewegungen) mit Handzeichen bestätigt werden. In der ambulanten Pflege hingegen müssen alle erbrachten Leistungen mit Handzeichen quittiert werden, da dies für die Abrechnung der Leistungen wichtig ist.

Organisationsstandard Pflegeprozessdokumentation

Qualifikation

Phase 1 bis 3: PFM

Phase 4: Keine formale Qualifikation erforderlich

Geltungsbereich

Gilt für alle Mitarbeitenden, die an der Betreuung, Pflege und Versorgung beteiligt sind.

Ziele

Die Pflegeprozessdokumentation dient

- den Mitarbeitenden als zentrales Informationsmittel,
- der Zusammenarbeit der Pflegemitarbeitenden und der verschiedenen Berufsgruppen z. B. Pflege, Sozialer Dienst, Therapie, Ärzte (einrichtungsübergreifende Kommunikation und Kooperation),
- als Qualitätsnachweis (ambulant und stationär),
- als Leistungsnachweis für eine korrekte Abrechnung (ambulanter Bereich),
- der Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozessverlaufs.

Grundsätze

- Für jeden Bewohner wird eine elektronische Dokumentation erstellt. Der Bewohner ist darüber informiert und hat ein Recht auf Einsichtnahme.
- Die Verantwortung für die Pflegeprozesssteuerung, Dokumentation und Evaluation liegt bei der pflegerischen Bezugsperson.
- Maßnahmen der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) werden von PFM durchgeführt und einzeln bestätigt.
- Die Mitarbeitenden verfügen über ein geschütztes Passwort und eine Schreibberechtigung für den für sie frei gegebenen Bereich entsprechend ihrer Qualifikation und Aufgabenstellung. Ein Leserecht haben alle beteiligten Mitarbeitenden und die Bewohner.
- Abweichungen von der Planung, Beobachtungen und Besonderheiten werden von allen Mitarbeitenden direkt (zeitnah) in den Pflegebericht eingetragen.
- Als Zeitgrenze für Eintragungen gilt jeweils das Ende der Schicht.
- Die Dokumentationen unterliegen dem Datenschutz, Unbefugte haben keinen Zugriff. Der Bewohner, der MDK (nicht die Pflege-/Krankenkasse), die Heimaufsicht und ggf. durch den Bewohner bevollmächtigte Personen haben ein Recht auf Einsichtnahme.
- Zum Dienstbeginn informieren sich die Mitarbeitenden der übernehmenden Schicht über die von ihnen zu betreuenden Bewohner anhand der Dokumentation.
- Eintragungen werden wertfrei formuliert.
- Evaluationstermine sind hinterlegt.
- Neben der elektronischen Dokumentation sind keine weiteren Zettel, Kladden oder Übergabebücher zulässig.

Info

Korrekt zu dokumentieren ist eine notwendige Voraussetzung für gute Pflege und erleichtert den Dienst. Ständige Schulung der Mitarbeitenden und die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeitender werden durchgeführt (siehe Standard Einarbeitung neuer Mitarbeitender).

Material und mitgeltende Unterlagen

EDV-Arbeitsplatz mit entsprechender Dokumentations-Software

Vorbereitung

Bewohnerbezogen werden in der Dokumentation folgende Formblätter angelegt:

- Stammblatt: enthält persönliche Daten, Besonderheiten, Informationen zu Familienangelegenheiten, Pflegegrad, Angaben zu Kostenträgern usw.
- Strukturierte Informationssammlung: Einschätzung der Selbstständigkeit, Beschreibung des Betreuungs-, Pflege- und Hilfebedarfs, die Gewohnheiten und Wünsche aus Sicht des Bewohners, die fachliche Beratung zur Selbstständigkeit, zum Betreuungs-, Pflege- und Hilfebedarf, die Risikoeinschätzung aus Sicht der PFM und das Ergebnis des Aushandlungsprozesses.
- Maßnahmenplan (Pflegeablaufplan): enthält die geplanten und vereinbarten, regelmäßigen Leistungen (Betreuung, Pflege und Behandlung) im Früh-, Spät- und Nachtdienst.
- Ärztliche Verordnungen: enthält alle medizinischen und therapeutischen Anordnungen des Arztes.
- Berichteblatt: hier werden die Abweichungen von geplanten Standards und Maßnahmen und tagesaktuelle Ereignisse dokumentiert;
- Pflegeüberleitungsbogen: enthält alle wichtigen und relevanten Informationen zur Versorgung des Bewohners für den Fall der Verlegung in eine andere Einrichtung (z. B. Krankenhaus).

Im Bedarfsfall sind weitere Formblätter anzulegen, z. B.:

- Vitalzeichen: enthält Erfassung von Vitalzeichen, Pulsfrequenz, Blutdruck, Temperatur etc.
- Bewegungsplan: enthält im Bedarfsfall Dokumentation von Maßnahmen, z. B. das Lagern und Umlagern, Mikro- und Makrobewegungen.
- Bilanzierungsblatt: enthält Ein- und Ausführprotokoll und Bilanzierung.
- Wunddokumentation: enthält Informationen zum Hautzustand chronischer Wunden, Ziele, Maßnahmen, Verlaufsbericht.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen: enthält Dokumentation von Notwendigkeit, Zielen, Maßnahmen und Durchführung von Fixierungen.

Durchführung

- Zu Beginn des pflegerischen Auftrags und im weiteren Verlauf fortlaufend werden zu den einzelnen Themenfeldern im Rahmen der strukturierten Informationssammlung die individuellen Gewohnheiten, Fähigkeiten und die Selbstständigkeit sowie der Betreuungs-, Pflege- und Hilfebedarf aus Sicht der betreuungs- und pflegebedürftigen Person und die Beurteilung und Beratung zum Betreuungs-/Pflegebedarf und die Risikoeinschätzung aus Sicht der PFM und das Ergebnis des Aushandlungsprozesses dokumentiert.
- Verordnungen/medizinische Anordnungen des Arztes werden nach dem VuG-Prinzip dokumentiert und anschließend mit Datum und Unterschrift des Arztes per Rückfax bestätigt. Der Nachweis wird in der Bewohnerakte abgeheftet.
- Die anfallenden und im Rahmen der Maßnahmenplan (Pflegeablaufplan) festgelegten Arbeiten sind grundsätzlich von der pflegerischen Bezugsperson angeordnet. Die aktuelle Arbeitseinteilung in der Schicht ist in einer schriftlichen Personaleinsatzplanung festgelegt oder erfolgt durch die Wohnbereichsleitung. Über Abweichungen während der Schicht entscheidet die Schichtleitung.
- Die Mitarbeitenden nehmen bei Schichtbeginn Einsicht in die Dokumentation und das Übergabeprotokoll.
- Im stationären Setting werden die Einzelmaßnahmen im Rahmen der grundpflegerischen Versorgung nicht einzeln bestätigt. Im ambulanten Setting werden alle erbrachten Leistungen bestätigt (Grundlage für die Rechnungsstellung). Die durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) werden grundsätzlich von den zuständigen PFM bestätigt (Maßnahmenbestätigung). Anhand der schriftlichen Personaleinsatzplanung ist nachvollziehbar, wer die Leistungen erbracht hat.
- Tagesaktuelle Ereignisse, wichtige Eintragungen zur psychischen und physischen Situation, Besonderheiten und Wirkungen, Abweichungen von Maßnahmen und Standards usw. werden jeweils von den durchführenden/beobachtenden Mitarbeitenden zeitnah im Berichteblatt dokumentiert.
- Bei Übernahme von Personen aus einer anderen Einrichtung (z. B. Krankenhaus) wird geprüft, ob die Angaben im Verlegungs- bzw. Überleitungsbogen mit der Realität übereinstimmen. Bei gravierenden Abweichungen wird die PDL informiert, die dann dem Verlegungsbericht innerhalb von 72 Stunden schriftlich widerspricht und eine entsprechende Mitteilung an die abgebende Einrichtung faxt. Liegt kein Verlegungsbericht vor, werden gravierende Sachverhalte in der Gesamtsituation der übernommenen Person in einer Kurzanamnese dokumentiert, an die PDL weitergeleitet und von der PDL an die betreffende Einrichtung gesendet (gefaxt).
- Wird ein Bewohner in eine andere Pflegeeinrichtung verlegt, wird ein Pflegeüberleitungsbogen ausgefüllt. Eine Durchschrift wird dem Bewohner mitgegeben und das Original an die Verwaltung/Bewohneraufnahme der aufnehmenden Einrichtung weitergeleitet (gefaxt). Das Original wird mit dem Sendebericht in der Bewohnerakte abgelegt.

Nachbereitung

Überprüfungen der Pflegeprozessplanung und Dokumentation finden entsprechend der festgelegten Evaluationstermine statt. Liegen akute und aktuelle Veränderungen in der Situation des pflegebedürftigen Menschen vor, wird zeitnah eine Überprüfung/Anpassung der Maßnahmenplanung durchgeführt.

Beurteilungskriterien

- Abweichungen von der Planung, Beobachtungen und Besonderheiten sind in den Pflegebericht eingetragen.
- Der Datenschutz wird beachtet, Unbefugte haben keinen Zugriff.
- Zum Dienstbeginn informieren sich die Mitarbeitenden der übernehmenden Schicht anhand der Dokumentation.

Dienstübergabe

Die entscheidende Nahtstelle zwischen den Mitarbeitenden der Schichten bildet die Dienstübergabe. Dienstübergaben fallen in stationären Altenhilfeeinrichtungen in der Regel dreimal täglich an (zwischen allen Schichten), an 365 Tagen im Jahr. Betriebswirtschaftlich betrachtet entstehen oft hohe Kosten (Arbeitszeit/Personalressourcen) durch die Dienstübergaben, denn hier werden viele Mitarbeitende gebunden (Brutto-Stundenlohn der Mitarbeitenden x Anzahl der Mitarbeitenden x Zeitfaktor). In größeren Einrichtungen können sich die kalkulatorischen Personalkosten für die verbrauchten Personalressourcen im Rahmen der Dienstübergaben pro Jahr auf ca. 250.000 Euro belaufen. Da wirtschaftliches Handeln gefordert ist, stellt sich die Frage, ob die anfallenden Kosten im Verhältnis zum erreichten Nutzen stehen.

Um den Nutzen zu ermitteln, müssen zunächst einmal die Ziele, die Sie mit der Übergabe verbinden, geklärt werden. »Geht es um einen umfassenden Informationsaustausch und gleichzeitig um den so wichtigen zwischenmenschlichen Bereich zwischen den Mitarbeitenden?« oder: »Geht es nur darum, den Informationsaustausch sicherzustellen, um die Sicherheit der betreuungs- und pflegebedürftigen Personen und Mitarbeitenden in der nächsten Schicht zu gewährleisten?« Wie grenzen sich Dienstübergaben und -besprechungen voneinander ab? Von der Klärung dieser Fragen hängt ab, wie Dienstübergaben in der Praxis zu organisieren sind.

Bedenkt man, dass sich die Anforderungen in der Alten- und Krankenpflege und in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt und notwendigerweise Rahmenbedingungen verändert haben und weiter verändern müssen, stellt sich die Frage, ob die bisher praktizierte Form der Übergabe noch zeitgemäß, fachlich und wirtschaftlich vertretbar ist. Häufig beginnen und beenden die Mitarbeitenden die Schichten nicht mehr gemeinsam. Immer mehr flexibel einsetzbare Teilzeitmitarbeitende sind notwendig, um den Personalbedarf bewohnerorientiert abdecken zu können.

Wünschenswert wäre, wenn sich Übergaben zu einem aktiven Informationsbeschaffungsprozess weiterentwickeln. Mitarbeitende müssen selber für die Informationsbeschaffung verantwortlich sein. Hauptinformationsquelle ist die Dokumentation. Im Rahmen einer entbürokratisierten Dokumentation ist ggf. ergänzend die direkte Informationsweitergabe zwischen den Pflegenden notwendig. Neben Rückfragen an die Mitarbeitenden der abgebenden Schicht werden darüber hinaus betriebliche Informationen weitergegeben. Hier ist zu prüfen, welche Punkte sofort und welche im Rahmen der nächsten Dienstbesprechung besprochen werden können.

In ambulanten Pflegediensten ist es häufig nicht möglich, dass sich die Mitarbeitenden zur Schichtübergabe treffen. In vielen ambulanten Pflegediensten notieren die Mitarbeiter wichtige Dinge für die Folgeschicht in einem Übergabeprotokoll bzw. direkt patientenbezogen über das mobile Datenerfassungsgerät. Die Mitarbeitenden informieren sich jeweils zu Dienstbeginn über die Eintragungen. Der folgende Beispielstandard zeigt eine Musterlösung für stationäre Einrichtungen.

Organisationsstandard Dienstübergabe

Qualifikation

Keine besondere Qualifikation erforderlich.

Geltungsbereich

Alle Mitarbeitenden des pflegerisch/therapeutischen Teams.

Ziel

Alle notwendigen Informationen für eine sichere Bewohnerbetreuung in der laufenden Schicht stehen zu Verfügung.

Grundsätze

- Beobachtungen, Veränderungen und wichtige Informationen werden im Berichteblatt der Bewohnerdokumentation lesbar und nachvollziehbar dokumentiert.
- Die Mitarbeitenden der übernehmenden Schicht sind für die Informationsbeschaffung zu Dienstbeginn verantwortlich.
- Das Reitersystem der Dokumentationsmappen/das Übergabeprotokoll der edv-gestützten Dokumentation wird von allen Beteiligten genutzt, um einen schnellen Überblick über die zu betreuenden Bewohner zu erhalten.
- Die Mitarbeitenden der abgebenden Schicht (soweit anwesend) stehen während der Überlappungszeit der Schichten für Auskünfte und Rückfragen zu Verfügung.
- Eine ruhige und entspannte Atmosphäre ermöglicht eine konzentrierte Informationsaufnahme. Der Ort der Informationsaufnahme ist in der Regel das Dienstzimmer/Personalstützpunkt.
- Ein Hinweisschild »Bitte nicht stören – Dienstübergabe« hängt an der Tür des Dienstzimmers und weist auf die Informationsphase hin.
- Es sind feste Zeiten für die Übergaben festgelegt und werden eingehalten.
- Die Schicht-/Wohnbereichsleitung verschafft sich im Rahmen der Übergabe einen allgemeinen Überblick über die aktuelle Situation.

Material und mitgeltende Unterlagen

- Dokumentationsmappen oder edv-gestützte Dokumentation
- Geeigneter, störungsfreier Raum (pro Teilnehmer ein Stuhl), Tisch(e) und ausreichend Bildschirmarbeitsplätze
- Schild »Bitte nicht stören – Dienstübergabe«

Vorbereitung

- Alle Mitarbeitenden der übernehmenden Schicht finden sich zur Übergabe im Dienstzimmer ein.

- Die Dokumentationen sind aktualisiert.
- Die Mitarbeitenden der abgebenden Schicht nehmen bis zum Dienstende bewohner- oder betriebsbezogene Aufgaben wahr und stehen bei Bedarf für Rückfragen der übernehmenden Schicht zu Verfügung.

Durchführung

- Jeder Mitarbeitende der übernehmenden Schicht informiert sich über die Situation der Bewohner, die von ihm/ihr im Rahmen der Einsatzplanung in der folgenden Schicht betreut und versorgt werden.
- Ergeben sich Rück-, Verständnis- oder Ergänzungsfragen, werden diese von dem jeweiligen, zuständigen Mitarbeiter der abgebenden Schicht (falls noch im Dienst anwesend, alternativ von der WBL bzw. Schichtleitung der abgebenden Schicht), die laut Einsatzplan den Bewohner betreut hat, beantwortet. Besonderheiten werden besprochen.
- Die übernehmende Schichtleitung informiert sich bei der Schichtleitung der abgebenden Schicht über die Besonderheiten aller Bewohner, da sie die Schicht verantwortlich leitet und ggf. Rückfragen beantworten und Informationen an andere weitergeben muss (z. B. Mitarbeitende, die nicht zur Übergabezeit anwesend sind).
- Für Mitarbeitende, die nicht an der Übergabe teilnehmen, da sie z. B. zu dieser Zeit noch nicht im Dienst sind, besteht ebenfalls die Pflicht, sich bei Dienstbeginn anhand der Dokumentationen zu informieren. Für Rückfragen steht die Schichtleitung zu Verfügung.
- Dringende hausinterne Informationen werden von der Schichtleitung (Wohnbereichsleitung) der abgebenden Schicht an die Schichtleitung der übernehmenden Schicht weitergegeben. Die Schichtleitung der übernehmenden Schicht stellt die Informationsweitergabe an die in ihrer Schicht anwesenden Mitarbeitenden sicher.
- Dringende organisatorische und betriebliche Maßnahmen/Sachverhalte werden mit allen Mitarbeitenden besprochen.

Zeitbedarf

Zeitempfehlung: bis zu 15 Minuten pro Übergabe.

Beurteilungskriterien

- Alle notwendigen Informationen zur sicheren Betreuung der Bewohner in der laufenden Schicht stehen den Mitarbeitenden zu Verfügung.
- Die Verantwortung für die Informationsbeschaffung wird von den Mitarbeitenden aktiv wahrgenommen. Die Bewohnerdokumentation wird als Informationsquelle genutzt.
- Rückfragen bei den Mitarbeitenden der abgebenden Schicht kommen nur in Ausnahmefällen vor.

Dienstbesprechung

Sowohl Dienstübergaben als auch Dienstbesprechungen sind notwendig. Es ist also grundlegend und wichtig festzulegen, welchen Stellenwert, Ziele, Inhalte usw. wofür relevant sind.

Zur groben Unterscheidung kann man grundsätzlich sagen, dass alle Informationen, die für die sichere Versorgung der Bewohner und den Ablauf der folgenden Schicht wichtig sind, in die **Dienstübergabe** gehören.

Alle Informationen, die wichtig, aber nicht dringend sind, gehören in die **Dienstbesprechung**.

In der Dienstbesprechung werden u. a. schichtübergreifende Informationen weitergegeben, fachliche Sachverhalte diskutiert und Vereinbarungen getroffen, die sich auf die allgemeine Zusammenarbeit, Ziele, Betreuungs- und Pflegequalität, Bereichsmanagement und Arbeitsorganisation beziehen und ggf. »Impulsfortbildungen« durchführt. Im zeitlichen Kontext der Dienstbesprechung kann sich ggf. eine Fallbesprechung anschließen.

In der Praxis wird nicht immer genau unterschieden, welche Informationen z. B. in die Dienstübergabe oder die Dienstbesprechung gehören. Ergebnis ist dann häufig, dass Informationen doppelt weitergegeben werden (Dienstübergabe und -besprechung) und der vorgegebene Zeitrahmen überschritten wird.

»Zeit ist Geld«, sagt ein Sprichwort. Da sowohl die Dienstübergabe als auch die Dienstbesprechung Arbeitszeit sind, kosten unnötig lange Besprechungen unnötiges Geld (Einrichtungen sind verpflichtet, wirtschaftlich zu arbeiten!). Der nachfolgende Organisationsstandard aus einer stationären Pflegeeinrichtung kann als Musterlösung dienen.

Organisationsstandard Dienstbesprechung im Pflege-/Wohnbereich

Qualifikation

Leitungsperson/PDL/WBL (mit Kenntnissen in Moderations- und Gesprächsführungstechniken).

Geltungsbereich

Wohn- und Pflegebereich der Einrichtung.

Ziele

- Schichtübergreifenden, fachlichen Austausch im Arbeitsbereich sicherstellen,
- Einrichtungs-/bereichsübergreifende Aspekte und Organisationsfragen der Arbeits- und Bereichsorganisation austauschen,
- Allgemeine betriebliche, organisatorische und bewohnerbezogene Informationen weitergeben,
- Arbeitsbereichsbezogene Probleme erörtern und wenn möglich klären.

Grundsätze

- Besprechungspunkte und der Termin sind den Mitarbeitenden rechtzeitig vorher bekannt.
- Mögliche Störfaktoren werden im Vorfeld beseitigt und auf die Dienstbesprechung hingewiesen. »Bitte nicht stören – Dienstbesprechung«
- Telefon-/Rufanlage sind entsprechend umgeleitet.
- Die Gesprächsleitung ist festgelegt (in der Regel: Leitungsperson/PDL/WBL).
- Es werden keine Nebengespräche geführt.
- Es besteht Protokollführungspflicht.
- Die Gesprächsatmosphäre ist ruhig und sachlich.
- Lob und konstruktive Kritik können geäußert werden.
- Konflikte und Belastungssituationen können aufgearbeitet werden (nur wenn alle betroffen sind, ansonsten z. B. im Einzelgespräch mit der zuständigen Leitungsperson).
- Die Dienstbesprechung verläuft wertfrei, immer im Interesse der Bewohner bzw. Mitarbeiter.
- Jeder kann sich einbringen, aber: Eine Person spricht, alle anderen hören zu!
- Bei Unklarheiten werden Fragen gestellt.
- Bei Bedarf und auf Wunsch (beidseitig) nehmen weitere Personen der Einrichtung an der Dienstbesprechung teil.

- Auszubildende nehmen auch an der Dienstbesprechung teil.
- Dienstbesprechungen sind Arbeitszeit und es besteht Anwesenheitspflicht, ausgenommen (bei Krankheit und Urlaub).

Material und mitgeltende Unterlagen

- Geeigneter, störungsfreier Raum mit ausreichend Tischen und Sitzgelegenheiten
- Bei Bedarf: Flip-Chart, Laptop/Beamer, Tafel, Moderationskoffer (Schreibgeräte, Moderationskarten, Tesakrepp, Nadeln usw.), Plakate usw.
- Protokollordner
- Vordruck für Protokollerstellung
- Tagesordnung und alle notwendigen Unterlagen
- Türschild »Dienstbesprechung – Bitte nicht stören!«

Vorbereitung

- Termin wird rechtzeitig durch die Leitungsperson bekannt geben (es empfiehlt sich ein fester, regelmäßiger Termin, Anfang und Ende der Dienstbesprechung vorher festlegen).
- Tagesordnungspunkte werden bis zehn Tage vor der Dienstbesprechung an die Leitungsperson mitgeteilt.
- Tagesordnung mit Zeitvorgaben für die einzelnen Tagesordnungspunkte wird von der Leitungsperson bis sieben Tage vorher erstellt und bekannt geben (Aushang).
- Die Dienstbesprechung wird durch die Leitungsperson vorbereitet (alle notwendigen Informationen und Materialien stehen zur Dienstbesprechung zur Verfügung).
- Der Besprechungsraum ist entsprechend vorbereitet und steht zur Verfügung.
- Ein Mitarbeiter übernimmt die Anwesenheitsbereitschaft im Arbeitsbereich.

Durchführung

- Allgemein
 - Begrüßung, Protokollführer festlegen, Teilnehmerliste unterschrieben lassen. Hinweis: Die Leitungsperson unterschreibt am Ende der Sitzung an letzter Stelle.
 - Durchführungs-/Ausführungskontrolle anhand des Protokolls der letzten Dienstbesprechung.
 - Eventuelle Ergänzungen und Änderungen der Tagesordnung, Genehmigung der Tagesordnung.
 - Grundlage der Dienstbesprechung ist die genehmigte Tagesordnung (mit entsprechenden Zeitvorgaben für die einzelnen Tagesordnungspunkte).

- Bewohnerorientierte allgemeine Besprechungspunkte
 - Krankheitsbilder, pflegerische Problemstellungen, Zielsetzungen und Maßnahmen und sich daraus ergebende notwendige materielle und personelle Ressourcen,
 - Allgemeine Informationen zu den Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsverläufen,
 - Informationen über die allgemeine Befindlichkeit und Wünsche der Bewohner,
 - Informationen über hausinterne Umzüge, verstorbene und neue Bewohner, Stand der Eingewöhnungsprozesse,
 - Informationen über besondere Veranstaltungen (z. B. An-/Zugehörigenarbeit, Veranstaltungen usw.) und entsprechende Absprachen treffen.
- Personalorientierte Besprechungspunkte
 - Dienstplanung,
 - offene Sachfragen,
 - offene, allgemeine Personalfragen.

Info

Klärungen/Gespräche bei (größeren) Konflikten im Team finden im Rahmen eines gesonderten Gesprächstermins statt!

- Allgemeine Informationspunkte
 - Informationen, die das Team betreffen,
 - Informationen, die die ganze Einrichtung betreffen.

Nachbereitung

- Das Protokoll wird erstellt.
- Das Protokoll wird verteilt (Protokollordner, ggf. Leitungsebene).
- Alle Mitarbeitende, die nicht an der Dienstbesprechung teilgenommen haben, lesen das Protokoll und bestätigen die Kenntnisnahme durch Unterschrift.
- Die Umsetzung der Absprachen wird überprüft.

Zeitbedarf

- Zeitempfehlung: 60 Minuten
- Häufigkeit: einmal monatlich

Beurteilungskriterien

- Dienstbesprechungen finden einmal monatlich statt. Die Mitarbeitenden bringen ihre Wünsche in die Tagesordnung ein. Tagesordnung und Termin sind sieben Tage vorher bekannt gemacht.
- Die Leitungsperson leitet mithilfe entsprechender Moderations-/Gesprächsführungsmethoden die Dienstbesprechung.
- Das Ergebnis der Dienstbesprechung wird protokolliert und die vereinbarten Maßnahmen/Absprachen werden verfolgt.

Fallbesprechungen in der Pflege

Fallbesprechungen in der Pflege dienen der Kommunikation und dem Austausch aller am Pflegeprozess beteiligten internen und externen Akteure. Bei einer Fallbesprechung steht jeweils ein Bewohner und seine Betreuungs- und Pflegesituation im Fokus aller an der Betreuung und Pflege beteiligten Mitarbeitenden. Dazu gehören auch Mitarbeitende anderer Arbeitsbereiche, z. B. der Hauswirtschaft. Bei Bedarf nehmen auch der behandelnde Arzt und externe Therapeuten an der Fallbesprechung teil.

Fallbesprechungen dienen der Information und Absprache und vermitteln einen einheitlichen Wissensstand zur Situation, Selbstständigkeit, Problemen und Informationen zu den konkreten Vereinbarungen mit dem Bewohner. Darüber hinaus können Fallbesprechungen dazu dienen,

- gemeinsame Lösungsstrategien zu entwickeln,
- konkrete Absprachen mit allen Beteiligten zu treffen,
- die Wirksamkeit der durchgeführten Betreuungs- und Pflegemaßnahmen im Team zu bewerten.

Die Ergebnisse der Fallbesprechung werden von der pflegerischen Bezugsperson mit dem Bewohner kommuniziert und führen ggf. zu neuen Vereinbarungen, über die dann alle Beteiligten informiert werden.

Fallbesprechung oder Gespräch?

Fallbesprechungen werden geplant und protokolliert und unterscheiden sich dadurch von eher beiläufigen Gesprächen.

Sie leisten einen Beitrag zur Sicherung der Pflegequalität. Mit Fallbesprechungen können Mitarbeitende im Pflegedienst die Pflegesituation einer pflegebedürftigen Person mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation diskutieren und Lösungen für Pflegeprobleme erarbeiten, die dann mit der pflegebedürftigen Person abgestimmt und vereinbart werden. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen.

Es gibt keine Verpflichtung zur Durchführung von Fallbesprechungen. Jede Einrichtung ist in der Wahl eigener Strategien zur internen Qualitätssicherung frei. Gleichwohl spricht aus fachlicher Sicht vieles für die Durchführung von Fallbesprechungen.



Organisationsstandard Fallbesprechung

Qualifikation

Pflegefachfrau/-mann (leitungsbezogene Weiterbildung, Weiterbildung in Gesprächsführung und Moderationstechniken).

Geltungsbereich

Wohn- und Pflegebereich.

Ziele

- Alle am Pflegeprozess Beteiligten sind über die Ressourcen, Probleme und geplante Betreuungs- und Pflegemaßnahmen informiert.
- Der Bewohner steht in regelmäßigen Abständen im Focus des gesamten an der Betreuung und Pflege beteiligten Teams.
- Die Wirksamkeit der durchgeführten Betreuungs- und Pflegemaßnahmen wird im Team bewertet, Informationen ausgetauscht und ggf. Vorschläge für die weitere Betreuung und Pflege erarbeitet.

Grundsätze

- Fallbesprechungen sind ein wichtiger Bestandteil der internen Sicherung der Pflegequalität und Baustein des Qualitätsmanagementsystems der Pflegeeinrichtung.
- Fallbesprechungen werden nach Erstellung der Informationssammlung und Maßnahmenplanung zu Beginn der Übernahme des pflegerischen Auftrags, regelmäßig einmal jährlich und/oder bei Bedarf durchgeführt.
- Es steht jeweils nur ein Bewohner im Mittelpunkt der Fallbesprechung.
- Der Termin für die Fallbesprechung wird zwischen der Wohnbereichsleitung/PDL und der pflegerischen Bezugsperson abgestimmt. Die WBL/PDL lädt zu der Fallbesprechung schriftlich ein.
- Die Wohn- bzw. Pflegedienstleitung leitet/moderiert die Fallbesprechung.
- An der Fallbesprechung nehmen alle am Betreuungs- und Pflegeprozess beteiligten internen Mitarbeitenden (bei Bedarf auch außerhalb des Pflegebereichs, z. B. Hauswirtschaft) und bei Bedarf externe Beteiligte (behandelnder Arzt, Therapeuten, usw.) teil. Leitungspersonen, die nicht als Moderator teilnehmen, bringen sich aktiv in die Diskussion ein.
- Verantwortlich für die Steuerung des Pflegeprozesses ist die pflegerische Bezugsperson. Die pflegerische Bezugsperson
 - informiert im Rahmen der Fallbesprechung alle Beteiligten über die von ihr gemeinsam mit dem Bewohner geplanten Ziele und Maßnahmen,
 - entwickelt mit den Beteiligten gemeinsam Ideen, Vorschläge und Lösungswege,
 - evaluiert mit den Beteiligten die Wirksamkeit der durchgeführten Betreuungs- und Pflegemaßnahmen mit dem Ziel, die Lebens- und Pflegesituation des Bewohners zu verbessern.

- Die in Fallbesprechungen vorgeschlagenen und mit dem Bewohner vereinbarten Maßnahmen sind für alle an der Betreuung und Pflege Beteiligten verbindlich.
- Fallbesprechungen können zeitlich in der Überlappungszeit zwischen Früh- und Spätdienst, im Anschluss an die Schichtübergabe oder die Dienstbesprechung durchgeführt werden. Der Zeitrahmen sollte 20 bis 30 Minuten nicht überschreiten.

Material und mitgeltende Unterlagen

- Die Dokumentation, Maßnahmenplanung, Berichteblatt und alle weiteren notwendigen Unterlagen zum betreffenden Bewohner stehen zu Verfügung. Bei Bedarf stehen zur effizienteren Arbeit ggf. Kopien zu Verfügung.
- Musterformular »Protokoll Fallbesprechung«
- Einladung
- Teilnehmerliste

Vorbereitung

- Der Termin der Fallbesprechung wird allen Beteiligten rechtzeitig (mindestens 7 Tage vorher) durch die WBL/PDL mitgeteilt.
- Ein geeigneter Raum mit zweckmäßiger Ausstattung ist reserviert und steht zur Verfügung.
- Moderationsmaterial steht in ausreichendem Umfang zur Verfügung.
- Das Schild »Bitte nicht stören« ist an der Tür des Besprechungsraumes angebracht.
- Handys, Telefone usw. werden umgeleitet bzw. ausgeschaltet, um einen störungsarmen Ablauf der Fallbesprechung zu ermöglichen.
- Ein Bereitschaftsdienst bzw. die Anwesenheit einer PFM im Wohn-/Pflegebereich ist organisiert und sichergestellt.

Durchführung

- Die Teilnehmer werden durch die WBL/PDL begrüßt.
- Ein Protokollführer wird festgelegt.
- Die WBL/PDL moderiert die Fallbesprechung und steuert diese zielorientiert durch Fragen, z. B.:
 - Wie zeigt sich das Problem und wann tritt es auf?
 - Welche bisherigen Strategien und Maßnahmen waren erfolgreich bzw. weniger oder nicht erfolgreich und warum?
 - Welche Ideen zur Problemlösung können die Teilnehmer einbringen?
 - Welche Ziele/Maßnahmen können/sollen konkret mit dem Bewohner vereinbart werden (Berücksichtigung der Erfolgsaussichten, Festlegung der konkreten Verantwortlichkeiten und Kriterien zur Messung der Zielerreichung/des Erfolgs)?
- Die pflegerische Bezugsperson
 - stellt den Bewohner und seine Ressourcen und aktuelle Situation vor,
 - stellt die Gründe für die Fallbesprechung vor und benennt die konkreten Probleme des Bewohners,
 - zeigt ggf. die Entwicklung seit der letzten Fallbesprechung auf und nimmt Bezug auf das Protokoll der letzten Fallbesprechung,
 - fragt die Teilnehmer nach ergänzenden Informationen und ggf. Einschätzungen,

- stellt Ziele vor bzw. erarbeitet diese mit den Beteiligten,
- hinterfragt Ziele (wünschenswert, realistisch, erreichbar) und diskutiert diese mit den Beteiligten,
- erfragt und berät mit den Teilnehmenden Ideen und Lösungsvorschläge, Maßnahmen zur Erreichung der Ziele,
- vereinbart ggf. Teilschritte und Prioritäten.
- Bezogen auf die Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und die medizinische Behandlungspflege werden bei Bedarf mit dem anwesenden Arzt
 - Informationen ausgetauscht (Diagnose, aktueller Zustand, Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen, Prognose usw.);
 - notwendige Prophylaxe- und Kontrollmaßnahmen diskutiert und vereinbart;
 - Anordnungen vom Arzt getroffen und erläutert.
- Bezogen auf extern durchgeführte therapeutische Maßnahmen werden bei Bedarf mit dem anwesenden externen Therapeuten
 - Informationen ausgetauscht (aktueller Zustand, Reaktionen und Kooperationsbereitschaft des Bewohners, Prognose usw.);
 - die Wirksamkeit der extern durchgeführten therapeutischen Maßnahmen diskutiert und bewertet;
 - ggf. notwendige neue (Pflege)Hilfsmittel thematisiert;
 - das konkrete weitere Vorgehen und die Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung im Rahmen der therapeutischen Ziele vereinbart.

Nachbereitung

- Durch den Protokollführer wird das Protokoll der Fallbesprechung erstellt.
- Das Protokoll steht allen Teilnehmenden und Mitgliedern des Teams zu Verfügung.
- Externe Teilnehmer erhalten ebenfalls ein Protokoll der Fallbesprechung.
- Die Kenntnisnahme des Protokolls wird auf dem Protokoll per Handzeichen bestätigt.
- Eine Kopie des Protokolls wird in der Dokumentationsmappe des Bewohners abgeheftet.
- Die pflegerische Bezugsperson aktualisiert im Bedarfsfall nach Absprache/Vereinbarung von neuen Zielen und Maßnahmen mit dem Bewohner die Informationssammlung und Maßnahmenplanung. Das Protokoll wird entsprechend ergänzt.

Zeitbedarf

Zeitempfehlung: max. 30 Minuten

Beurteilungskriterien

- Die Fallbesprechung wurde entsprechend der zeitlichen Vorgaben durchgeführt (Nachweis: Protokoll)
- Bei Bedarf wurden externe Beteiligte zur Fallbesprechung eingeladen (Nachweis: Protokoll)
- Die Informationssammlung und Maßnahmenplanung wurde bei Bedarf nach Absprache und Vereinbarung mit dem Bewohner angepasst (Nachweis: Überprüfung der Informationssammlung/Maßnahmenplanung)

Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Muss der Arzt in der Dokumentation seine Anordnungen abzeichnen? Wie gehe ich mit telefonischen Anweisungen des Arztes um? Diese und ähnliche Fragestellungen beschäftigen Mitarbeitende in der Pflege seit langem. Die im Rahmen der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie von der Pflegeeinrichtung übernommenen Leistungen sind ärztlich delegiert. Sie müssen in der bewohnerbezogenen Dokumentation der Pflegeeinrichtung als ärztlich verordnete Maßnahmen dokumentiert werden.

Aus der Haftungsverteilung ergibt sich:

- Der Arzt hat im Rahmen von Diagnostik und Therapie die Anordnungsverantwortung, die Pflegeeinrichtung die Organisationsverantwortung und die einzelne PFM die Durchführungsverantwortung.
- Der Arzt muss die PFM in die Lage versetzen, ihre Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie leisten zu können. Dafür muss er der PFM die zur sach- und fachgerechten Durchführung der Maßnahmen erforderlichen Informationen zur Verfügung stellen. Die verantwortliche PFM (PDL) und der Arzt müssen sich vom Vorhandensein der erforderlichen Kompetenzen der PFM überzeugen. Einzelheiten können in einer Kooperationsvereinbarung/Verfahrensanleitung zwischen Einrichtung, Arzt und PFM geregelt werden.

Vereinbaren Sie mit allen beteiligten Ärzten nachweislich, dass die ärztlichen Anordnungen schriftlich erfolgen, um für die Mitarbeitenden und alle Beteiligten Rechtssicherheit zu erreichen. Für den behandelnden Arzt besteht grundsätzlich die Möglichkeit, ärztliche Anordnungen schriftlich in der bewohnerbezogenen Dokumentation zu dokumentieren und abzuzeichnen oder Verordnungen/Anweisungen schriftlich per Fax mitzuteilen. Ist ihm dies (ausnahmsweise) nicht möglich, sollten die PFM bei (fern)mündlichen Anordnungen nach dem »VuG-Prinzip« verfahren, bei dem die Anordnung des Arztes von der PFM dokumentiert, anschließend dem Arzt noch einmal vorgelesen und die Richtigkeit der dokumentierten Verordnung vom Arzt mündlich bestätigt wird. Die PFM unterzeichnet den entsprechenden Vordruck mit Datum, Uhrzeit und Unterschrift. Im Idealfall faxen Sie den ausgefüllten VuG-Bogen zur Arztpraxis und erhalten zeitnah ein vom Arzt unterschriebenes Rückfax.

Tipp

Wegen möglicher Übertragungsfehler empfehle ich dringend, nur die Originalaussagen des Arztes und nicht etwa Aussagen dritter Personen zu dokumentieren!

Der folgende Organisationsstandard zeigt das »VuG-Prinzip« (vorgelesen und genehmigt), das bei korrekter Anwendung Sicherheit vermittelt, Haftungsansprüche weitgehend ausschließt und die Verantwortung für Diagnose und Therapie beim Arzt belässt.

Organisationsstandard Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Qualifikation

Pflegefachfrau/-mann (PFM)

Geltungsbereich

Wohn- und Pflegebereich

Ziele

- Es ist sichergestellt, dass genau das ausgeführt wird, was der Arzt anordnet.
- Es besteht eine (rechtliche) Absicherung für Bewohner, Mitarbeitende und Arzt.

Grundsätze

- Die Einwilligung des Bewohners bildet die Grundlage der Behandlung/Pflege.
- Zur Einwilligung gehören:
 1. Aufklärung des Bewohners,
 2. Einsichtsfähigkeit des Bewohners und
 3. Einverständniserklärung des Bewohners.

Info

Nur wenn alle drei Punkte gegeben sind, liegt eine rechtlich korrekte Einwilligung vor!

- Der Arzt delegiert grundsätzlich Aufgaben nur an die PFM. Die PFM kann davon ausgehen, dass die Einwilligung des Bewohners vom Arzt eingeholt ist (es gilt hier der Vertrauensgrundsatz).
- Gegen den Willen des Bewohners darf die PFM keine Behandlung/Pflege durchführen (ggf. Arzt benachrichtigen).
- Es gilt der Grundsatz: »Erst Anordnung, dann Pflege!«
- Es gibt keine rechtliche Grundlage dafür, dass die Anordnung schriftlich vom Arzt erfolgen muss.
- Die Anordnung wird grundsätzlich in der bewohnerbezogenen Dokumentation dokumentiert.
- Bedarfsanordnungen/-medikation setzen eine Diagnose in jedem Einzelfall voraus. Der Arzt darf diese originäre Aufgabe nur delegieren, wenn er der PFM konkrete Verhaltensregelungen gibt. Die PFM muss mit ihrem »fachlichen« Auge die Situation erkennen können, wann der Bedarf gegeben und was konkret zu tun ist.

Mitgeltende Unterlagen

Dokumentationsmappe, Vordruck »Ärztliche Anordnung«

Durchführung

- Die durchzuführenden Tätigkeiten werden der PFM vom Arzt erläutert.
- Die durchzuführenden Tätigkeiten und Maßnahmen sind vom Arzt mit den notwendigen Informationen in die Dokumentationsmappe des Bewohners eingetragen (z. B. bei Medikamenten: Dosierung, Darreichungsform, Zeitpunkt für die Verabreichung usw.).
- Trägt der Arzt bei (fern)mündlichen Anweisungen (z. B. per Telefon) nicht persönlich in die Dokumentationsmappe ein, gilt grundsätzlich das »VuG-Prinzip« (Vorlesen und Genehmigen lassen).
- Die Anordnung des Arztes wird immer mitgeschrieben, anschließend dem Arzt noch einmal vorgelesen und von ihm fernmündlich oder mündlich genehmigt.

Dokumentation

Die schriftliche Aufzeichnung über die mündliche/fern-mündliche Anordnung (Vordruck »Ärztliche Anordnung«) ist Bestandteil der bewohnerbezogenen Dokumentation und dort abgeheftet.

Beurteilungskriterien

- Die schriftlichen Regelungen zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten sind bekannt, werden umgesetzt und regelmäßig überprüft.
- Die Delegation ist anhand des ausgefüllten Vordrucks »ärztliche Anordnung« nachvollziehbar.

Vordruck Ärztliche Anordnung

Aufgabe
Wer ordnet an?
Für wen wird angeordnet?
Anlass/Situation für die Anordnung?
Was wird angeordnet?
Arzneimittel/pflegerische Anordnung:
Uhrzeit/Durchführung/Verabreichung:
Darreichungsform:
Dosierung:
Tageshöchstdosis:
Sonstiges:
Bei Bedarfsanordnung (wann ist der Bedarf konkret gegeben?):
Die Anordnung erfolgt fernmündlich/mündlich (nicht Zutreffendes streichen).
Die Anordnung wurde von mir dem Arzt vollständig vorgelesen und anschließend von ihm ausdrücklich genehmigt.
Datum/Uhrzeit der Anordnung:
Wer hat die Anordnung entgegen genommen? (Name)
Unterschrift:

Fazit: Kommunikations- und Informationsprozesse

- Alle an der Pflege Beteiligten sind auf eine gut funktionierende Kommunikation und Information angewiesen.
- Dokumentation, Dienstübergabe und Dienstbesprechung sind aus arbeitsorganisatorischer Sicht für eine gute Kommunikation und Information besonders wichtig.
- Fallbesprechungen in der Pflege dienen der Kommunikation und dem Austausch aller am Pflegeprozess beteiligten internen und externen Akteure.
- Bei einer Fallbesprechung ist jeweils ein(e) Bewohner und seine/ihre Betreuungs- und Pflegesituation im Focus.
- Fallbesprechungen sind ein wichtiger Bestandteil der internen Sicherung der Pflegequalität.
- Im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Arzt ist dieser für Diagnose und Therapie verantwortlich. Mitarbeitende in der Pflege werden immer nur auf Anweisung des Arztes tätig.
- Es gilt der Grundsatz: Erst Anordnung, dann Pflege!
- Es gibt keine rechtliche Grundlage dafür, dass die Anordnung des Arztes schriftlich erfolgen muss.
- Das VuG-Prinzip schließt Übermittlungsfehler bei mündlichen Anweisungen aus.