



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Pflegedokumentation stationär

Das Handbuch für die Pflegeleitung

Handbuch

Pflege

stationär

Pflegedokumentation stationär

Das Handbuch für die Pflegeleitung

Beratender Arbeitskreis und Testleserinnen/Testleser:

Birgit Alt-Resch
Heimleiterin Alten- und Pflegeheim Stift
St. Irminen
Qualitätsbeauftragte des Trägers
Vereinigte Hospitien, Stiftung d. ö. R.
Irminenfreihof 2
54290 Trier
Tel.: 06 51/45 12 87
E-Mail: b.alt-resch@
vereinigtehospitien.de

Uwe Brucker
Fachgebietsleiter Pflegerische
Versorgung
Medizinischer Dienst der
Spitzenverbände der
Krankenkassen e. V. (MDS)
Lützwowstraße 53
45141 Essen
Tel.: 02 01/8 32 71 32
E-Mail: u.brucker@mds-ev.de

Claudia Calero
Qualitätsmanagerin
Caritas-Betriebsführungs- und
Trägersgesellschaft
Leonhard-Tietz-Straße 8
50676 Köln
Tel.: 02 21/92 44 43 10
E-Mail: c.calero@cbt-gmbh.de

Ursula Fried
Pflegeleiterin
Altenhilfezentrum Stiftung
Hospital St. Wendel
Hospitalstraße 35–37
66606 St. Wendel
Tel.: 06 851/89 08 14 6
E-Mail: fried@stiftung-hospital.de

Andrea Grunert
Fachreferentin Pflege
Volksolidarität Dresden e.V.
Altgorbitzer Ring 58
01169 Dresden
Tel.: 0351-5 01 01 75
E-Mail: grunert@volkssoli-
dresden.de

Manuela Jansen
Pflegeleiterin
Hubertusstift
Königsheide 2-6
47877 Willich-Schiefbahn
Tel.: 02154-48 59 33 1
E-Mail: m.jansen@hubertusstift-
willich.de

Henry Kieschnick
Referent für Pflegeorganisation
Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3
50677 Köln
Tel.: 0221-93 18 47 37
E-Mail: henry.kieschnick@kda.de

Petra Krause
Pflegeleiterin
Altenpflegeheim der Stadt Müncheberg
Am Kirchberg 1 c
15374 Müncheberg
Tel.: 03 34 32/79-0
E-Mail: APH-Muencheberg@
policare.de

Christiane Kröger
Pflegeleiterin
Hermann-Josef-Lascheid-Haus
Asselbachstraße 14
53842 Troisdorf-Spich
Tel.: 0 22 41/95 07 16
E-Mail: christiane.kroeger@
cellitinnen.de

Christian Petzold
Berater für ambulante Dienste und
stationäre Einrichtungen
Gesellschaft für Beratung und
Sozialmanagement mbH
Hohenzollerndamm 27 a
10713 Berlin
Tel.: 0 30/86 47 99 70
E-Mail: christian.petzold@
policare.de

Susanne Rieckmann
Geschäftsführerin
GODO Systems GmbH
Postfach 26 02 53
40095 Düsseldorf
Tel.: 02 11/30 20 10 - 0
E-Mail: info@godo-systems.de

Inhaltsverzeichnis	Seite
Kapitel 1: Zu diesem Handbuch	1
Kapitel 2: Elemente der Pflegedokumentation	6
2.1 Vorbemerkungen	7
2.2 Basiselemente	8
2.2.1 Sammeln von Informationen	8
2.2.2 Erkennen von Problemen und Ressourcen • Festlegen der Pflegeziele • Planen der Pflegemaßnahmen	12
2.2.3 Durchführen der Pflege	19
2.2.4 Beurteilen der Wirkung der Pflege	20
2.3 Zusatzelemente	21
2.3.1 Sammeln von Informationen	21
2.3.2 Erkennen von Problemen und Ressourcen • Festlegen der Pflegeziele • Planen der Pflegemaßnahmen	22
2.3.3 Durchführen der Pflege	22
2.3.4 Beurteilen der Wirkung der Pflege	24
2.4 Vorschläge für die Praxis	25
Kapitel 3: Spezielle Regeln zum Führen der Pflegedokumentation	26
3.1 Dekubitus	28
3.1.1 Kurzbeschreibung	28
3.1.2 Hintergrundinformationen	28
3.1.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	28
3.1.3.1 Risikoeinschätzung	29
3.1.3.2 Zusatzelemente	29
3.1.4 Empfehlungen	32
3.1.4.1 Risikoeinschätzung	32
3.1.4.2 Zusatzelemente	33
3.1.5 Vorschläge für die Praxis	36
3.2 Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizit	39
3.2.1 Kurzbeschreibung	40
3.2.2 Hintergrundinformationen	40
3.2.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	41
3.2.3.1 Risikoeinschätzung	42
3.2.3.2 Zusatzelemente	43
3.2.4 Empfehlungen	45

Inhaltsverzeichnis	Seite	
3.2.4.1	Risikoeinschätzung	45
3.2.4.2	Zusatzelemente	46
3.2.5	Vorschläge für die Praxis	51
3.3	Sturz	54
3.3.1	Kurzbeschreibung	55
3.3.2	Hintergrundinformationen	55
3.3.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	55
3.3.3.1	Risikoeinschätzung	56
3.3.3.2	Zusatzelemente	57
3.3.4	Empfehlungen	58
3.3.4.1	Risikoeinschätzung	59
3.3.4.2	Zusatzelemente	59
3.3.5	Vorschläge für die Praxis	62
3.4	Demenz	64
3.4.1	Kurzbeschreibung	65
3.4.2	Hintergrundinformationen	65
3.4.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	67
3.4.3.1	Risikoeinschätzung	67
3.4.3.2	Zusatzelemente	68
3.4.4	Empfehlungen	71
3.4.4.1	Risikoeinschätzung	71
3.4.4.2	Zusatzelemente	71
3.4.5	Vorschläge für die Praxis	77
3.5	Inkontinenz	79
3.5.1	Kurzbeschreibung	80
3.5.2	Hintergrundinformationen	80
3.5.2.1	Harninkontinenz	80
3.5.2.2	Stuhlinkontinenz	81
3.5.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	81
3.5.3.1	Risikoeinschätzung	82
3.5.3.2	Zusatzelemente	83
3.5.4	Empfehlungen	84
3.5.4.1	Risikoeinschätzung	84
3.5.4.2	Zusatzelemente	84
3.5.5	Vorschläge für die Praxis	86
3.6	Kontrakturen	87
3.6.1	Kurzbeschreibung	88
3.6.2	Hintergrundinformationen	88
3.6.2.1	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	89

Inhaltsverzeichnis	Seite	
3.6.2.2	Risikoeinschätzung	90
3.6.3	Zusatzelemente	90
3.6.3.1	Empfehlungen	91
3.6.3.2	Risikoeinschätzung	91
3.6.4	Zusatzelemente	91
3.6.4.1	Vorschläge für die Praxis	92
3.7	Schmerz	94
3.7.1	Kurzbeschreibung	95
3.7.2	Hintergrundinformationen	95
3.7.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	97
3.7.3.1	Risikoeinschätzung	97
3.7.3.2	Zusatzelemente	97
3.7.4	Empfehlungen	98
3.7.4.1	Risikoeinschätzung	98
3.7.4.2	Zusatzelemente	98
3.7.5	Vorschläge für die Praxis	100
3.8	Pneumonie	102
3.8.1	Kurzbeschreibung	103
3.8.2	Hintergrundinformationen	103
3.8.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	103
3.8.3.1	Risikoeinschätzung	104
3.8.3.2	Zusatzelemente	104
3.8.4	Empfehlungen	105
3.8.4.1	Risikoeinschätzung	105
3.8.4.2	Zusatzelemente	106
3.8.5	Vorschläge für die Praxis	107
3.9	Thrombose	109
3.9.1	Kurzbeschreibung	110
3.9.2	Hintergrundinformationen	110
3.9.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	111
3.9.3.1	Risikoeinschätzung	112
3.9.3.2	Zusatzelemente	112
3.9.4	Empfehlungen	113
3.9.4.1	Risikoeinschätzung	113
3.9.4.2	Zusatzelemente	114
3.9.5	Vorschläge für die Praxis	116
3.10	Munderkrankungen	118
3.10.1	Kurzbeschreibung	119
3.10.2	Hintergrundinformationen	119

Inhaltsverzeichnis	Seite	
3.10.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	120
3.10.3.1	Risikoeinschätzung	121
3.10.3.2	Zusatzelemente	121
3.10.4	Empfehlungen	122
3.10.4.1	Risikoeinschätzung	122
3.10.4.2	Zusatzelemente	122
3.10.5	Vorschläge für die Praxis	124
3.11	Ärztliche Verordnungen	126
3.11.1	Kurzbeschreibung	127
3.11.2	Hintergrundinformationen	127
3.11.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	128
3.11.3.1	Risikoeinschätzung	129
3.11.3.2	Zusatzelemente	129
3.11.4	Empfehlungen	131
3.11.4.1	Risikoeinschätzung	131
3.11.4.2	Zusatzelemente	131
3.11.5	Vorschläge für die Praxis	134
3.12	Multiresistente Keime und Noroviren	136
3.12.1	Kurzbeschreibung	137
3.12.2	Hintergrundinformationen	137
3.12.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	139
3.12.3.1	Risikoeinschätzung	140
3.12.3.2	Zusatzelemente	140
3.12.4	Empfehlungen	141
3.12.4.1	Risikoeinschätzung	141
3.12.4.2	Zusatzelemente	141
3.12.5	Vorschläge für die Praxis	144
Kapitel 4: Pflegedokumentation im Organisations- und Leitungskontext		146
4.1	Pflegesystem	147
4.2	Personalstrukturentwicklung und Personaleinsatzplanung	148
4.3	Qualifizierung und Begleitung der Pflegenden	151
4.4	Arbeitsablaufgestaltung	156
Kapitel 5: Pflegeleitung und Pflegedokumentation		159
5.1	Kenntnisstand und Informationsverhalten	160
5.2	Entscheidungen zur Ausgestaltung des Pflegedokumentationssystems	161
5.3	Umgang mit Einflüssen von außen	168

Inhaltsverzeichnis

Seite

6 Schlussbemerkung

176

Kapitel 1: Zu diesem Handbuch

■ Die Pflegedokumentation in der Entbürokratisierungsdiskussion der letzten Jahre

Die Befreiung der Pflegedokumentation von unnötigen Formularen und Eintragungen stand im Zentrum der auf die stationäre Altenhilfe bezogenen Entbürokratisierungsdiskussion der letzten Jahre. Zahlreiche Projekte, Veröffentlichungen und Veranstaltungen fanden bundesweit das Interesse der Pflegepraxis.

Die aus Pilotprojekten resultierenden oder in Musterdokumentationen veranschaulichten Empfehlungen rückten drei Themen in den Mittelpunkt:

- die Pflegeplanung mit handlungsleitendem Charakter, idealerweise verbunden mit einer Tagesablaufplanung
- die Pflegeplanung mit überschaubarer Gliederungstiefe und Seitenzahl
- die Abzeichnung von Leistungskomplexen anstelle des Führens umfangreicher Einzelnachweise.

Auffallend ist dabei zum einen, dass pflegefachliche Aspekte und die inhaltliche Neuausrichtung des Dokumentierens in der öffentlichen Diskussion eine eher nachgeordnete Rolle spielen. Im Vordergrund steht das Einsparen von Formularen, Handzeichen und Arbeitszeit. Dabei wird übersehen, dass es in der Pflegedokumentation nicht nur ein Zuviel (an Formularen und Handzeichen), sondern auch ein Zuwenig (an für eine fachgerechte und individuelle Pflege unentbehrlichen Informationen) gibt.

Auffallend ist zum anderen die Dominanz der Frage, ob die schlanke Pflegedokumentation „rechtlich zulässig“ und „rechtlich sicher“ ist und von MDK und Heimaufsicht akzeptiert wird. Pflegefach- und -leitungskräfte klagen oft über zu weit reichende externe Dokumentationsanforderungen. Gleichzeitig und ebenso oft wird jedoch der Wunsch geäußert, die Erwartungen der Prüfinstanzen möglichst umfassend und detailliert zu kennen, um sie umsetzen zu können. Die eigene pflegefachliche Einschätzung rückt dabei in den Hintergrund.

Weit weniger Interesse als ihrer Form und ihrem Inhalt gilt dem organisatorischen Kontext der Pflegedokumentation, obwohl deren Weiterentwicklung oft die Reorganisation der Arbeitsteilung und der Arbeitsabläufe in der Pflege voraussetzt. Und nahezu ausgespart wird in der öffentlichen Diskussion die Rolle der Pflegeleitung, ihr Wissen, ihre Einstellungen, Entscheidungen und Handlungen in Bezug auf die Pflegedokumentation.

In zahlreichen Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde in den vergangenen Jahren die Pflegedokumentation weiterentwickelt. Doch immer noch besteht vielerorts Unsicherheit in Bezug auf die richtige Form und das richtige Maß des Dokumentierens.

■ Das Projekt „Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland“

In den Jahren 2004 bis 2006 wurden im Rahmen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegebenen oben genannten Projekts die Pflegedokumentationen von 276 Bewohner(n)/-innen aller Pflegestu-

fen aus 29 Referenzheimen aller Bundesländer unter Bürokratieaspekten untersucht. Bei den beteiligten Heimen handelt es sich überwiegend um solche, die schon auf vergleichsweise gutem Niveau dokumentieren. Die Studie ist veröffentlicht und zu finden unter www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/Forschungsberichte.html oder über www.google.de „BMFSFJ Entbürokratisierung“. Im Kapitel 3.1 sind die die Pflegedokumentation betreffenden Ergebnisse dargestellt.

In der nicht durchweg seriös geführten öffentlichen Debatte um die „Bürokratie“ in der Pflegedokumentation wurden nicht belegte Angaben zur Höhe des Zeitaufwandes für die Pflegedokumentation in die Welt gesetzt und die Verursacher der Überdokumentation waren rasch ausgemacht: Rechtsvorschriften, Rechtssprechung, die Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht, die Anbieter von Pflegedokumentationssystemen. Diese Einschätzungen zu überprüfen war ein Teil des Arbeitsauftrages des BMFSFJ. Das Ergebnis lautet: Es gibt keine Rechtsvorschriften, die unnötigen Dokumentationsaufwand vorgeben. Aus haftungsrechtlichen Gründen allein muss nichts dokumentiert werden, was nicht auch aus pflegefachlicher Sicht dokumentiert werden müsste. Die Einschätzungen, Empfehlungen und Auflagen in den Prüfberichten von MDK und Heimaufsicht erweisen sich weit überwiegend als fachlich angemessen. Und Anbieter von Pflegedokumentationssystemen reagieren mit einer breiten Produktpalette nicht zuletzt auf die Anforderungen ihrer Kund(en)/-innen.

Bürokratie in der Pflegedokumentation, so das Kernergebnis der durchgeführten Untersuchung, entsteht in den Heimen und muss dort behoben werden. „Das Resümee der Analyse unter Entbürokratisierungsaspekten lautet kurzgefasst: Eine Zentrierung der Pflegedokumentation auf die für eine fachgerechte und individuelle Pflege erforderlichen Inhalte ist nötig. Dazu bedarf es einerseits einer Reduzierung des Umfangs der Dokumentation und andererseits einer Vervollständigung der Inhalte. Um dies leisten zu können, braucht die Praxis Orientierungshilfen“ (Zitat aus dem Projektbericht).

Das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist der Empfehlung der Projektbearbeiter/-innen gefolgt und hat den Auftrag zur Erarbeitung des vorliegenden Handbuchs erteilt. Es werden darin die wichtigsten Befunde der Studie aufgegriffen und in konkrete Handlungsempfehlungen umgesetzt.

■ **Das Handbuch für die Pflegeleitung**

Über Umfang und Qualität der Pflegedokumentation entscheiden die Leitungsverantwortlichen vor Ort; im Zentrum steht dabei die Pflegeleitung. Breite, Tiefe und Aktualität ihres pflegefachlichen Wissens, ihre Bereitschaft, sich mit relevanten pflegetheoretischen Inhalten (Pflegetheorien, Pflegeprozessen, Pflegesystemen) auseinanderzusetzen, ihre Kenntnisse bezüglich Aufbau, Inhalt und Handhabung der Pflegedokumentation, ihre organisatorische Umsicht, ihr Zeitmanagement, die Eignung und Stimmigkeit ihrer Entscheidungen, ihr Leitungsselbstverständnis sind ausschlaggebend. Je sicherer die Pflegeleitung ist, desto stimmiger werden ihre Vorgaben sein, desto seltener wird sie diese revidieren müssen und sie wird nicht aus einem nicht ausreichend reflektierten Sicherheitsbedürfnis heraus Überdokumentation veranlassen.

Das Handbuch richtet sich daher an die Pflegeleitung in der stationären Altenhilfe und setzt bei ihren Aufgaben an. Andere mit der Pflegedokumentation befasste Personen, wie Lehrende in der Altenpflegeausbildung, Qualitätsbeauftragte oder Wohnbereichsleitungen, werden ihm aber durchaus Anregungen entnehmen können.

Die Pflegeleitung verantwortet Form, Handhabung und Qualität der Pflegedokumentation; die damit verbundenen Aufgaben sind vielfältig und anspruchsvoll. Sie umfassen die Auswahl des Systems, seine Ausgestaltung im Detail, die Entwicklung und Vermittlung von Dokumentationsregeln, die Organisation des Dokumentierens, die Begleitung leitender Mitarbeiter/-innen (Wohnbereichsleitungen), die Überprüfung der Eintragungen und der Handhabung der Dokumentation, die Rückmeldung an die Pflegenden, die Konzeption, Organisation und ggf. Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen sowie die Einbindung weiterer an der Dokumentation beteiligter Berufsgruppen. Die Ergebnisse muss die Pflegeleitung zum einen gegenüber Bewohner(n)/-innen, Angehörigen und Betreuer(n)/-innen vertreten, zum anderen gegenüber dem/der eigenen Vorgesetzten, dem MDK, der Heimaufsicht und ggf. den Krankenkassen.

Auch wenn sie die richtigen Entscheidungen trifft, ist deren Umsetzung nicht immer einfach. Mitarbeiter/-innen mit Sprach- und Schreibproblemen und Mitarbeiter/-innen mit geringer Neigung, sich im Umgang mit Pflegedokumentation und -planung zu qualifizieren und an Regeln zu halten, stellen für jede Pflegeleitung eine Herausforderung dar. Sehr viele Pflegeleitungen beurteilen die Ausbildung von Altenpfleger(n)/-innen in Bezug auf die Pflegedokumentation und -planung als völlig unzulänglich. Oft müssen als Pflegefachkräfte geltende Personen mit hohem Aufwand innerbetrieblich dazu befähigt werden, für eine Gruppe von Bewohner(n)/-innen die Steuerung des Pflegeprozesses und die Pflegedokumentation zu verantworten. Die möglicherweise größte Belastung besteht jedoch darin, dass einmal Erreichtes sofort und ständig Erosionsprozessen ausgesetzt ist und durch Kontrolle, Rückmeldung und Anleitung kontinuierlich gesichert werden muss.

■ **Praktiker/-innen schreiben für Praktiker/-innen**

Dieses Handbuch wurde nicht von Pflegewissenschaftler(n)/-innen oder Pflegepädagog(en)/-innen, sondern von in der Praxis in unterschiedlichen Positionen und mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten tätigen Personen konzipiert, geschrieben und begutachtet. Themenauswahl, inhaltliche Schwerpunktsetzung, Einschätzung der Ist-Situation und Empfehlungen basieren auf dem breiten Spektrum der fachlichen Kenntnisse und beruflichen Erfahrungen der Beteiligten. Sie alle haben sich aus jeweils unterschiedlicher Perspektive mit dem Thema Pflegedokumentation eingehend befasst. Für das vorliegende Handbuch wurde vorhandene Literatur nicht neu zusammengestellt und neu akzentuiert, sondern es wurde vor allem Erfahrungswissen zusammengetragen. Die Themen sind praxisrelevant, die Empfehlungen praxisbewährt. Es ist also, was in diesem Handbuch steht, in dieser Form bislang nirgendwo sonst zu lesen.

Auf die Darstellung grundlegender Inhalte (Warum Pflegedokumentation? Fachliche und rechtliche Hintergrundinformationen, theoretische Darstellung des Pflegeprozesses-

ses) wird verzichtet; sie werden als bekannt vorausgesetzt. Ebenso wird auf Fußnoten und Querverweise weitgehend verzichtet. Jeweils am Ende der Kapitel 3.1 bis 3.12 werden Leseempfehlungen gegeben und es wird auf zusätzliche Informationsquellen verwiesen. Ausführliche Literaturlisten sowie eine Übersicht über die in den letzten Jahren durchgeführten Praxisprojekte zum Thema Pflegedokumentation können bei den Autorinnen angefordert werden.

Beim Schreiben wurde eine verständliche Fachsprache angestrebt, die gleichzeitig eine Orientierungshilfe für die Formulierung von Handlungsanleitungen im eigenen Arbeitsbereich sein kann.

Das Handbuch entstand im Zeitraum von Oktober 2006 bis März 2007 bei begrenztem Zeit- und Mitteleinsatz. Hieraus resultiert eine Beschränkung auf die stationäre Altenpflege. Besonderheiten der Dokumentation in Tages- und Kurzzeitpflege konnten ebenso wenig behandelt werden, wie Fragen der Gestaltung und Handhabung der Pflegedokumentation in Hausgemeinschaften.

Den an der Erarbeitung dieses Handbuchs Beteiligten ist bewusst, dass nicht alle sich anbietenden Fragestellungen aufgegriffen werden. Sie sind aber auch sicher, dass das vorliegende Handbuch ein plausibles Spektrum der alltäglichen Aufgabenstellungen rund um die Pflegedokumentation abdeckt.

■ Inhalt des Handbuchs

In vielen Altenpflegeeinrichtungen besteht eine Tendenz zur Überausstattung der Pflegedokumentation. Neben den Basiselementen werden zu viele Zusatzelemente eingesetzt, oft nicht gezielt bei einzelnen, sondern bei allen Bewohner(n)/-innen. Oft sind die Pflegenden unsicher, welche Information wo einzutragen bzw. zu finden ist. Eine Überausstattung des Pflegedokumentationssystems zieht unweigerlich Überdokumentation in Form von Doppel- und Mehrfachdokumentation nach sich. Das **Kapitel 2 „Elemente der Pflegedokumentation“** zeigt auf, welche Basiselemente jede Pflegedokumentation enthalten muss, welche Zusatzelemente grundsätzlich sinnvoll und wann sie einzusetzen sind. Am Ende des Kapitels werden im Abschnitt „Das sollten Sie vermeiden“ übliche, aber ungeeignete Vorgehensweisen und im Abschnitt „Das sollten Sie tun“ bewährte, empfehlenswerte Vorgehensweisen benannt.

Vermeintlich neue, tatsächlich aber nur erstmalig oder erneut ins Bewusstsein der Pflegeverantwortlichen rückende Pflege Themen führen zu neuen Elementen in der Pflegedokumentation. Die Pflegedokumentation wird zu häufig verändert, indem zusätzliche Elemente eingefügt und bestehende Dokumentationsregeln korrigiert werden. Das **Kapitel 3 „Spezielle Regeln zum Führen der Pflegedokumentation“** stellt in Bezug auf ein ausgewähltes Spektrum pflegerischer Aufgabenstellungen, die sich in jedem Heim wieder finden, dar, wie die Pflege zu dokumentieren ist bzw. vor welchen Entscheidungen die Pflegeleitung bezüglich der Dokumentation steht. Auch hier werden ungeeignete und bewährte Vorgehensweisen benannt. Nicht jedes der Teilkapitel 3.1 bis 3.12 wird für jede Pflegeleitung gleich interessant sein. Mit der Dokumentation der Dekubitusrisikoerfassung, -prophylaxe und ggf. -behandlung wird inzwischen vielerorts fachgerecht umgegangen. Dies gilt jedoch für andere Themen,

z. B. die Munderkrankungen, sicher nicht in gleicher Weise. Die Teilkapitel 3.1 bis 3.12 sind so aufgebaut, dass sie unabhängig voneinander gelesen werden können.

Die Optimierung der Pflegedokumentation wird oft isoliert angegangen und nicht im organisatorischen Kontext gesehen. Dabei setzt eine qualitativ gute und zeitlich möglichst unaufwendige Dokumentation geeignete organisatorische Rahmenbedingungen voraus. Das **Kapitel 4 „Pflegedokumentation im organisatorischen Kontext“** zeigt auf, dass und wie Personalstruktur, Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung, das Pflegesystem, Handlungsanleitungen und Qualifizierungsmaßnahmen für die Pflegenden, die regelmäßige Überprüfung der Pflegedokumentation, die Durchführung von Pflegevisiten und die Rückmeldung an die Mitarbeiter/-innen sowie eine geeignete Arbeitsablaufgestaltung Form und Qualität der Pflegedokumentation sowie den damit einhergehenden Ablauf beeinflussen.

Pflegeleitungen gehen höchst unterschiedlich mit dem Thema Pflegedokumentation um. Gehalt, Form und Umfang der Pflegedokumentation spiegeln in hohem Maße den pflegfachlichen Kenntnisstand der Pflegeleitung, ihre Einstellung zur Pflegedokumentation, ihr Leitungsselbstverständnis und die Sicherheit oder Unsicherheit ihres Leitungshandelns wider. Das **Kapitel 5 „Pflegeleitung und Pflegedokumentation“** zeigt auf, was erfolgreiche Pflegeleitungen auszeichnet und was sie tun und vermeiden, z. B. bei der Auswahl oder Veränderung des Dokumentationssystems, bei dessen Implementierung und im Umgang mit MDK und Heimaufsicht.

Kapitel 2: Elemente der Pflegedokumentation		Seite
2.1	Vorbemerkungen	7
2.2	Basiselemente	8
2.2.1	Sammeln von Informationen	8
	■ Stammdaten und Erstgespräch	8
	■ Pflegeanamnese	9
	■ Biografiebogen	11
	■ Ärztliche Verordnung	11
2.2.2	Erkennen von Problemen und Ressourcen • Festlegen der Pflegeziele • Planen der Pflegemaßnahmen	12
	■ Erkennen von Problemen	13
	■ Erkennen von Ressourcen	15
	■ Festlegen der Pflegeziele	16
	■ Planen der Maßnahmen	17
2.2.3	Durchführen der Pflege	19
	■ Leistungsnachweis	19
2.2.4	Beurteilen der Wirkung der Pflege	20
	■ Pflegebericht	20
2.3	Zusatzelemente	21
2.3.1	Sammeln von Informationen	21
	■ Assessmentbögen	21
2.3.2	Erkennen von Problemen und Ressourcen • Festlegen der Pflegeziele • Planen der Pflegemaßnahmen	22
2.3.3	Durchführen der Pflege	22
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	22
	■ Trinkprotokoll • Trinkplan	22
	■ Ernährungsprotokoll • Ernährungsplan	22
	■ Bilanzierungsprotokoll	23
	■ Miktionsprotokoll	23
	■ Schmerzprotokoll	23
	■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen	23
	■ Vitalwerteprotokoll	23
	■ Leistungsnachweis Sozialer Dienst	23
2.3.4	Beurteilen der Wirkung der Pflege	24
	■ Wunddokumentation	24
	■ Bericht des Sozialen Dienstes	24
	■ Bericht externer Therapeut(en)/-innen	24
2.4	Vorschläge für die Praxis	25
	■ Das sollten Sie vermeiden	25
	■ Das sollten Sie bedenken	25

Kapitel 2: Elemente der Pflegedokumentation

2.1 Vorbemerkungen

Die Verpflichtung stationärer Altenpflegeeinrichtungen zum Führen einer Bewohnerdokumentation ist zuallererst eine pflegefachliche Notwendigkeit. Um eine nachweisbar angemessene Pflege und Betreuung für die in der Einrichtung lebenden Bewohner/-innen sicherzustellen, ist die Pflegedokumentation unerlässlich. Sie ermöglicht durch konkrete Vorgaben ein einheitliches Vorgehen aller an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen und sie erleichtert die Überprüfung und Bewertung der geplanten Pflege. Die Pflegedokumentation ist ein unerlässliches innerbetriebliches Kommunikationsinstrument. Mit ihr kann und soll zielgerichtet und für alle am Pflegeprozess Beteiligten handlungsleitend Einheitlichkeit und Kontinuität der pflegerischen Versorgung hergestellt werden. Daneben dient sie dem Nachweis der Erbringung der geplanten Maßnahmen und ermöglicht die Identifizierung der durchführenden Personen. Pflege und Betreuung werden nachvollziehbar und transparent.

Darüber hinaus leitet sich die Verpflichtung zum Führen einer Pflegedokumentation ab aus den Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung gemäß § 80 SGB XI, aus den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI, aus § 85 Abs. 3 SGB XI und aus § 11 des Heimgesetzes. Der Gesetzgeber schreibt keine besondere Form der Pflegedokumentation vor, sondern stellt die Auswahl eines geeigneten Dokumentationssystems und dessen Ausgestaltung in die Entscheidung der einzelnen Einrichtung. Dies hat zur Folge, dass sich eine Vielzahl unterschiedlicher Dokumentationssysteme (manuell geführte, EDV-gestützte und Mischsysteme) auf dem Markt befinden. In den Einrichtungen werden jedoch nicht nur käufliche Dokumentationssysteme eingesetzt, sondern auch Eigenentwicklungen oder regional entwickelte Musterdokumentationen.

Jede Pflegedokumentation setzt sich aus Basis- und Zusatzelementen zusammen. Je nach Anbieter und Einrichtung variieren Art, Umfang und Anzahl der Basis- und Zusatzelemente erheblich. Unter Basiselementen versteht man grundsätzlich solche, die in jede Pflegedokumentation gehören. Zusatzelemente sind solche, die je nach Bewohnersituation der Pflegedokumentation beigefügt werden und zu führen sind. So wie es keine Vorgaben bezüglich des einzusetzenden Pflegedokumentationssystems gibt, gibt es auch keine Vorgaben darüber, welche Bestandteile als Basis- bzw. Zusatzelemente zu führen sind.

Die zwingende Orientierung der Pflege am Pflegeprozessmodell liefert Hinweise auf die zu berücksichtigenden Elemente. Der Pflegeprozess ist Grundlage für die professionelle Pflege. Anhand des Pflegeprozesses wird die Pflege und Betreuung der Bewohner/-innen individuell geplant, durchgeführt und regelmäßig an Veränderungen angepasst. Unabhängig davon, welches Regelkreismodell zu Grunde gelegt wird (Vier-Phasen-Modell der WHO, Fünf-Phasen-Modell von Juchli oder Sechs-Phasen-Modell von Fiechter und Meier), beginnt der Prozess mit der Informationssammlung, die in die Planung von Pflege und Betreuung mündet und über die Durchführung der geplanten Maßnahmen in der Beurteilung des

Ergebnisses und ggf. einer Überarbeitung endet. Die Beurteilung der Ergebnisse beinhaltet eine weitere Informationssammlung und der Prozess startet erneut. Im nachfolgenden Text wird nicht von Einlegeblättern oder Formularen die Rede sein, sondern weiterhin von Elementen, weil alle Arten von Pflegedokumentationssystemen zu berücksichtigen sind (manuell geführte, EDV-gestützt geführte und Mischsysteme).

2.2 Basiselemente

Die Phasen des Pflegeprozesses geben die Basiselemente der Pflegedokumentation vor:

1. Sammeln von Informationen
2. Erkennen von Problemen und Ressourcen des Bewohners/der Bewohnerin
3. Festlegen der Pflegeziele
4. Planen der Pflegemaßnahmen
5. Durchführen der Pflege
6. Beurteilen der Wirkung der Pflege auf den/die Bewohner/-in

Diese Schritte werden nachfolgend kurz beschrieben.

2.2.1 Sammeln von Informationen

Elemente und pflegerische Handlungen, die dem Sammeln von Informationen dienen, sind:

■ Stammdaten und Erstgespräch

Die Stammdaten und der Inhalt des Erstgespräches sind die ersten Informationen zum/zur neuen Bewohner/-in, die in der Pflegedokumentation schriftlich festgehalten werden. Je nach Vorgehen beim Sammeln von Informationen werden neben verwaltungstechnischen Informationen auch solche, die die Pflege direkt betreffen, erhoben wie beispielsweise Angaben zu Hilfsmitteln.

Als Stammdaten zu erfassende Informationen sind:

- Angaben zur Person einschließlich der Konfession
- Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI
- Datum des Einzugs bzw. Umzugs innerhalb der Einrichtung
- Medizinische Diagnosen
- Informationen zu Allergien
- Informationen zur Kostform
- Medizinische Versorgungssituation (Haus-, Fach- und Zahnärzte/-ärztinnen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Hilfsmittel, auch Schmerzmittelpumpen, Herzschrittmacher, Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen und/oder Krankenhäusern etc.)
- Soziale Versorgungssituation (Bezugsperson, Vollmachten, ggf. gesetzliche/r Betreuer/-in mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger/-in)

- Information über eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Patientenverfügung

Im Erstgespräch zu erhebende Informationen sind

- Besonderheiten im Bereich aller Lebensaktivitäten, d.h. der direkt erkennbare Hilfebedarf
- Erwartungen, besondere Vorbehalte oder Ängste bezogen auf den Umzug
- Diagnosen (wenn nicht bereits in der Anamnese festgehalten)
- Grund des Umzugs in die Einrichtung

Grundsätzlich gilt, dass die Informationen bereits vor bzw. unmittelbar nach dem Einzug des Bewohners/der Bewohnerin in der Pflegedokumentation erfasst werden. Das Pflegemodell spielt dabei zunächst keine Rolle. Sicherergestellt werden soll, dass alle erforderlichen Maßnahmen umgehend in die Wege geleitet werden. Aus der Erhebung des Pflegebedarfs leiten sich bereits erste Maßnahmen für die Pflege und Betreuung ab, sodass der/die neue Bewohner/-in unmittelbar nach dem Einzug die in der Situation erforderliche Unterstützung erhält. Es ist sinnvoll, Erstgespräch und Anamnese aufeinander abzustimmen, um eine Doppeldokumentation bestimmter Informationen zu verhindern.

Die Stammdaten unterliegen Veränderungen. Ergänzungen werden bei Auftreten neuer Informationen vorgenommen. In denjenigen Fällen, in denen Veränderungen direkte Auswirkungen auf die Pflege haben (z.B. bei Fixierungen, Wechsel von Betreuer(n)/-innen etc.), werden die Ergänzungen bei einer manuell geführten Dokumentation datiert und mit dem Handzeichen der verändernden Person versehen (bei einer EDV-gestützten Dokumentation erfolgt dies automatisch). Die Stammdaten sind immer aktuell und bei einer manuell geführten Dokumentation wird das Stammbblatt bei Unübersichtlichkeit neu geschrieben; das Datum der Neuschrift muss erkennbar sein.

Das Erstgespräch wird einmalig bei jedem/jeder neuen Bewohner/-in geführt. Eine Alternative zur Verwendung des Einlegeblattes zum Erstgespräch bei einer manuell geführten Dokumentation stellt die Vorgehensweise dar, alle während des Gespräches erhaltenen Informationen als erste Eintragung im Pflegebericht festzuhalten. Dies ist auch bei einer EDV-gestützten Dokumentation möglich.

■ **Pflegeanamnese**

Die Pflegeanamnese beschreibt den Zustand des Bewohners/der Bewohnerin bei Einzug. Dabei werden Fähigkeiten ebenso erfasst wie der Hilfebedarf, besondere Wünsche, Erwartungen, Sorgen etc. Zudem werden Informationen zur Vorgeschichte, z.B. Schmerzzustände in der Vergangenheit und der Umgang damit oder bereits behandelte Thrombosen, erfasst. Ziel ist es, diejenigen Informationen festzuhalten, die allen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen vorliegen müssen, damit von der ersten Stunde an eine Pflege

durchgeführt werden kann, die den Erfordernissen, Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen entspricht. Den Bezugsrahmen bildet das der Pflege zugrunde gelegte Pflegemodell. Die Entscheidung, welches Pflegemodell den Anforderungen der Einrichtung entspricht und die entsprechende Auswahl eines geeigneten Pflegemodells liegt bei den Leitungsverantwortlichen. Sicherergestellt werden muss, dass das gewählte Pflegemodell in der Pflegedokumentation abgebildet wird.

Über die Bearbeitung der Pflegeanamnese wird die Pflegefachkraft bereits zur Pflegeplanung geleitet, indem sie entscheidet, welche Informationen in eine Planung münden müssen und ob ggf. weitere zusätzliche Formulare oder Assessmentbögen einzusetzen sind. Die Pflegeanamnese wird in dem von der Einrichtung festgelegten Zeitraum durch die zuständige Pflegefachkraft fertig gestellt, datiert und unterschrieben. Ergänzungen werden danach nicht mehr vorgenommen. Eine Ausnahme stellt die gravierende Veränderung des Gesundheitszustandes des Bewohners/der Bewohnerin dar. Verändert sich der Gesundheitszustand in einer Form, die eine komplette Neuplanung von Pflege und Betreuung erfordert und der Situation bei einem Neueinzug gleichkommt, wird diese neue Situation über eine neu erhobene Pflegeanamnese in eine neue Planung überführt. Es muss erkennbar sein, dass es sich um eine Neuschrift handelt und wann sie erstellt wurde. Aufgabe der Leitungsverantwortlichen ist es, diejenigen Situationen zu benennen, in denen eine Neuschrift der Pflegeanamnese erfolgen soll. Die gegebene Empfehlung stellt eine Abweichung u.a. von dem in der MDK-Prüfanleitung beschriebenen Verfahren dar. Die Pflegeleitung muss entscheiden, ob sie der Empfehlung folgen will oder ob sie den Mehraufwand und ggf. die Doppeldokumentation, die sich aus der in der Prüfanleitung empfohlenen Aktualisierung der Pflegeanamnese ergibt, betreiben möchte.

In der Pflegeanamnese zu erfassende Informationen sind

- pflegerrelevante Vorgeschichte
- Pflegegewohnheiten
- Bedürfnisse, Wünsche, Abneigungen
- bei Einzug bestehende Ressourcen/Fähigkeiten, Probleme/Defizite
- potenzielle Risiken.

Für die Erfassung potenzieller Risiken bieten sich diverse Assessmentinstrumente an. Dazu zählen u.a. die Skalen zur Dekubitusrisikoerfassung, die Erhebungsinstrumente zur Unterscheidung einer Depression von einer Demenz oder zur Erhebung des Ernährungszustandes (des Risikos einer Mangelernährung und/oder einer Dehydratation). Dazu zählt auch die Risikoeinschätzung anhand von Risikofaktoren z.B. bei einer Sturzgefahr oder einem Inkontinenzrisiko. Bei der Risikoeinschätzung sind die nationalen Expertenstandards einzubeziehen. Bei der Erstellung der Pflegeanamnese und unter Berücksichtigung der Risikoeinschätzung wird festgelegt, welche Zusatzelemente eingesetzt werden.

Für die Dokumentation der Pflegeanamnese befinden sich unterschiedliche Vordrucke auf dem Markt. Diese reichen von Formularen, auf denen lediglich

die Gliederungssystematik (orientiert am Pflegemodell) vorgegeben ist und Einschätzungen ggf. ergänzt werden können, bis hin zu Formularen, in denen die Pflegefachkräfte ihre Beobachtungen frei formulieren können bzw. bei denen die Formulierungen anhand von Textbausteinen vorgegeben sind. Besonders bei EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen ist die Arbeit mit Textbausteinen weit verbreitet. Die Leitungsverantwortlichen entscheiden selbst, welche Vordrucke für die Pflegeanamnese eingesetzt werden sollen. Für die Entscheidung bezüglich des einzusetzenden Einlegeblattes (oder der Entsprechung in der EDV) ist die Fachlichkeit der Pflegefachkräfte mitentscheidend. Wird ein Ankreuzverfahren unreflektiert eingesetzt und wird auf zusätzliche Erläuterungen verzichtet, wird der individuelle Charakter der Pflegeanamnese und in der Folge der der Pflegeplanung verloren gehen. Sind Texte frei zu formulieren, setzt dies die Fähigkeit zur Formulierung bei den Pflegefachkräften voraus. Unterstützend wirken Formulierungsregeln, die von den Leitungsverantwortlichen verbindlich vorgegeben sind und die sicherstellen, dass die Angaben in der Pflegeanamnese aussagekräftig sind. In der Pflegeanamnese werden weitere Informationen über den/die Bewohner/-in erfasst. Um Doppeldokumentationen zu vermeiden, ist diese Sammlung mit dem Erstgespräch abzugleichen. Die Bearbeitung der Pflegeanamnese ist mit der ersten Pflegeplanung abgeschlossen.

■ **Biografiebogen**

Die Biografie liefert für die Pflege und Betreuung wichtige Informationen. Diese können sowohl die Eingewöhnung in die neue Wohnsituation erleichtern als auch helfen, Verhaltensweisen zu erklären.

Zu berücksichtigende bzw. zu erfassende Informationen sind

- familiäre Situation und regionale Herkunft
- Schulbildung, Ausbildung, ausgeübter Beruf, Tagesgestaltung
- Sprache (Dialekt, Fremdsprache)
- Verhaltensweisen
- Lebensweisen und Traditionen
- prägende Ereignisse und Werte
- Gesundheitsgeschichte.

Der Biografiebogen ist ständig um neue Informationen, die u.U. erst Jahre nach Einzug des Bewohners/der Bewohnerin bekannt werden und um gravierende Ereignisse nach Einzug mit Datum und Handzeichen der Pflegefachkraft zu ergänzen. Dabei geht es ausschließlich um die für die Pflege und Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin relevanten Informationen.

■ **Ärztliche Verordnung**

Dieser Vordruck dient der Dokumentation ärztlicher Verordnungen und wird sowohl den Basiselementen als auch den Zusatzelementen zugeordnet. Zu den Basiselementen werden sie gerechnet, weil nur in absoluten Ausnahmefällen Bewohner/-innen weder Arzneimittel noch sonstige Leistungen, die der ärztlichen Verordnung bedürfen, erhalten. Die ärztlichen Verordnungen wei-

sen auf mögliche Probleme und u.U. erforderliche Interventionen hin. Im Zusammenhang mit der Dokumentation der Delegation durchzuführender ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachkräfte durch Ärzte/Ärztinnen ist zu berücksichtigen, dass jede Delegation nachvollziehbar dokumentiert sein muss. Bei telefonischen Verordnungen reicht der Hinweis „Vorgelesen und genehmigt“. Ansonsten können keine generellen Aussagen zur Dokumentation ärztlicher Verordnungen formuliert werden. Es müssen aber zumindest alle Angaben für eine sichere Vergabe von Arzneimitteln vorliegen. Jede Einrichtung ist gehalten, mit den zuständigen Ärzten/Ärztinnen ein für beide Seiten zufrieden stellendes Vorgehen festzulegen. Dieses kann z.B. darin bestehen, dass in festgelegten Abständen eine Überprüfung der seitens der Einrichtung festgehaltenen ärztlichen Verordnungen erfolgt. Die Richtigkeit der Verordnung wird entweder in der Pflegedokumentation selbst durch den Arzt/die Ärztin bestätigt oder aber über ein Fax, welches die aktuelle Medikation ausweist. Ärzte/Ärztinnen sind grundsätzlich nicht zur Beteiligung an der pflegerischen Dokumentation verpflichtet, müssen aber eine eindeutige Anordnung und Delegation sicherstellen. In Kapitel 3.11 wird die ärztliche Verordnung erneut aufgegriffen und ausführlich behandelt.

Die aufgeführten Elemente dienen neben der Sicherstellung einer angemessenen Pflege ab Einzug der Bewohner/-innen in die Einrichtung der Informationssammlung zur Erstellung einer ersten Pflegeplanung. Biografische Daten und Stammdaten werden laufend aktualisiert und in die Evaluation einer jeden Pflegeplanung einbezogen.

2.2.2 Erkennen von Problemen und Ressourcen • Festlegen der Pflegeziele • Planen der Pflegemaßnahmen

Mit der Planung der Pflege werden die Schritte der Problem- und Ressourcenerfassung, der Festlegung von Zielen und der Planung der Maßnahmen abgedeckt. Die Pflegeplanung ist das Kernstück des Pflegeprozesses. In der Phase der Planung werden die für den/die Bewohner/-in erforderlichen pflegerischen und/oder betreuerischen Maßnahmen geplant.

Art und Umfang der Pflegeplanung weichen je nach Einrichtung und Mitarbeiter/-in stark voneinander ab. Grundsätzlich ist es den Leitungsverantwortlichen in den Einrichtungen überlassen, welche Vorgehensweise sie vorgeben. Es gibt Ansätze, die bei der Planung nur einzelne Probleme oder nur wenige Lebensbereiche berücksichtigen. Andere Ansätze betrachten alle Lebensbereiche und innerhalb eines Problemkomplexes werden weitere Unterprobleme bearbeitet. Die Pflegeplanung wird dadurch unangemessen umfangreich und unübersichtlich. Soll die Pflegeplanung jedoch im pflegerischen Alltag Anwendung finden und für die Pflegenden eine Handlungsanleitung darstellen, sollte sie weder zu umfangreich noch zu stark zergliedert sein. Soll auf der anderen Seite der/die Bewohner/-in in seiner/ihrer Gesamtheit berücksichtigt werden, ist es erforderlich, alle relevanten Pflegeprobleme zu betrachten. Um diese Gratwanderung sicher zu meistern, ist eine Vorgehensweise bei der Planung der Pflege angezeigt, die den/die

Bewohner/-in mit seinen/ihren Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die einzelnen Lebensbereiche nachvollziehbar beschreibt. Die bekannten Schritte des Pflegeprozesses werden dabei eingehalten, unabhängig davon, welche Vorgehensweise gewählt wird.

■ Erkennen von Problemen

Empfohlen wird, bei der Erstellung einer Pflegeplanung von den Problemen und nicht von den Ressourcen auszugehen. Begründet wird dies damit, dass sich Pflege und Betreuung vorrangig an den Einschränkungen und Problemen der Bewohner/-innen orientieren. Dies bedeutet nicht, dass keine Ressourcenorientierung erfolgt; Ressourcen werden zur Kompensation bestehender Probleme erfasst. Der Einzug der Bewohner/-innen in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung resultiert in der Regel aus Einschränkungen/Problemen und aus dem Wunsch, bei deren Bewältigung professionelle Unterstützung zu erhalten.

Einschränkungen, die während der Erstellung der Pflegeanamnese bekannt werden und die auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung in der Pflegeplanung hindeuten, werden aufgegriffen. Um den an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen ein umfassendes Bild von dem/der Bewohner/-in zu vermitteln, und um die Pflegeplanung vom Umfang her zu reduzieren, wird das Hauptproblem kurz skizziert. Bei der Formulierung wird das Problem genannt und die Ursache, die zu dem Problem führt, wird beschrieben. Das Ausmaß der Einschränkung wird ebenso dargelegt wie die Bedeutung, die diese für den/die Bewohner/-in hat. Möglicherweise bestehende Auslöser für ein Problem und potenzielle Gefahren, die sich aus dem Problem ergeben, werden ebenso berücksichtigt wie vermutete Auslöser oder vermutete Probleme. Vereinzelt können Hauptprobleme nebeneinander bestehen, die dann gleichermaßen berücksichtigt werden. Das Hauptproblem hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche. Da es in der Einleitung zur Pflegeplanung bereits skizziert ist, werden in den einzelnen Lebensbereichen nur noch die konkreten Einschränkungen benannt. Bei den Problemen werden verschiedene Formen berücksichtigt. Es gibt generelle Probleme, d.h. solche, die bei allen Menschen in der gleichen Situation auftreten. Individuelle Probleme sind solche, die so nur bei diesem Bewohner/dieser Bewohner/-in auftreten. Daneben gibt es potenzielle und/oder vermutete Probleme. Diese können auftreten oder werden vermutet und entweder durch entsprechende prophylaktische Maßnahmen verhindert oder durch gezielte Beobachtung aufgedeckt bzw. verworfen.

Beispiel

Frau M. benötigt aufgrund eines apoplektischen Insults mit

- *einer vollständigen Hemiparese rechts*
- *einer motorischen Aphasie*
- *einer Gesichtsfeldeinschränkung*
- *einer zeitweiligen depressiven Verstimmung*

Unterstützung in folgenden Bereichen:

- *Kommunikation*
- *Bewegung (Transfer, Benutzung der Toilette, An- und Auskleiden)*
- *Körperpflege*
- *Vorbereitung der Mahlzeiten*
- *Beschaffen, Verwalten, Richten und Vergeben der Arzneimittel*
- *Beschäftigung*
- *Integration in die Gemeinschaft*
- *Auseinandersetzung mit der Krankheit, ihren Folgen und Kompensationsmöglichkeiten.*

Risiken bzw. Unterstützungsbedarf bestehen in folgenden Bereichen:

- *Kontraktur/Intertrigo*
 - * *Linkes Ellenbogengelenk: Streckung nur noch bis 130° möglich, Bewegungsübungen bereiten ihr Schmerzen*
 - * *Linkes Handgelenk: Beugung von 90° zum Unterarm, Finger zu einer Faust geschlossen, Öffnen der Hand aus eigenem Antrieb nicht möglich = Intertrigogefahr*
 - * *Unfähigkeit, alleine zu stehen*
 - * *Unfähigkeit, mehr als 10 m mit Unterstützung zu gehen*
 - * *Belastbarkeit und Motivation morgens größer als nachmittags*
 - * *Unterstützung bei jedem Transfer einschließlich der Benutzung der Toilette*
 - * *Unfähigkeit, den Rollstuhl außerhalb des Zimmers selbständig zu bewegen*
- *Ankleiden*
 - * *Vollübernahme von An- und Auskleiden*
- *Essen und Trinken*
 - * *An die Gesichtsfeldeinschränkung angepasste Serviertechnik (Anordnung der Speisen dergestalt, dass sie diese sehen kann)*
 - * *Mundgerechte Vorbereitung der Speisen*
- *Kommunikation/Gefahr Beschäftigungsdefizit*
 - * *Motorische Aphasie; Gesprochenes wird verstanden, jedoch Unfähigkeit, verständliche Sätze zu formulieren*
 - * *Dadurch erkennbar stärkere Belastung als durch die Bewegungseinschränkung und die Notwendigkeit einer Unterstützung durch Pflegepersonen*
 - * *Äußert Schamgefühl anderen Bewohnern gegenüber, Rückzug*
 - * *Häufiges Weinen, depressive Verstimmungen erkennbar*
 - * *Gefahr Beschäftigungsdefizit und Isolationsgefahr*
 - * *Unfähigkeit, zu schreiben; nicht beurteilbar, ob Gelesenes immer verstanden wird*

Die Pflegeplanung berücksichtigt jeden Lebensbereich der Bewohner/-innen. Liegt der Pflege das Modell der „Fördernden Prozesspflege“ mit den 13 AEDL von Monika Krohwinkel zugrunde, werden alle 13 AEDL aufgeführt. Es

wird auch jeder Lebensbereich berücksichtigt, wenn die Pflegeplanung anhand der Systematik anderer Pflegemodelle erstellt wird. In denjenigen Bereichen, in denen Selbständigkeit besteht, erfolgt ein entsprechender Hinweis, damit bei der Evaluierung der Pflegeplanung dieser Lebensbereich einbezogen wird. Sich anbahnende Probleme können so frühzeitig erkannt werden. Bei einer manuell geführten Pflegedokumentation erleichtert der Einsatz eines Einlegeblattes für jeden Lebensbereich die Übersicht. Bei einer EDV-gestützten Pflegeplanung kann ebenfalls pro Lebensbereich ein hinterlegtes Formular bearbeitet werden. Eine andere Variante stellt die fortlaufende Planung der Lebensbereiche dar. Eine Überarbeitung ist jederzeit möglich und die vorherigen Texte werden im System archiviert. Immer dann, wenn die Vorteile der EDV (Textverarbeitung) genutzt werden können, ist die Bereitschaft der Pflegenden zur Evaluation und Anpassung der Pflegeplanung eher gegeben als bei rein manuell erstellten Pflegeplanungen. Die Überarbeitung manuell erstellter Pflegeplanungen geht mit einem erhöhten Schreibaufwand einher.

■ Erkennen von Ressourcen

So wie das Problem zusammenfassend beschrieben wird, so werden auch die Ressourcen zusammenfassend dargestellt.

Beispiel

Frau M. ist weitgehend selbständig in den Bereichen

- Essen und Trinken
- Ruhen und Schlafen
- Umgang mit ihrer Rolle als Frau.

Ressourcen

- Akzeptiert Unterstützung durch die Pflegekräfte
- Reagiert positiv auf die ihr vertrauten Pflegepersonen
- Wird zunehmend mutiger und selbständiger
- Ist motiviert, ihre Situation zu verbessern durch
 - * Bewegungsübungen
 - * Trainingsmaßnahmen zur Förderung von Alltagspraktiken
 - * selbständiges An- und Ausziehen der Oberbekleidung.
- Prognose des Krankengymnasten bzgl. Kontrakturen/Sturzgefahr
 - * ist die des Stillstands, Verschlechterung zunächst unwahrscheinlich
 - * Übungen zur Stärkung von Kraft und Balance beugen der Sturzgefahr vor; Frau M. steht sicherer und es ist ein Muskelaufbau zu beobachten
- Essen und Trinken
 - * Erkennt entsprechend platzierte Speisen und Getränke
 - * Isst und trinkt selbständig
 - * Gewicht stabil bei 63 kg, BMI 24
 - * Trinkt 2000 ml in 24 Stunden (Trinkplan) Abstimmung mit Arzt (vgl. Eintrag vom XYYY)

- Kommunikation/Orientierung
 - * Uneingeschränkt orientiert
 - * Uneingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit
 - * Unterstützung durch die Familie
 - * Unterstützung durch Logopäden, Prognose positiv (sie wird wieder einen Grundwortschatz erwerben)

Nachdem eine Beschreibung dieser Art sozusagen als Deckblatt vorliegt, werden die Einschränkungen und Ressourcen in den jeweiligen Lebensbereichen kurz dargestellt ohne erneuten Hinweis auf das Problem, u.U. genügt es hier, wenn Ressourcen aufgeführt werden.

Beispiele

Einschränkungen im Bereich „ Körperpflege“

Frau M. benötigt Hilfe im Bereich der Körperpflege (VÜ = volle Übernahme durch die Pflegeperson)

- beim Waschen des Rückens
- beim Waschen des Intimbereichs (kann nur an Haltegriffen stehen)
- beim Waschen von Füßen und Beinen
- bei der Hautpflege der o .g. Körperteile.

Frau M. benötigt Unterstützung

- bei der Mundpflege
- bei der Haarpflege
- bei der Körperpflege Oberkörper vorn
- bei der Hautpflege.

Beim Duschen wünscht sie eine VÜ durch die Pflegeperson.

Ressourcen im Bereich „Ausscheidung“

- Meldet sich tagsüber (ca. 5x) und nachts (2x) bei Harn- und Stuhldrang und ist dadurch kontinent
- Kann mit Hilfe der Pflegepersonen (Hilfe beim Transfer und Richten der Kleidung) die Toilette (tagsüber) bzw. einen Toilettenstuhl (nachts) benutzen.

Ressourcen im Bereich“ Bewegung“

- Die Haut von Frau M. ist intakt
- Zwei Toilettenbesuche in der Nacht genügen zur Dekubitusprophylaxe
- Führt Eigenbewegungen durch
- Thrombosegefahr reduziert durch Mobilisierung

Ressourcen im Bereich „Beschäftigung“

- Teilnahme an Angeboten des Sozialen Dienstes, die sie interessieren
- Bereitschaft, sich auf neue Angebote einzulassen

■ **Festlegen der Pflegeziele**

Die Dokumentation von Problemen und Ressourcen mündet in eine Zielformulierung. Wo es möglich ist, werden Nah- und Fernziele (Gewichtszunahme,

Abheilen von Wunden, Verbesserung der Beweglichkeit etc.) geplant. Ansonsten werden die Ziele als Erhaltungsziele ausgewiesen. Anhand der Ziele kann überprüft werden, ob die geplanten Maßnahmen zu dem gewünschten Ergebnis führen oder ob eine Anpassung erfolgen muss. Die Orientierung an Zielen stellt sicher, dass alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen einschließlich der Bewohner/-innen selbst die gleiche Absicht verfolgen und das gleiche Ergebnis erreichen wollen. Für die Zielformulierung gilt, dass das Ziel bewohnerbezogen, realistisch, erreichbar und überprüfbar sein muss. Dabei beziehen sich die Ziele auf den Zustand des Bewohners/der Bewohnerin, auf das Können, das Wissen, das Verhalten und/oder das Wollen. So wie bei der Problemformulierung von einem Hauptproblem ausgegangen wird, kann es bei der Zielformulierung sinnvoll sein, ein Hauptziel zu beschreiben. Der Weg führt über Teilziele.

■ Planen der Maßnahmen

Es wird empfohlen, die Maßnahmen nicht bezogen auf die einzelnen Lebensbereiche zu planen. Dieses Vorgehen wird in der Regel bislang gewählt und die Maßnahmen werden in einer Reihe mit den Problemen/Ressourcen und Zielen aufgeführt. Das hat jedoch zur Folge, dass sie von den Pflegepersonen gedanklich zusammengetragen und in einen Ablaufplan überführt werden müssen. Werden die geplanten Maßnahmen jedoch, wie empfohlen, in einer Tagesstruktur ausgewiesen, stellt dies eine wesentliche Erleichterung für die Pflegepersonen dar. Entlang der Tagesstruktur werden die Maßnahmen chronologisch aufgeführt. Jeder Maßnahme wird ein Hinweis auf denjenigen Lebensbereich zugeordnet, aus dem sich die Maßnahme ableiten lässt. Die Maßnahmen sollen weiterhin handlungsleitend formuliert sein und ausweisen, wer, was, wann, wie oft, wo und wie durchführen soll. Dabei ist die Art der Leistung zu beschreiben, d.h. es muss erkennbar sein, ob es sich um eine vollständige oder eine teilweise Übernahme handelt, ob und in welcher Form Unterstützung angeboten wird und ob eher Beratung, Anleitung oder Beaufsichtigung erforderlich ist. Die Angaben müssen so ausführlich und konkret sein, dass die durchführende Person ohne zusätzliche Informationen tätig werden kann.

Beispiel

- *Betreten des Zimmers gegen 07.00 Uhr, begrüßen und Wünsche erfragen (Kommunikation oder AEDL 1)*
- *Unterstützen nach Bobath (oder explizites Beschreiben des Vorgehens) beim Aufsetzen auf die Bettkante (Bewegen oder AEDL 2)*
- *Frau M. wählt aus dem Getränkeangebot; 200 ml Flüssigkeit anreichen; Frau M. leert das Glas (Essen und Trinken oder AEDL 5)*
- *Transfer nach Bobath (oder explizites Beschreiben des Vorgehens) in den Rollstuhl und ins Bad fahren (Bewegung und Ausscheidung oder AEDL 2 und 6)*

- *Transfer nach Bobath (oder explizites Beschreiben des Vorgehens) auf die Toilette, Schwesternruf in die Hand geben; Frau M. meldet sich, wenn sie den Toilettenbesuch abgeschlossen hat.*
 - *PK bereitet die Kleidung wie besprochen vor (sich kleiden oder AEDL 7).*
- U.S.W.

Alternativ können alle Maßnahmen, die grundsätzlich zu beachten sind, als übergeordnete Maßnahmen beschrieben werden. Z.B. „Vor Betreten des Zimmers anklopfen, den Bewohner begrüßen und die Wünsche erfragen. Vor Beginn der Grundpflege: Schließen des Fensters, es sei denn der Bewohner wünscht eine andere Vorgehensweise.“ Zudem kann hier auf die Bobath-Technik verwiesen werden, statt das Vorgehen bei jedem Transfer neu zu beschreiben, oder es wird bereits bei der zusammenfassenden Ressourcenbeschreibung ausgewiesen, wie die Fähigkeiten von Frau M. unterstützt werden können. Der Hinweis auf die Bobath-Technik ist jedoch nur in solchen Einrichtungen möglich, in denen das Bobath-Konzept implementiert ist.

Mit der Einführung von Tagesstrukturen wird das Ziel verfolgt, den Pflegenden eine schnelle Information zum/zur Bewohner/-in und einen für ihn/sie erstellten Ablaufplan an die Hand zu geben. Dabei werden 24-Stunden-Pläne erstellt und es hat sich bewährt, die aufgeführten Maßnahmen den Schichten Früh-, Spät- und Nachtdienst zuzuordnen. Durch die Tagesstruktur gewinnt die Pflegeplanung an Handlungsleitung und die von den Pflegenden durchzuführenden Maßnahmen sind übersichtlich angeordnet. Eine schnelle Übersicht über die durchzuführenden Maßnahmen ist möglich und das Zusammenfügen von Maßnahmen, in unterschiedlichen Lebensbereichen geplant, ist nicht mehr erforderlich. Dies kommt in besonderem Maße Pflegenden zugute, die teilzeitbeschäftigt sind.

Ergänzt werden kann die Tagesstruktur durch eine Wochen- oder Monatsstruktur, in der diejenigen Maßnahmen ausgewiesen werden, die nicht täglich zu erbringen sind. Dies ist vielfach üblich, wird hier jedoch nicht empfohlen, weil es die Pflegedokumentation unnötig erweitert.

Die Leitungsverantwortlichen sind gehalten, sich für eine Form der Pflegeplanung zu entscheiden und das konkrete Vorgehen für die Erstellung zu beschreiben. Die Entscheidung wird begründet und das Vorgehen für einen längeren Zeitraum festgeschrieben. Die Überprüfung der Qualität erstellter Pflegeplanungen ist ebenfalls Leitungsaufgabe. Bewährt hat sich bei der Überprüfung, von den Maßnahmen ausgehend zu erfassen, ob sich jede Maßnahme auf ein Ziel und dieses wiederum auf formulierte Ressourcen oder Probleme bezieht. Nur so kann sichergestellt werden, dass die einzelnen Planungsschritte aufeinander Bezug nehmen. Bei der Erstellung einer Pflegeplanung ist die Beteiligung weiterer Personen/Berufsgruppen angezeigt. Die Beteiligung des Nacht- und des Sozialen Dienstes an der Erstellung der Pflegeplanung ist zwingend erforderlich und muss anhand der Pflegeplanung erkennbar sein. Einbezogen werden, sofern möglich, der/die Bewohner/-in, die Angehörigen, ggf. der/die Betreuer/-in, aber auch z.B. Ärzte/Ärztinnen und externe Therapeut(en)/-innen. Es ist Leitungsaufgabe, die Pflegeplanungen zu

überprüfen. Dabei wird in besonderem Maße darauf geachtet, dass neben den aktuellen Problemen auch potenzielle erfasst sind und dass keine Maßnahmen geplant werden, die nicht dem Stand aktueller pflegefachlicher Erkenntnisse entsprechen.

Im Zusammenhang mit der Erstellung einer Pflegeplanung wird sowohl auf Pflegediagnosen verwiesen als auch auf Standards. Das Für und Wider von Pflegediagnosen wird an dieser Stelle nicht diskutiert. Sie werden jedoch künftig in der stationären Altenhilfe an Bedeutung gewinnen. Monika Krohwinkel hat ihr Pflegemodell der „Fördernden Prozesspflege“ überarbeitet, erweitert und Pflegediagnosen integriert. Hinsichtlich des Einsatzes von Standards wird den Einrichtungen empfohlen, auf diese bei der Erstellung der Pflegeplanung nur dann zu verweisen, wenn sichergestellt ist, dass sie allen Pflegepersonen bekannt sind und dass sie individuell an die jeweilige Bewohnersituation angepasst werden. Grundsätzlich wird davon abgeraten, Grundpflegestandards einzusetzen. In der Regel reicht ein aktuelles pflegerisches Fachbuch je Wohnbereich als Nachschlagewerk aus. Wichtig für die Einrichtung ist hingegen die Bereitstellung von Standards für Situationen, die besonders risikobehaftet sind (z. B. Standards zu den Prophylaxen) und/oder immer wieder zu Problemen führen (personenbezogene Notfälle, Umgang mit therapieresistenten Keimen etc.).

2.2.3 Durchführen der Pflege

■ Leistungsnachweis

Der Nachweis der erbrachten Pflegeleistungen erfolgt durch unterschiedliche Personen einer Einrichtung. Neben den Pflegenden dokumentieren

Hauswirtschaftskräfte oder Präsenzkkräfte, Mitarbeiter/-innen des Sozialen Dienstes, Therapeut(en)/-innen (extern und intern) und u.U. weitere Personen die von ihnen erbrachten Leistungen. Es wird unterschieden zwischen Einzelnachweisen und En-bloc-Nachweisen (für Zeitabschnitte oder Maßnahmenkomplexe). Die Auswahl des Leistungsnachweises kann nur unter Betrachtung der Struktur und der Qualität der Pflegeplanung und des Tagesbesetzungsprofils erfolgen. In einem Pflegesystem, in dem eine in einer vollen Schicht tätige Pflegeperson alle Leistungen für eine bestimmte Anzahl von Bewohner(n)/-innen erbringt, reicht ein Handzeichen zur Bestätigung der erbrachten Leistungen. Erbringen in einer verkürzten Schicht tätige Pflegepersonen Leistungen, wird der Leistungsnachweis entsprechend den Dienstzeiten gestaffelt und die dokumentierende Person bestätigt diejenigen Leistungen, die sie während ihrer Anwesenheit erbracht hat. Dabei handelt es sich z.B. um Leistungen, die für den Zeitraum von 06.30 bis 10.00 Uhr geplant sind.

In denjenigen Einrichtungen, in denen die Pflege im Sinne der Funktionspflege organisiert ist, kann aus pflegefachlicher Sicht nur unter bestimmten Voraussetzungen auf Einzelnachweise verzichtet werden. Eine Alternative ist z.B. die Bildung von Maßnahmenkomplexen. Die durchführende Pflegeperson bestätigt die Leistungserbringung pro Maßnahmenkomplex mit ihrem Handzeichen

(z.B. die Unterstützung während der Morgentoilette). Voraussetzung für einen Verzicht auf Einzelnachweise ist eine aussagekräftige Pflegeplanung, aus der alle durchzuführenden Maßnahmen konkret ableitbar sind. Werden Leistungen erbracht, die nicht geplant sind, werden diese im Pflegebericht dokumentiert und bei dauerhaften oder gravierenden Veränderungen wird die Pflegeplanung/Tagesstruktur überarbeitet.

2.2.4 Beurteilen der Wirkung der Pflege

■ Pflegebericht

Der Pflegebericht dient der Darstellung des Verlaufs von Pflege und Betreuung. In ihm werden keine Leistungen als erbracht dokumentiert, sondern es werden pflegerrelevante Informationen festgehalten.

Im Pflegebericht festzuhaltende Informationen sind

- wichtige Geschehnisse, Beobachtungen, Informationen, positive und negative pflegerrelevante Erlebnisse des Bewohners/der Bewohnerin
- aktuelle Probleme und Veränderungen, ungeplante Ereignisse
- Reaktionen auf pflegerische, medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen
- Abweichungen von den geplanten Maßnahmen mit einer Begründung
- Ursachen bzw. Begründungen für die Veränderung der Ziel-/Maßnahmenplanung
- situationsgerechtes Handeln der Pflegepersonen bei akuten und immer wiederkehrenden gleichen Ereignissen (z.B. Stürze, Diarrhö oder Erbrechen)
- Gesprächsnotizen (Angehörige, Betreuer/-innen, Ärzte/Ärztinnen etc.).

Bei der Dokumentation im Pflegebericht ist darauf zu achten, dass Sprache die Haltung der Pflegeperson deutlich macht. Dies bedeutet, dass der Sachverhalt ohne Wertung wiederzugeben ist.

Falsch: Frau Meier goss ihren Tee über ihr Kleid und musste umgezogen werden.

Richtig: Frau Meier goss ihren Tee über ihr Kleid und erhielt Unterstützung beim Kleidungswechsel.

Weiter ist jeder Sachverhalt präzise, verständlich und nachvollziehbar zu schildern.

Falsch: Herr Beier ist gefallen.

Richtig: Herr Beier ist gefallen, als er sich selbständig von der Toilette in den Rollstuhl umsetzen wollte. Keine sichtbaren Verletzungen. Herr Beier äußert keine Schmerzen.

Gründe für Veränderungen oder Probleme sind anzugeben.

Falsch: Frau König verweigert die Einnahme von Bifiteral.

Richtig: Frau König verweigert die Einnahme von Bifiteral. Sie sagt, sie könne den Geschmack nicht ertragen und verspüre Brechreiz

nach jeder Einnahme. Vereinbarung: Arzt um die Verordnung eines Alternativprodukts bitten.

Der Pflegebericht dient der Evaluation der geplanten Pflege. In ihm werden alle Abweichungen von der geplanten Pflege dokumentiert und die Pflegeplanung wird entsprechend modifiziert. Wenn beispielsweise der/die Bewohner/-in an drei aufeinander folgenden Tagen im Bett statt wie geplant am Waschbecken pflegerische Leistungen erhält, sind die Ursachen zu ermitteln und die Pflegeplanung/Tagesstruktur ist ggf. anzupassen. Grundsätzlich gilt, dass die Leitungsverantwortlichen diejenigen Situationen benennen, in denen eine Anpassung umgehend erfolgen muss bzw. in denen die Abweichung weiter beobachtet werden soll.

2.3 Zusatzelemente

Die bislang genannten Elemente stellen die Basisdokumentation dar. Grundsätzlich können alle für die Pflege und Betreuung erforderlichen Informationen in der Basisdokumentation festgehalten werden. Der besseren Übersicht wegen wird die Pflegedokumentation häufig um weitere Elemente ergänzt, denen entsprechende Informationen zugeordnet werden. Die Folge ist, dass relevante Informationen zwar übersichtlicher dokumentiert werden, dafür aber an unterschiedlichen Stellen vorliegen und von den Pflegenden gedanklich zusammenzufügen sind. Dies setzt voraus, dass den Pflegenden bekannt ist, wie die einzelnen Elemente miteinander verknüpft sind. Vor der Erweiterung der Pflegedokumentation ist der/die Leitungsverantwortliche unbedingt gehalten, sich über das Ziel und den erhofften Nutzen Klarheit zu verschaffen. Oft bewirkt der Einsatz zusätzlicher Elemente keine Qualitätsverbesserung; es muss die Verbesserung der Dokumentation im bereits Vorhandenen erreicht werden.

Die eingesetzten Zusatzelemente können wie die Basiselemente den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses zugeordnet werden.

2.3.1 Sammeln von Informationen

■ Assessmentbögen

Alle Assessmentbögen zur Risikoerfassung dienen der Informationssammlung und werden sowohl bei Neueinzug als auch bei der Evaluation bereits erstellter Pflegeplanungen eingesetzt. Sie dienen der Erfassung des

- Dekubitusrisikos
 - Sturzrisikos
 - Ernährungsstatus
 - Risikos einer Mangelernährung
 - Risikos einer Dehydratation
 - Schmerzes
 - Risikos von Kontrakturen
 - Pflegebedarfs
 - Unterschieds zwischen einer Depression und einer Demenz
- etc.

2.3.2 Erkennen von Problemen und Ressourcen • Festlegen der Pflegeziele • Planen der Pflegemaßnahmen

Die geplanten Maßnahmen werden in der Pflegeplanung hinterlegt; die Pflegeplanung wird nicht mehr um weitere Einlegeblätter ergänzt.

2.3.3 Durchführen der Pflege

Zur Dokumentation erbrachter Leistungen werden weitere grundsätzlich sinnvolle Elemente genutzt. Dazu gehören:

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Ein Lagerungsprotokoll dient dem Nachweis der Durchführung der in der Pflegeplanung geplanten Lagerungen und weist in der Regel neben dem eingesetzten Lagerungsmaterial die geplante Lagerungshäufigkeit und die Lagerungsart aus. Jede Lagerung wird mit dem Handzeichen der durchführenden Pflegeperson dokumentiert. Das Datum und die Uhrzeit der Lagerung werden ausgewiesen.

Ein Bewegungsnachweis wird geführt, wenn ein Positionswechsel erfolgt, der nicht zwangsläufig eine Lagerung sein muss. Ziel ist ein Druckausgleich und ein solcher kann bereits durch die Bewegung des Bewohners/der Bewohnerin im Zusammenhang mit dem Wechsel von Inkontinenzmaterial erreicht werden. Es werden Maßnahmen zur Förderung der Bewegung und pflegerische Tätigkeiten, die eine Druckentlastung zur Folge haben (auch Toilettenbesuch, Transfer vom Bett in den Rollstuhl oder umgekehrt etc.) in die Dekubitusprophylaxe einbezogen.

■ Trinkprotokoll • Trinkplan

Ein Trinkprotokoll wird zur Dokumentation der vom Bewohner/von der Bewohnerin aufgenommenen Flüssigkeitsmenge geführt. Dabei werden Art und Menge der Flüssigkeit, der Vergabezeitpunkt und das Handzeichen der vergebenden Pflegeperson hinterlegt. Die Gesamttrinkmenge in 24 Stunden wird berechnet und ausgewertet.

Im Unterschied zum Trinkprotokoll wird bei einem Trinkplan die Trinkmenge nicht dokumentiert. Bei einem Trinkplan ist in der Pflegeplanung hinterlegt, welche Flüssigkeit und welche Menge der/die Bewohner/-in zu vorgegebenen Zeiten erhält. Abweichungen von der Planung werden im Pflegebericht festgehalten und je nach Ausmaß der Abweichung kann das Führen eines Trinkprotokolls erforderlich werden.

■ Ernährungsprotokoll • Ernährungsplan

Das Ernährungsprotokoll dient der Dokumentation der vom Bewohner/von der Bewohnerin aufgenommenen Nahrungsmenge und -art. Das Handzeichen der Pflegeperson und der Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme werden ausgewiesen.

Analog zum Trinkplan kann auch ein Ernährungsplan in der Pflegeplanung hinterlegt werden, der ausweist, zu welchen Zeiten der/die Bewohner/-in Nahrung, auch Aufbau- und Zusatznahrung, erhalten soll. Bei der Ernährung mittels Ernährungssonde kann die Vergabe von Sondennahrung und Flüssigkeit über einen Ernährungsplan gesteuert werden und die Dokumentation der Vergabe wird im allgemeinen Leistungsnachweis bestätigt.

■ **Bilanzierungsprotokoll**

Dieses Element wird eingesetzt, wenn es aus medizinischen Gründen erforderlich ist, die vom Bewohner/von der Bewohnerin aufgenommene und ausgeschiedene Flüssigkeitsmenge zu bilanzieren. Der Einsatz kann von den Pflegefachkräften initiiert werden und erfolgt dann auf ärztliche Verordnung hin.

■ **Miktionsprotokoll**

Dieses Element wird eingesetzt, wenn ein Ausscheidungsmuster des Bewohners/der Bewohnerin ermittelt werden soll, um ihm/ihr zumindest tagsüber seine/ihre Kontinenz zu erhalten. Dieses Element wird in der Regel nur kurzfristig eingesetzt, wobei dies wiederholt erfolgen kann, wenn beispielsweise das Ausscheidungsmuster neu ermittelt werden soll.

■ **Schmerzprotokoll**

Dieses Element wird eingesetzt, wenn im Rahmen einer Schmerzbehandlung eine initiale Schmerzanamnese erhoben wird und eine kontinuierliche Erfassung des Schmerzes erfolgt. Anhand eines Schmerzprotokolls kann die Schmerztherapie überwacht werden. Eine Alternative kann ein Schmerztagbuch sein, welches der/die Bewohner/-in jedoch meist selbst, u.U. unterstützt durch die Pflegefachkräfte, führt und welches nicht immer Bestandteil der Pflegedokumentation ist.

■ **Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen**

Dieses Element dient der Dokumentation durchgeführter freiheitseinschränkender Maßnahmen.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Für die Dokumentation erhobener Vitalwerte wird dieses Element eingesetzt. Bei einer manuellen Dokumentation sind alle Werte übersichtlich nebeneinander angeordnet, bei einer EDV-gestützten Dokumentation werden die Werte in die entsprechenden Wertebereiche eingetragen und können sowohl in einer Übersicht als auch einzeln aufgerufen werden.

■ **Leistungsnachweis Sozialer Dienst**

Die Mitarbeiter/-innen des Sozialen Dienstes sind sowohl bei der Erstellung einer Pflegeplanung beteiligt als auch beim Führen der Pflegedokumentation.

Sie weisen ihre Leistungen in einem separaten Leistungsnachweis nach, der der Pflegedokumentation beigelegt ist.

Es muss pro Bewohner/-in entschieden werden, ob der Einsatz weiterer Elemente notwendig oder ob die Dokumentation der Informationen an einer anderen Stelle möglich ist (z.B. im Pflegebericht).

2.3.4 Beurteilen der Wirkung der Pflege

Zur Beurteilung der Wirkung der Pflege werden alle Elemente ausgewertet. Dazu zählen neben den Protokollen und den Vordrucken zur Kommunikation mit Ärzten/Ärztinnen und Therapeut(en)/-innen die Verlaufsberichte. Zu diesen Verlaufsberichten können zählen

- die **Wunddokumentation**, auf der Informationen zu bestehenden Wunden von der Entstehung bis zur Heilung festgehalten werden. Die Wunddokumentation wird bei allen Wunden, für deren Behandlung eine ärztliche Verordnung vorliegt, geführt. Sobald dieses Element benutzt wird, werden alle die Wunde betreffenden Informationen ausschließlich in der Wunddokumentation festgehalten.
- der **Bericht des Sozialen Dienstes**. Die Mitarbeiter/-innen des Sozialen Dienstes weisen nicht nur die Teilnahme der Bewohner/-innen an Angeboten oder die Durchführung von Einzelbetreuung nach, sondern sie beschreiben und dokumentieren auch das Verhalten der Bewohner/-innen und weitere Besonderheiten. Anhand dieser Berichte kann nachvollzogen werden, ob die Angebote den Bedürfnissen des Bewohners/der Bewohnerin entsprechen und wie der/die Bewohner/-in sich während der Teilnahme an Angeboten oder während einer Einzelbetreuung verhält, wie er/sie auf das Angebot reagiert. Damit wird auch die Basis für eine Evaluation geschaffen.
- der **Bericht von externen Therapeut(en)/-innen**. Die Beteiligung von externen Therapeut(en)/-innen am Führen der Pflegedokumentation unterstützt die Argumentation gegenüber den behandelnden Ärzten/Ärztinnen oder Kostenträgern/Kostenträgerinnen, wenn diese z. B. die aus Sicht der Pflegefachkräfte erforderliche Weiterbehandlung durch eine/n Therapeut(en)/-in ablehnen. Gleichzeitig wird der Verlauf z. B. hinsichtlich der Entwicklung von Kontrakturen deutlich.

etc.

Das Instrument der Pflegevisite dient in einem besonderen Maße der Beurteilung der Wirkung der Pflege. Pflegevisiten werden regelmäßig in einem von den Leitungsverantwortlichen festgelegten und begründeten Intervall durchgeführt; die Vorgehensweise wird im Pflegevisitenkonzept der Einrichtung beschrieben.

Die einzelnen Zusatzelemente werden bei den Dokumentationsempfehlungen für bestimmte Pflegesituationen beschrieben, da ihr Einsatz nur im Zusammenhang mit diesen Situationen diskutiert wird.

2.4 Vorschläge für die Praxis

Im Bezug auf die Entscheidung für ein angemessenes Pflegedokumentationssystem, für Basis- und vor allem für Zusatzelemente werden die folgenden Empfehlungen ausgesprochen:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Mehr als die genannten Basiselemente einführen
- Für jede neu zu dokumentierende Information ein Zusatzelement einführen
- Die Pflegeanamnese ständig anpassen
- Die Pflegeplanung auf einige wenige Lebensbereiche begrenzen
- Die Probleme in Unterprobleme untergliedern
- Pflegeplanungen ohne vorherige Überprüfung freigeben
- Vorgaben zur Anwendung von Zusatzelementen pauschal festlegen
- Pauschale Evaluationszeitpunkte festlegen

■ Das sollten Sie bedenken

- Die Leitungsverantwortlichen sind frei in der Wahl des Pflegedokumentationssystems (manuell, EDV-gestützt, Mischsystem), der Zusammensetzung der Pflegedokumentation (Basis- und Zusatzelemente) und des Pflegemodells. Voraussetzung ist, dass die Wahl begründet werden kann, und dass die Pflegedokumentation fachgerecht und nachvollziehbar geführt wird.
- Die Entscheidung für En-bloc-Leistungsnachweise erfordert ein Bezugspflegesystem und eine qualitativ hochwertige Pflegeplanung.
- Zum Führen der Pflegedokumentation bedarf es einer von den Leitungsverantwortlichen verabschiedeten Handlungsanweisung zu den Basiselementen und zum Führen dieser Elemente, zu Art und Umfang von Zusatzelementen und zum Führen dieser Elemente und zur Vorgehensweise bei der Pflegeplanerstellung.
- Für die Sammlung von und den Umgang mit biographischen Daten ist ein konkret beschriebenes Vorgehen sinnvoll.
- Um sicherzustellen, dass die Pflegedokumentation wie von den Leitungsverantwortlichen vorgegeben geführt wird, sind regelmäßige Kontrollen unerlässlich.

Kapitel 3: Spezielle Regeln zum Führen der Pflegedokumentation

In diesem Kapitel wird die Dokumentation ausgewählter, in Altenpflegeheimen alltäglicher Pflegesituationen dargestellt. In jedem Teilkapitel werden den auf die Pflegedokumentation bezogenen Aussagen eine Kurzbeschreibung und Hintergrundinformationen vorangestellt; so werden die pflegerische Aufgabenstellung und die daraus resultierenden Anforderungen an die Pflegedokumentation im Zusammenhang beschrieben. Sie ersetzen keinesfalls die eingehende pflegfachliche Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema. Die Gegenüberstellung von gegenwärtig vielerorts üblicher und hier empfohlener Vorgehensweise beim Dokumentieren soll der Pflegeleitung helfen, die Pflegedokumentation im eigenen Verantwortungsbereich in Bezug auf Umfang und Gehalt einzuschätzen und ihr Anregungen zur Weiterentwicklung vermitteln.

Kapitel 3.1: Dekubitus		Seite
3.3.1	Kurzbeschreibung	28
3.1.2	Hintergrundinformationen	28
3.1.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	28
3.1.3.1	Risikoeinschätzung	29
3.1.3.2	Zusatzelemente	29
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	30
	■ Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll	30
	■ Vitalwerteprotokoll	31
	■ Wunddokumentation	31
	■ Nachweis der Kontrolle der Einstellung der Antidekubitusmatratze	31
3.1.4	Empfehlungen	32
3.1.4.1	Risikoeinschätzung	32
3.1.4.2	Zusatzelemente	33
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	33
	■ Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll	34
	■ Vitalwerteprotokoll	35
	■ Wunddokumentation	35
	■ Nachweis der Kontrolle der Einstellung der Antidekubitusmatratze	36
	■ Sonstiges	36
3.1.5	Vorschläge für die Praxis	36
	■ Das sollten Sie vermeiden	36
	■ Das sollten Sie tun	37
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	37

3.1 Dekubitus

3.1.1 Kurzbeschreibung

Ein Dekubitus ist eine Hautveränderung, die entsteht, wenn das Gewebe dauerhaft mit Sauerstoff unter- oder nicht versorgt ist. Dies trifft z.B. zu, wenn bestimmte Körperpartien über einen längeren Zeitraum permanentem Druck ausgesetzt sind. Es kommt zum Absterben von Gewebe und in der Folge zu starken Schmerzen und Nekrosen, die je nach Entwicklungsstadium lebensbedrohlich für die Betroffenen sein können. Das Absterben von Gewebe kann auch durch Reibungs- und/oder Scherkräfte ausgelöst werden. Es gilt also, Dekubitalulcera zu verhindern und hierzu ist eine Dekubitusprophylaxe auf dem aktuellen Stand pflegefachlicher Erkenntnisse erforderlich.

3.1.2 Hintergrundinformationen

Der Umgang mit einer Dekubitusgefahr ist spätestens seit Einführung des nationalen Standards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, der Grundsatzstellungnahme „Dekubitus“ des MDS und den Veröffentlichungen des KDA in das Bewusstsein der Pflegenden gerückt. Das Thema wird nicht zuletzt von Betroffenen und ihren Angehörigen in der Öffentlichkeit diskutiert. Die Rechtsprechung wird zunehmend differenzierter und Regressforderungen nehmen zu. Inzwischen ist die Ansicht, es handele sich beim Auftreten eines Dekubitus um einen Pflegefehler weit verbreitet, wobei die Entstehung in seltenen Einzelfällen nicht vermieden werden kann. Hinzu kommt der wirtschaftliche Aspekt. Noch zeichnet sich keine veränderte Finanzierung der Behandlungspflege ab. Diese wird bei Bedarf erbracht - auch wenn der Verursacher beispielsweise ein Krankenhaus ist - ohne sich in den Heimentgelten niederzuschlagen.

3.1.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Das Dekubitusrisiko wurde bis Mitte der 90er Jahre in der Regel auf der Basis von Wissen und Erfahrung der Pflegefachkraft eingeschätzt. Mit der Veröffentlichung der MDK-Prüfanleitung zur Durchführung von Prüfungen nach § 80 SGB XI werden zunehmend Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos eingesetzt. Zunächst fand die Norton-Skala bzw. die modifizierte Norton-Skala Anwendung; seit einigen Jahren setzt sich die Braden-Skala stärker durch. Die Skalen werden hier nicht hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität beurteilt, es wird aber darauf hingewiesen, dass der Einsatz der genannten Skalen die Sensibilisierung der Pflegenden in stationären Altenhilfeeinrichtungen stark gefördert hat. Ergebnisse von MDK-Prüfungen und weiteren Untersuchungen belegen, dass die Anzahl der in Altenpflegeeinrichtungen entstandenen Dekubitalulcera mit einem hohen Schweregrad rückläufig sind. (Bundesweite Erhebung zur Dekubitusprävention, Studie mit 47 Krankenhäusern und 45 Pflegeheimen (2003), durchgeführt vom Institut für Pflegewissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin.) Begründet wird dies mit einem bewussten Umgang mit der Dekubitusgefahr seit Einführung der Skala zur Risikoerfassung sowie dem Einsatz geeigneter prophylaktischer und/oder therapeutischer Maßnahmen. Intensive inner- und überbetriebliche Schulungen zur Dekubitusprophylaxe, eine Verbesserung der Dokumenta-

tion und das Führen inner- und überbetrieblicher Statistiken und/oder regionale Erhebungen zur Anzahl bestehender Dekubitalulcera sind ebenfalls für die positive Entwicklung mitverantwortlich.

3.1.3.1 Risikoeinschätzung

Die Norton- bzw. die Braden-Skala finden zunehmend Anwendung in den Heimen und werden teilweise vom Zusatz- zum Basiselement umgewandelt. Dabei wird die Skala bei allen Bewohner(n)/-innen eingesetzt und vielfach erfolgt die Überarbeitung in seitens der Einrichtung festgelegten Intervallen ohne individuell begründbare Notwendigkeit. Obwohl es keinen direkten Zusammenhang gibt zwischen der Pflegestufe und der Dekubitusgefahr, wird die Überarbeitung an den Pflegestufen orientiert festgemacht. Dies führt dazu, dass eine Überarbeitung nicht bei Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bewohner/-innen erfolgt, sondern bei Erreichen des Kontrollzeitpunktes. Dies kann sowohl zu früh als auch zu spät sein.

3.1.3.2 Zusatzelemente

Weist der anhand der Risikoskala ermittelte Wert auf ein Dekubitusrisiko hin, werden der Pflegedokumentation weitere Zusatzelemente beigefügt. Bei diesen ergänzenden Elementen handelt es sich um das

- Lagerungsprotokoll/den Bewegungsnachweis
- Ernährungsprotokoll
- Trinkprotokoll
- Bilanzierungsprotokoll
- Vitalwerteprotokoll.

Elemente, die bei einem bestehenden Dekubitus der Pflegedokumentation beigefügt werden, sind die

- Wunddokumentation
- Nachweise der Einstellungskontrolle von Antidekubitusmatratzen. Dabei handelt es sich meist um Eigenentwicklungen.

Für nahezu alle Zusatzelemente gilt, dass sie bisher eher schematisch bei allen betroffenen Bewohner(n)/-innen geführt werden und nicht aufgrund einer Einzelfallentscheidung. Leitungsverantwortliche, die solche Anordnungen treffen, zweifeln häufig an den Fachkenntnissen der Pflegefachkräfte. Sie trauen ihnen nicht zu, richtige Überarbeitungsentscheidungen zu treffen. Mit dem unreflektierten Einsatz von Zusatzelementen und pauschalen Vorgaben zu Überarbeitungsintervallen wird jedoch nicht die erhoffte Sicherheit, sondern allenfalls eine Scheinsicherheit erreicht. Werden Zusatzelemente eingeführt, ist sicherzustellen, dass sie fachgerecht geführt werden und dass die gewonnenen Informationen im pflegerischen Alltag Berücksichtigung finden. Werden Überarbeitungsintervalle pauschal vorgegeben, kann dies dazu führen, dass die Pflegefachkräfte entweder zu früh oder zu spät tätig werden.

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Die Druckentlastung bei dekubitusgefährdeten Bewohner(n)/-innen erfolgt durch einen regelmäßigen Lagerungswechsel. Unabhängig davon, ob zur Dekubitusprophylaxe eine Spezialmatratze eingesetzt wird, werden Lagerungswechsel im Intervall von zwei Stunden geplant. Dabei wird von einer generellen Vorgabe ausgegangen und nicht von der individuellen Situation der Betroffenen. Damit wird verhindert, dass sich die Pflegefachkräfte an den Bedürfnissen der Bewohner/-innen orientieren. Hinzu kommt, dass sich die Planung häufig nur auf die Zeit, in der die Betroffenen nicht mobilisiert sind, bezieht. Für die Zeiten, die ein/e Bewohner/-in außerhalb des Bettes verbringt, werden keine Lagerungen oder Veränderungen der Sitzposition geplant. Eine Anpassung der Lagerungsintervalle erfolgt vielfach erst, wenn bereits ein Dekubitus Grad I vorliegt. Die Reaktion erfolgt in diesen Fällen zu spät, da die Entstehung eines Dekubitus Grad I belegt, dass die geplanten Maßnahmen zur Zielerreichung nicht geeignet waren. Mit der Dekubitusgefahr wird somit nicht sachgerecht umgegangen. Mitunter werden aber auch Hautveränderungen nicht fachgerecht beurteilt und es werden z.B. allergische Hautreaktionen oder Mykosen als Dekubitus eingeschätzt. Der Fingertest zur Identifizierung eines Dekubitus Grad I wird noch nicht von allen Pflegefachkräften sicher beherrscht.

Anstelle der konkreten Planung durchzuführender Lagerungen wird auch teilweise die Variante gewählt, Lagerungswechsel nur dann zu dokumentieren, wenn sie durchgeführt wurden. Dies ist häufig der Fall, wenn Bewohner/-innen die Lagerung verweigern. Nicht immer wird diese Vorgehensweise in der Pflegeplanung begründet; dies kann anzeigen, dass mit der Dekubitusgefahr nicht sachgerecht umgegangen wird.

■ Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll

Bislang wird dem regelmäßigen Druckausgleich zur Dekubitusprophylaxe Vorrang vor anderen Maßnahmen eingeräumt. Der Einfluss von Essen und Trinken auf die Entstehung eines Dekubitus wird meist nur unzureichend berücksichtigt. Dabei geht die Meinung der Ernährungsexpert(en)/-innen zunehmend dahin, dass eine ausgewogene Ernährung und eine dem Bedarf angepasste Flüssigkeitsaufnahme äußerst effektive prophylaktische Maßnahmen darstellen. Zunehmend werden in den letzten Jahren Ernährungs- und Trinkprotokolle geführt sobald Anzeichen für eine Fehl- und/oder Mangelernährung oder ein Flüssigkeitsdefizit erkennbar sind. Die Ernährungsprotokolle sind unterschiedlich aufgebaut und ihre Aussagekraft ist immer dann gering, wenn lediglich die aufgenommene Menge, nicht jedoch die Art und die Zusammensetzung der Nahrung dokumentiert wird. Bei den Trinkprotokollen hängt die Aussagekraft der festgehaltenen Informationen zudem davon ab, ob die Gesamttrinkmenge berechnet wurde. Unklar ist oft, wer die Ergebnisse evaluiert und ggf. Anpassungen der Maßnahmen initiiert. Wenn die erhobenen Informationen das Handeln im pflegerischen Alltag nicht beeinflussen, sind sie nutzlos.

■ Vitalwerteprotokoll

Die Vitalwerte (Blutdruck, Puls, Gewicht, Temperatur, Blutzucker, Atmung) haben maßgeblich Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus und auf die Wundheilung. Die Häufigkeit der Kontrollen richtet sich jedoch oft nach einer Vorgabe der Leitungsverantwortlichen und nicht nach den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen. Den Pflegefachkräften ist in der Regel der Zusammenhang von Vitalwerten und Dekubitusgefahr bekannt; nicht immer werden jedoch die ermittelten und dokumentierten Werte beurteilt und adäquate Maßnahmen abgeleitet.

■ Wunddokumentation

Bei Bewohner(n)/-innen, bei denen eine Hautschädigung vorliegt, wird eine Wunddokumentation geführt. Hierbei werden sowohl die ärztliche Therapieverordnung als auch der Wundverlauf festgehalten. Grundsätzlich kann der Wundverlauf von der Entstehung bis zum Abklingen der Wunde im Pflegebericht beschrieben werden und die Therapie im Zusammenhang mit der ärztlichen Verordnung. Das Zusatzelement wird von den Pflegefachkräften mit dem Ziel der besseren Übersicht eingesetzt. Sind mehrere Wunden zu berücksichtigen, geschieht dies entweder in einem einzigen Formular bzw. der Entsprechung in der EDV oder es wird pro Wunde ein separates Einlegeblatt geführt. Nicht immer liegen in den Altenpflegeheimen konkrete Vorgaben darüber vor, in welchen Situationen und bei welchen Wunden eine Wunddokumentation zu führen ist.

Seit einiger Zeit wird das Führen einer Wunddokumentation zunehmend von externen Wundtherapeut(en)/-innen übernommen. Einerseits dient dies der rechtlichen Absicherung, der Information über neue Verbandstechniken und der Unterstützung bei der Diskussion mit Ärzten/Ärztinnen über eine angemessene Therapie. Andererseits besteht die Gefahr, dass Pflegefachkräfte sich aus der Pflicht genommen sehen mit der Folge des Verlustes von Fachwissen und des Ignorierens von Verantwortung.

■ Nachweis der Kontrolle der Einstellung der Antidekubitusmatratze

Dekubitusgefährdete Bewohner/-innen und solche, bei denen bereits ein Hautdefekt besteht, werden zur Prophylaxe häufig auf Spezialmatratzen gebettet. Ziel ist die Reduzierung des Drucks auf das Gewebe. Der Druck der Matratze wird an das Gewicht des Bewohners/der Bewohnerin angepasst. Die Kontrolle der Druckeinstellung wird regelmäßig von den Pflegenden kontrolliert und dokumentiert (Leistungsnachweis oder Eigenentwicklung), um eine Gefährdung durch eine unangemessene Einstellung zu verhindern. Dennoch entspricht die Einstellung in den wenigsten Fällen dem Gewicht der Bewohner/-innen, ist entweder zu hoch oder zu niedrig und es wird leicht zur Gefahr, was als Prophylaxe gedacht war.

3.1.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer Dekubitusgefahr und/oder einem bestehenden Dekubitus ausgesprochen.

3.1.4.1 Risikoeinschätzung

Bei Einzug eines/einer neuen Bewohner(s)/-in wird das Dekubitusrisiko anhand einer Skala eingeschätzt sobald Kriterien beobachtet werden, die auf eine Gefährdung hinweisen. Es ist den Leitungsverantwortlichen überlassen, welche Skala sie einsetzen. Der Einsatz der Skala als Basiselement wird nicht empfohlen, weil pflegerisches Fachwissen nicht mehr abgerufen und so der Professionalisierung der Pflege entgegen gewirkt wird. Jeder Pflegefachkraft müssen die Faktoren bekannt sein, die die Entstehung eines Dekubitus begünstigen. Solche Faktoren können sich auf Bewegungseinschränkungen beziehen, auf motorische Unruhe mit der Gefahr der Entstehung von Scherkräften, auf eine einseitige Ernährung etc. Je nach Wert und damit Risiko wird individuell festgelegt in welcher Häufigkeit die Skala erneut bearbeitet wird. Grundsätzlich gilt, dass bei allen Bewohner(n)/-innen, bei denen ein Risiko ermittelt wurde, die Überarbeitung der Skala dann erfolgt, wenn die Pflegeplanung evaluiert wird. Voraussetzungen für individuelle Überarbeitungsintervalle sind, dass prophylaktische Maßnahmen geplant wurden, mit denen das Ziel der Dekubitusvermeidung erreicht wird. Unabhängig von der Überarbeitung der Skala im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung können bei den Betroffenen Situationen eintreten, die eine unverzügliche Überarbeitung erfordern. Solche Situationen liegen vor, wenn es zu Anpassungen/Veränderungen in Lebensbereichen kommt, die Auswirkungen auf das Dekubitusrisiko haben. Die Leitungsverantwortlichen benennen diejenigen Situationen, in denen die Risikoerfassung umgehend erfolgen muss. Solche Veränderungen können betreffen

- die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Menge und Art)
- die vitalen Funktionen (Atmung, Veränderungen der Körpertemperatur, Blutdruckschwankungen, Gewicht)
- die Ausscheidung (Inkontinenz, Ablehnung pflegerischer Maßnahmen)
- die Mobilität (zunehmende Immobilität, aber auch Unruhe wie permanentes Rutschen auf einem Stuhl)
- die Bewusstseinslage (depressive Verstimmungen, Somnolenz bis hin zu komatösen Zuständen)
- Schmerzen
- den Dekubitus Grad I. Die Hautrötung lässt sich nicht wegdrücken und der Fingertest belegt einen Dekubitus Grad I.

Durch die Leitungsverantwortlichen wird sichergestellt, dass alle Pflegefachkräfte die Anwendung des Fingertests beherrschen.

Werden in der Einrichtung Pflegevisiten durchgeführt, wird die Skala von der durchführenden Pflegefachkraft bei jeder Pflegevisite neu angewandt und mit der bestehenden Einschätzung verglichen.

3.1.4.2 Zusatzelemente

Im Zusammenhang mit der Dekubitusprophylaxe und/oder bei einem bestehenden Dekubitus wird durch den Einsatz einer Skala zur Dekubitusrisikoerfassung die bearbeitende Pflegefachkraft auf möglicherweise bestehende Probleme hingewiesen und zum Handeln aufgefordert. Nimmt der/die Bewohner/-in z.B. weniger als drei Eiweißmahlzeiten pro Tag zu sich (Kriterium der Skala), ist die Pflegefachkraft gehalten, dieses Problem aufzugreifen und je nach Organisation in der Einrichtung direkt Kontakt zur Hauswirtschaftsleitung/Küchenleitung aufzunehmen oder das Ernährungsteam, sofern vorhanden, einzuschalten. Ihr Handeln ist auch gefragt bei Einschränkungen im Bereich der Bewegung, der Orientierung und der Bewusstseinslage.

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Das Lagerungsprotokoll wird geführt, wenn der/die Bewohner/-in in den in der Pflegeplanung individuell festgelegten zeitlichen Abständen gelagert wird. Die in der Vergangenheit häufig festgelegten Lagerungsintervalle von zwei Stunden werden überdacht und die Abstände an die individuellen Bedürfnisse der Bewohner/-innen angepasst mit dem Ziel, einen Hautdefekt zu vermeiden. Tritt er dennoch auf, weil die geplanten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht ausreichen, wird die Pflegeplanung umgehend an die neue Situation angepasst und die Lagerungsintervalle werden entsprechend modifiziert. Bei der Festlegung von Lagerungszeiten werden weitere pflegerische Maßnahmen berücksichtigt. Wird dem/der Bewohner/-in beispielsweise in regelmäßigen Abständen ein Toilettenbesuch ermöglicht oder wird das Inkontinenzmaterial gewechselt, wird für diesen Zeitpunkt keine Lagerung geplant, da während der Durchführung dieser Maßnahmen eine Druckentlastung stattfindet. Dies ist in der Pflegeplanung hinterlegt. Geplant wird für 24 Stunden und es werden sowohl die Zeiten berücksichtigt, die der/die Bewohner/-in im Bett als auch solche, die er /sie außerhalb (z.B. im Rollstuhl) verbringt. Der Druck auf das Gesäß ist in sitzender Position ungleich größer als in einer liegenden. Bei einem sitzenden Menschen verteilen sich 75% des Körpergewichts auf 8% der Körperoberfläche.

Alternativ zum Lagerungsprotokoll kann ein Bewegungsnachweis geführt werden, wenn zwar ein Lagerungswechsel erfolgt, die Intervalle jedoch nicht geplant sind. Anhand der Pflegeplanung muss erkennbar sein, dass der/die Bewohner/-in zur Durchführung von Eigen- und/oder Mikrobewegungen fähig ist und unterstützende Maßnahmen seitens der Pflegepersonen nur bedingt erforderlich sind. Ziel ist es, nur bei denjenigen Bewohner(n)/-innen ein Lagerungsprotokoll zu führen, bei denen dies angezeigt ist und nicht bei allen, die laut Dekubitusrisikoskala gefährdet sind. Mitunter bedarf der/die Bewohner/-in nur einer Lagerung während der Nachtruhe, wenn die Gewebedurchblutung aufgrund absinkender Herzleistung nicht mehr der des Tages entspricht. Grundsätzlich kann auf das Führen von Bewegungsnachweisen verzichtet werden, wenn anhand der Pflegeplanung erkennbar ist, zu welchen Zeiten Lagerungen durchzuführen sind. Abwei-

chungen werden im Pflegebericht dokumentiert. Der Hautzustand wird bei jeder Veränderung und zusammenfassend beim Wechsel der für die Durchführung von Pflegeleistungen verantwortlichen Person (Bezugspflegekraft) beschrieben. In Einrichtungen, in denen die Pflege weitgehend im Sinne der Funktionspflege durchgeführt wird, kann auf das Führen des Lagerungs- bzw. des Bewegungsnachweises nicht verzichtet werden.

■ **Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll**

Diese Protokolle werden geführt, wenn aufgrund der Ernährung die Dekubitusgefahr verstärkt oder das Abheilen eines Dekubitus verzögert wird und im Bereich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme Gegenmaßnahmen ergriffen werden. In Kapitel 3.2, in dem die Anforderungen an die Pflegedokumentation bei einer Einschränkung beim Essen und Trinken beschrieben werden, wird näher auf die genannten Zusatzelemente eingegangen. Hier wird lediglich darauf hingewiesen, dass das Führen von Ernährungs- und Trinkprotokollen eine Einzelfallentscheidung ist und nicht generell bei allen gefährdeten Bewohner(n)/-innen erfolgt.

Der Bedarf an Kalorienmenge und Flüssigkeit wird individuell ermittelt und mit dem Arzt/der Ärztin festgelegt. Das pauschale Getränkeangebot von z.B. 1500 bis 2000 ml bei allen Bewohner(n)/-innen kann durchaus zu einer Gefährdung Einzelner führen. Tritt z.B. Wasser im Bereich des Gesäßes in das Gewebe ein, stellt dies möglicherweise einen weiteren Risikofaktor für die Entstehung eines Dekubitus dar.

Je nach Bewohnersituation wird die aufgenommene Menge über einen Ernährungs- und/oder Trinkplan gesteuert, auf dem der Zeitpunkt, zu dem Nahrung und Getränke angeboten werden, ausgewiesen ist. Abweichungen von dieser Planung werden im Pflegebericht festgehalten. Bei anderen Bewohner(n)/-innen ist es unerlässlich, dass die Ess- und Trinkmenge täglich dokumentiert wird. U. U. reicht es aus, wenn die genannten Protokolle an drei Tagen pro Monat geführt werden. Wenn an den Wochenenden eine andere Besetzung als an den Werktagen besteht, z.B. bezogen auf die Anzahl der Pflegepersonen oder auf deren Qualifikation und Beschäftigungsumfang, wird ein Wochenendtag einbezogen. Die Entscheidung hinsichtlich der Dokumentationshäufigkeit hängt vom/von der einzelnen Bewohner/-in, von der Qualität der Pflegeplanung und vom Pflegesystem ab.

Eine Bilanzierung von aufgenommener und ausgeschiedener Flüssigkeit erfolgt nur auf ärztliche Anordnung, wobei die pflegerische Aufgabe darin besteht, eine mögliche Gefährdung des Bewohners/der Bewohnerin zu erkennen und den Arzt/die Ärztin zu benachrichtigen.

■ Vitalwerteprotokoll

Je nach Diagnose werden die Vitalwerte der Bewohner/-innen regelmäßig erhoben. Dies kann aus pflegerischer Sicht oder aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen. In beiden Fällen liegt der Durchführungshäufigkeit eine Planung zugrunde und die Vitalwertkontrolle erfolgt in der geplanten Häufigkeit. Liegt keine ärztliche Verordnung vor, wird empfohlen, die Kontrollhäufigkeit der Vitalwerte Blutdruck, Puls und Gewicht individuell festzulegen. Zusätzlich werden Vitalwertkontrollen in akuten Situationen durchgeführt. An die Gewichtskontrolle ist die Berechnung des BMI geknüpft. Bei der Interpretation des BMI ist darauf zu achten, dass von den Werten für ältere und nicht von denen für Menschen des mittleren Lebensalters ausgegangen wird. Bezogen auf die Dekubitusgefahr sind die Blutdruck- und Pulskontrolle relevant für die Einschätzung der generellen Gewebsdurchblutung. Selten wird die Atmung in die Kontrolle einbezogen; dies ist jedoch zu empfehlen, da die Versorgung des Gewebes mit Sauerstoff die Entstehung eines Dekubitus beeinflusst. Das Gewicht bzw. der BMI sind insofern von Bedeutung, als die Dekubitusgefahr positiv korreliert mit einer Unter- bzw. Überernährung. Für die Körpertemperatur gilt dies ebenfalls. Anhand der Pflegeplanung ist erkennbar, welche Vitalwerte in welcher Häufigkeit erhoben werden und aus welchem Grund dies geschieht.

■ Wunddokumentation

Die Wunddokumentation wird geführt bei allen Wunden, für deren Behandlung eine ärztliche Verordnung vorliegt. Dabei ist es grundsätzlich unerheblich, ob für die Wundbeschreibung der Pflegebericht genutzt oder ob das Zusatzelement „Wunddokumentation“ der Pflegedokumentation beigelegt wird. Die Leitungsverantwortlichen legen fest, wie zu verfahren ist. Sie initiieren Schulungen der Pflegepersonen bezogen auf das Führen einer Wunddokumentation. Empfohlen wird die Ausbildung von internen Expert(en)/-innen für bestimmte Pflege Themen; im Zusammenhang mit der Wunddokumentation sind interne Wundmanager/-innen, unterstützt durch externe Wundexpert(en)/-innen, für die Wundversorgung zuständig. Die internen Wundmanager/-innen verfügen über eine entsprechende Weiterbildung. Sie unterstützen ihre Kolleg(en)/-innen und gemeinsam beschreiben sie die Wunde von ihrer Entstehung bis zum Abheilen. Sie sind auf dem aktuellen Stand der modernen Wundversorgung und zuständig für die Abstimmung der geeigneten Therapie mit dem zuständigen Arzt/der Ärztin. Dabei werden sie von externen Wundberater(n)/-innen unterstützt, die u. U. versierter sind in der Diskussion mit Ärzten/Ärztinnen und Sachbearbeiter(n)/-innen der Krankenkassen. Wird eine Fotodokumentation geführt, ist der/die Wundexpert(e)/-in verantwortlich für das Einholen der schriftlichen Einwilligung des Bewohners/der Bewohnerin bzw. die der Angehörigen oder des/der Betreuer(s)/-in. Die Durchführung der Wundversorgung wird in Form eines Einzelnachweises dokumentiert, unabhängig davon, welches Pflegesystem in der Einrichtung praktiziert wird. Die Häufigkeit der Wundbeschreibung wird

individuell festgelegt. Berücksichtigt werden hierbei u.a. die Wundart, das Wundstadium und die Verbandtechnik (z.B. bei Hydrokolloid-Verbänden oder stark sezernierenden Wunden).

■ **Nachweis der Kontrolle der Einstellung der Antidekubitusmatratze**

Es gibt verschiedene Möglichkeiten: Entweder erfolgt die Kontrolle der Einstellung der Antidekubitusmatratze direkt am Motor, an dem ein Nachweisblatt angebracht wird, oder der Nachweis wird als Einzelnachweis in der Durchführungskontrolle (Leistungsnachweis) dokumentiert oder die Maßnahme wird in der Pflegeplanung beschrieben und z.B. als Teil eines Maßnahmenkomplexes als erbracht dokumentiert. Letzteres Vorgehen wird empfohlen. Werden Spezialluftkissen zur Dekubitusprophylaxe eingesetzt, werden diese ebenfalls regelmäßig hinsichtlich der Druckeinstellung überprüft.

■ **Sonstiges**

Für einen sachgerechten Umgang mit einer Dekubitusgefahr werden nicht nur Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe und/oder die Anpassung der Nahrungs- und Flüssigkeitsmenge geplant, sondern es wird auch die Art und Weise der Hautpflege beschrieben und in der Pflegeplanung ausgewiesen. Diese wird entweder konkret in der Pflegeplanung beschrieben oder in einem Standard zur Dekubitusprophylaxe hinterlegt. Dabei wird neben dem Ablauf vor allem auch das einzusetzende Pflegemittel benannt, ggf. werden Alternativen aufgezeigt. Werden ungeeignete Hautreinigungsmittel eingesetzt und werden z.B. Seifenrückstände nicht vollständig von der Haut entfernt, sind Hautirritationen möglich. Es besteht eine erhöhte Entzündungs- und damit eine erhöhte Dekubitusgefahr.

3.1.5 **Vorschläge für die Praxis**

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei Dekubitus(gefahr) werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ **Das sollten Sie vermeiden**

- Pauschale Regeln für pflegerische Maßnahmen und den Einsatz von Zusatzelementen festlegen wie z.B.
 - * Durchführen von Lagerungen bei allen dekubitusgefährdeten Personen in einem Intervall von zwei Stunden
 - * Planen von Lagerungen, die nur für die Zeit des Aufenthaltes im Bett, nicht aber außerhalb des Bettes gelten (z.B. Sitzen im Rollstuhl)
 - * Tägliches Führen von Trink- und Ernährungsprotokollen bei allen dekubitusgefährdeten Personen
 - * Pauschales Dokumentieren von aufgenommener und ausgeschiedener Flüssigkeitsmenge bei Bewohner(n)/-innen mit einer künstlichen Harnableitung

- * Pauschales Festlegen von Kontrollhäufigkeiten der Druckeinstellung der Wechseldruckmatratzen
- * Generelle Vorgaben zur Häufigkeit von Vitalwertkontrollen
- Die Dekubitusrisikoskala als Basisformular einsetzen
- Pauschale Intervalle der Neuanwendung der Dekubitusrisikoerfassungsskala festlegen
- Die Entqualifizierung und Entpflichtung von Pflegefachkräften fördern durch zu weit reichenden Einsatz externer Wundberater/-innen
- Ohne Begründung in der Pflegeplanung Antidekubitusmatratzen, die der Weichlagerung dienen, einsetzen

■ Das sollten Sie tun

- Den Dokumentationsaufwand im Zusammenhang mit einer Dekubitusprophylaxe bzw. bei einem vorliegenden Dekubitus analysieren
- Den Dokumentationsaufwand durch Verbesserung der Qualität der Pflegeplanung reduzieren
- Vorgaben festlegen für den Einsatz von
 - * Dekubitusrisikoskala
 - * Lagerungsprotokoll
 - * Bewegungsnachweis
 - * Trink- und Ernährungsprotokoll und Bilanzierung
 - * Vitalwertkontrollen
- Die weitere Vorgehensweise und Dokumentationsregeln für den Fall festlegen, dass ein Dekubitusrisiko anhand einer Dekubitusrisikoskala ermittelt wurde
- Internes Know-how zur Wundversorgung sicherstellen
- Wenn neue Sachverhalte dokumentiert werden: Prüfen, ob dies nicht in dem bereits bestehenden Dokumentationssystem möglich ist
- Doppeldokumentation vermeiden
- Alle pflegerischen Maßnahmen untereinander verknüpfen (Lagerung, Toilettenbesuch, Veränderung der Körperhaltung bei den Mahlzeiten etc.) und eine entsprechend Dokumentation sicherstellen

■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999-2002). Osnabrück, Februar 2004
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Projektgruppe 32 (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Medizinisch-pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie. Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorwürfen. Essen, Juni 2001 (als Download: www.mds.de)

Internet:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: www.bmfsfj.de (Stichwort: Dekubitus. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.: www.dgfw.de (Stichwort: Dekubitus. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: www.kda.de (Stichwörter: Dekubitus, Dekubitusprophylaxe. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.2: Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizit		Seite
3.2.1	Kurzbeschreibung	40
3.2.2	Hintergrundinformationen	40
3.2.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	41
3.2.3.1	Risikoeinschätzung	42
3.2.3.2	Zusatzelemente	43
	■ Ernährungsprotokoll	43
	■ Trinkprotokoll	44
	■ Bilanzierungsprotokoll	44
	■ Vitalwerteprotokoll	45
	■ Gewichts- und BMI-Verlaufskurve	45
	■ Sonstiges	45
3.2.4	Empfehlungen	45
3.2.4.1	Risikoeinschätzung	45
3.2.4.2	Zusatzelemente	46
	■ Ernährungsprotokoll	46
	■ Trinkprotokoll	47
	■ Bilanzierungsprotokoll	48
	■ Vitalwerteprotokoll	48
	■ Gewichts- und BMI-Verlaufskurve	49
	■ Sonstiges	49
3.2.5	Vorschläge für die Praxis	51
	■ Das sollten Sie vermeiden	51
	■ Das sollten Sie bedenken	51
	■ Das sollten Sie tun	51
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	52

3.2 Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizit

3.2.1 Kurzbeschreibung

Eine Mangelernährung liegt dann vor, wenn dem menschlichen Körper die für die Aufrechterhaltung der Körperfunktionen erforderlichen Kalorien, Nährstoffe, Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente in einem unzureichenden Maße zugeführt werden. Die Folgen sind Veränderungen des Gesundheitszustandes, verbunden mit einem

- erhöhten Risiko des Gewichtsverlustes
- erhöhten Sturzrisiko
- erhöhten Dekubitusrisiko
- erhöhten Munderkrankungsrisiko
- erhöhten Pneumonierisiko
- erhöhten Risiko für akute/chronische Verwirrtheitszustände
- erhöhten Risiko der Resorptionstörung bei lebensnotwendigen Nährstoffe
- erhöhten Risiko einer unzureichenden Hormonbildung und -ausschüttung etc.

Bei einem Flüssigkeitsdefizit ist das Körperwasser reduziert und dem menschlichen Körper wird die für die Aufrechterhaltung der Lebensfunktionen erforderliche Flüssigkeitsmenge teilweise vorenthalten. Die Folgen sind über die o.g. hinaus ein

- erhöhtes Thromboserisiko
- erhöhtes Risiko der Nierenschädigung
- erhöhtes Risiko für Herz-Kreislaufversagen
- erhöhtes Obstipationsrisiko
- erhöhtes Ileusrisiko
- erhöhtes Risiko für paradoxe Diarrhö
- erhöhtes Risiko eines Wirkungsverlustes von Arzneimittelwirkstoffen aufgrund einer unzureichenden Verteilung im Körper
- erhöhtes Vergiftungsrisiko durch eine Erhöhung der Arzneimittelwirkstoffe im Blut (erhöhte Wirkstoffkonzentration)
- erhöhtes Risiko gravierender Hautveränderungen
- erhöhtes Konzentrationsstörungsrisiko, Delirium, Vigilanz etc.

3.2.2 Hintergrundinformationen

Die Notwendigkeit, sich mit dem Thema der Mangel- und Unterernährung auseinanderzusetzen, wird erst seit wenigen Jahren in den stationären Altenpflegeeinrichtungen erkannt. Die Notwendigkeit der Beobachtung einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme ist dagegen schon länger im Bewusstsein der Pflegenden. Maßgeblich zur Kontrolle der Trinkmenge beigetragen haben standardisierte Entlassungsberichte mancher Krankenhäuser, in denen jedem Bewohner/jeder Bewohnerin ein Flüssigkeitsdefizit und in der Verschärfung eine Exsikkose bei Einweisung bescheinigt wurde. Eine entsprechende Diagnostik wurde nicht durchgeführt (z. B. über eine Hämatokritwertbestimmung). Die Ein-

richtungen haben, um dem Vorwurf etwas entgegensetzen zu können, begonnen, die Trinkmenge der Bewohner/-innen zu dokumentieren.

Im Zusammenhang mit der Versorgung mit Nahrungsmitteln gewinnt die Dokumentation erst in den letzten Jahren an Bedeutung. Ungefähr seit dem Jahr 1997 kommen externe Prüfer/-innen in die Einrichtungen, die vielfach nachgewiesen haben, dass Bewohner/-innen trotz pflegefachlicher Betreuung in einem schlechten Ernährungszustand sind. Die Ernährung der Bewohner/-innen spielte lange Zeit eine untergeordnete Rolle bei den Pflegenden. Dies wird deutlich, wenn man betrachtet, wer für den Bereich Essen und Trinken in den Altenpflegeeinrichtungen zuständig war und teilweise noch ist.

Für die mobilen, meist orientierten Bewohner/-innen sind dies die Küchenleitung und das Servicepersonal. Besucht der/die Bewohner/-in z.B. ein Hausrestaurant, ist die Möglichkeit sich ausgewogen zu ernähren, in der Regel gegeben. Nicht immer ist jedoch sichergestellt, dass Servicekräfte Informationen über eine Veränderung des Ess- und Trinkverhaltens, wie z.B. die Ablehnung bestimmter Nahrungsmittel oder Nahrungsmittelgruppen, an die Pflegepersonen weitergeben. Ebenso werden selten Informationen zum Trinkverhalten weitergegeben; dies gilt sowohl für die Informationsweitergabe von Pflegefachkraft an Servicekraft als auch umgekehrt.

Zuständig für die Bewohner/-innen, die Unterstützung, Anleitung oder umfassende Hilfestellung beim Essen und Trinken benötigen, waren und sind oftmals z.B. Schüler/-innen, Zivildienstleistende, Mitarbeiter/-innen des Sozialen Dienstes, Angehörige, ehrenamtlich tätige Mitarbeiter/-innen oder Hauswirtschaftskräfte. Pflegenden sehen sich nicht immer in der Verantwortung und wenn, dann häufig nur bei Bewohner(n)/-innen, bei denen eine besondere Problematik, z.B. eine Schluckstörung, vorliegt. Die Information, was und wie viel der/die Bewohner/-in zu sich genommen hat, erreicht nicht immer die Pflegepersonen und eine Intervention erfolgt mitunter zu spät. Die bei den Mahlzeiten anwesenden Personen nehmen nur selten an Übergabegesprächen teil und wenige Einrichtungen verfügen über Vorgaben zur fachbereichsübergreifenden Informationsweitergabe. Zum Teil werden Symptome nicht als Folge einer unzureichenden Ernährung oder einer Nahrungsmittelunverträglichkeit gesehen. Dies betrifft z.B. Veränderungen, die als Folge einer demenziellen Erkrankung gedeutet werden, durchaus aber in einem Folsäure- oder Vitamin B₁₂- Mangel begründet sein können. Eine adäquate Diagnostik erfolgt nicht; inwieweit das Problem mit dem Arzt/der Ärztin besprochen wurde, geht aus der Pflegedokumentation nicht hervor.

3.2.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Im Zusammenhang mit dem Bereich Essen und Trinken wird vielfach unzureichend geplant und dokumentiert. Häufig sind weder eine Beurteilung erhobener Informationen noch das Ergreifen adäquater prophylaktischer oder stabilisierender Maßnahmen in der Pflegedokumentation festgehalten. Dabei stellt die Sicherstellung einer ausgewogenen und ausreichenden Ernährung eine der Hauptaufgaben eines Altenpflegeheims dar. Die Folgen einer unzureichenden Ernährung und ihr Einfluss auf andere Lebensbereiche werden nicht immer

nachvollziehbar in der Pflegeplanung beschrieben. Die regelmäßige Gewichtskontrolle ist noch nicht gängige Praxis in allen Einrichtungen. Begründet wird dies z.T. damit, dass ein Wiegen des Bewohners/der Bewohnerin nicht möglich ist. Mittlerweile bietet die Industrie jedoch eine Reihe von Produkten an, die eine Gewichtskontrolle ermöglichen (Rollstuhlwaage, Bettwaage, Personenlifter mit integrierter Waage etc.). Folgende Beispiele für einen unangemessenen Umgang mit dem Thema Essen und Trinken seien genannt:

- Mangelnde Flüssigkeits- und Energieaufnahme bleiben unentdeckt.
- Reaktionen der jeweiligen Pflegeperson auf ihre Beobachtung: Es verbleibt immer ein Rest im Glas, bleiben aus.
- Interventionen bei einer beobachteten Veränderung im Bereich Essen und Trinken bleiben aus.
- Interventionen bei einem Gewichtsverlust bleiben aus.
- Interventionen bei einer geringen Flüssigkeitsaufnahme bleiben aus, obwohl ein Trinkprotokoll geführt wird.
- Interventionen bei wiederkehrender Diarrhö bleiben aus.
- Vorgaben zur Einleitung von Interventionen existieren nicht.
- Die Dokumentation von Absprachen mit Ärzten/Ärztinnen, Angehörigen, Betreuer(n)/-innen und den Betroffenen selbst bleibt aus.
- Die Berücksichtigung von in der Pflegeanamnese erfassten Vorlieben und Abneigungen, gewohnten Trinkmengen und biografischer Gewichtsentwicklung ist nicht erkennbar.
- Die Dokumentation von Veränderungen im Bereich des Essens und Trinkens bleibt aus.
- Vorgaben zur Informationsweitergabe existieren nicht.

3.2.3.1 Risikoeinschätzung

Bei der Bearbeitung der Pflegeanamnese erfragt die Pflegefachkraft die individuellen Gewohnheiten der Bewohner/-innen im Zusammenhang mit Essen und Trinken. Gleichzeitig erfasst sie mögliche Einschränkungen der selbständigen Ernährung. Bei Anzeichen für eine nicht ausreichende Trinkmenge werden entsprechende Symptome ermittelt. Das Aufstellen von Hautfalten stellt ein unsicheres Zeichen für ein Flüssigkeitsdefizit dar. Längsfurchen der Zunge, eine trockene Achselhöhle, Veränderungen des Urins (Geruch, Farbe) und Körpergeruch (Ammoniak) weisen hingegen eher auf einen Flüssigkeitsmangel hin. Genauere Befunde liefern Blutuntersuchungen, die jedoch oftmals nur schwer initiiert werden können. Eine Skala zur Erfassung des Risikos eines Flüssigkeitsdefizits ist noch nicht verfügbar. Zur Risikoeinschätzung ist die fachliche Kompetenz der Pflegefachkraft ab Einzug des Bewohners/der Bewohnerin (Gewichtsverlust/Ernährungsgewohnheiten vor Einzug, Zahnstatus, Schluckstörungen) gefragt. Bei Anzeichen für eine Mangelernährung werden ebenfalls Symptome ermittelt. Dazu zählen z.B. Kleidung, die nicht der Konfektionsgröße des Bewohners/der Bewohnerin entspricht oder ausgeprägte Hautfalten, die auf eine Gewichtsabnahme hindeuten. Unterstützend wird der Ernährungsstatus des Bewohners/der Bewohnerin anhand eines Assessmentbogens ermittelt. Häufig

wird der MNA-Erhebungsbogen der Firma Nestlé eingesetzt. Er wird in Fachkreisen nicht durchweg positiv beurteilt, hat aber z.B. den Vorteil, dass auch die Situation nicht auskunftsfähiger Menschen mit Demenz eingeschätzt werden kann. Ein weiterer Vorteil besteht in der Sensibilisierung der Pflegenden. Durch die Anwendung des Tests werden sie auf besondere Probleme aufmerksam.

3.2.3.2 Zusatzelemente

Sind relevante Probleme erkennbar, werden diese in die Pflegeplanung übernommen. Die Unfähigkeit des Bewohners/der Bewohnerin, selbständig zu essen und/oder zu trinken, stellt ebenso ein Risiko dar wie die Unfähigkeit, Ess- und Trinkbares oder Besteck zu erkennen und Letzteres zu nutzen. Es kommen u.U. weitere Elemente zum Einsatz, die der Pflegedokumentation beigelegt werden. Dabei handelt es sich um

- das Ernährungs-, Trink- und Bilanzierungsprotokoll
- das Vitalwerteprotokoll
- die Gewichtsverlaufskurve.

Für nahezu alle Zusatzelemente gilt auch in diesem Problembereich, dass sie bisher eher flächendeckend bei allen betroffenen Bewohner(n)/-innen geführt werden als aufgrund einer Einzelfallentscheidung. Dies gilt insbesondere für Trinkprotokolle; die Entscheidung für ein Ernährungsprotokoll wird z.T. als Einzelfallentscheidung getroffen, es gibt aber auch in diesem Zusammenhang pauschale Vorgaben, nach denen z. B. bei allen Bewohner(n)/-innen mit einem BMI von 19 oder weniger ein Ernährungsprotokoll geführt werden muss.

■ Ernährungsprotokoll

Ernährungsprotokolle werden nicht in der Häufigkeit wie Trinkprotokolle geführt. Ihr Aufbau ist uneinheitlich und die erfassten Informationen sind nur bedingt relevant für den pflegerischen Alltag. Es kommt mitunter zu einer Doppeldokumentation in Ernährungsprotokoll und Pflegebericht, wenn die aufgenommene Nahrungsmenge dort erneut festgehalten wird. Beim Einsatz eines Ernährungsprotokolls wird nicht immer darauf geachtet, welche Aussagekraft die erhobenen Informationen haben. Für einen sachgerechten Umgang mit einer zu geringen Nahrungsaufnahme und der Gefahr der Mangelernährung reicht es nicht, wenn lediglich die aufgenommene Menge notiert wird, ausschlaggebend ist in der Regel die Art der Nahrung. Im Zusammenhang mit der Ernährung sind Hauswirtschafts- und Pflegefachkräfte mitunter gleichermaßen überfordert, wenn es z.B. darum geht, die individuell erforderliche Kalorienzahl unter Berücksichtigung des jeweiligen Grundumsatzes zu berechnen oder die Kalorienzahl aufgenommener Nahrung nachträglich zu ermitteln und zu bewerten. Nicht immer ist ersichtlich, ob die Ernährungsprotokolle in die Evaluation der Pflegeplanung einbezogen werden. Die Berechnung der individuell erforderlichen Kalorien, die Abstimmung mit dem Arzt/der Ärztin und die Vereinbarung von Maßnahmen, wenn der/die Bewohner/-in weniger isst als es seinem/ihrer Bedarf entspricht, er-

folgt eher selten. Wo die Berechnung erfolgt, erarbeiten die Pflegefachkräfte einen Vorschlag und besprechen diesen mit den Ärzten/Ärztinnen.

■ **Trinkprotokoll**

Trinkprotokolle werden schon lange in Einrichtungen der stationären Altenpflege geführt. Meist geschieht dies täglich und bei allen Bewohner(n)/-innen, die entweder zum Trinken angehalten werden müssen oder die vollständig auf das Anreichen der Getränke durch Pflegepersonen angewiesen sind. Eine weitere Gruppe stellen die Bewohner/-innen mit Ernährungssonden dar. Gefährdete selbständige Bewohner/-innen werden häufig nicht berücksichtigt. Begründet wird dies damit, dass kaum nachvollzogen werden kann, was der/die Bewohner/-in trinkt. Eine rückwirkende Erfassung gemeinsam mit dem Bewohner/der Bewohnerin erfolgt selten. Flächendeckend werden Trinkprotokolle in der Regel geführt, wenn die Außentemperaturen einen bestimmten Wert übersteigen. In einigen Regionen wird dies durch das Gesundheitsamt vorgegeben. Obwohl Trinkprotokolle z.T. mit einem hohen Aufwand geführt werden, findet eine Evaluation der Ergebnisse eher selten statt. So wird die Gesamttrinkmenge häufig nicht berechnet und anhand der Pflegedokumentation kann nicht nachvollzogen werden, welche Maßnahmen bei Unterschreiten einer bestimmten Trinkmenge seitens der Pflegepersonen ergriffen werden. Eine Berechnung der individuell erforderlichen Trinkmenge erfolgt selten, meist wird pauschal festgelegt, dass alle Bewohner/-innen zwischen 1500 und 2000 ml in 24 Stunden erhalten sollen. Ebenso erfolgt selten eine Abstimmung der berechneten Flüssigkeitsmenge mit dem Arzt/der Ärztin. Alternative Vorgehensweisen bei Unterschreiten der vereinbarten Trinkmenge werden nur vereinzelt festgelegt. Problematisch ist es, wenn anhand der Trinkprotokolle erkennbar ist, dass die Bewohner/-innen nur tagsüber Flüssigkeit erhalten, nicht aber während der Nachtstunden. Auch bei der Planung der Vergabe von Flüssigkeit sind 24 Stunden abzudecken. Nicht immer werden die Vorteile eines Angebotes von Flüssigkeit vor der Morgentoilette, wenn die Mundschleimhäute noch trocken sind und ein Getränk oft willkommen ist, bedacht.

■ **Bilanzierungsprotokoll**

Dieses Element wird in Altenpflegeheimen häufig eingesetzt, dabei aber als Trinkprotokoll genutzt. Bei Bewohner(n)/-innen mit einer künstlichen Urinableitung wird die ausgeschiedene Urinmenge erfasst. Eine Bilanzierung von aufgenommener und ausgeschiedener Flüssigkeitsmenge und das Ableiten konkreter Maßnahmen je nach Ergebnis der Bilanzierung erfolgen in der Regel nicht. Nur selten ist anhand der Pflegedokumentation erkennbar, warum bei Bewohner(n)/-innen mit liegendem Dauerkatheter die Ausfuhrmenge notiert wird. Meist geschieht dies, weil es einfach, nicht jedoch, weil es pflegerisch oder medizinisch zu begründen ist. Zwar wird der Inhalt von Inkontinenzmaterial durch die Pflegenden bewertet, eine entsprechende Dokumentation erfolgt jedoch nur vereinzelt.

■ Vitalwerteprotokoll

Die Vitalwerte werden stark durch eine Mangelernährung oder ein Flüssigkeitsdefizit beeinflusst. Dies ist in den Einrichtungen bekannt und vielerorts werden Vitalwertkontrollen routinemäßig als pflegerische Leistungen durchgeführt. Die Häufigkeit der Kontrollen richtet sich jedoch in vielen Fällen nicht nach den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen, sondern ist seitens der Leitung vorgegeben. Die Dokumentation erfolgt im entsprechenden Zusatzelement. Für die Dokumentation von Blutzuckerwerten wird, der besseren Übersicht wegen, vereinzelt ein weiteres Zusatzelement benutzt (Diabetes-Überwachungsblatt), es werden u.a. Angaben zur Insulintherapie erfasst und die Durchführung von Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Insulintherapie wird dokumentiert.

■ Gewichts- und BMI-Verlaufskurve

Das Thema Essen und Trinken ist zurzeit eines der Hauptthemen in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Die Bewohner/-innen werden in regelmäßigen Abständen gewogen und der BMI wird berechnet. Die Dokumentation erfolgt jedoch häufig nicht bei den Vitalwerten, sondern in einem zusätzlichen Element. Es werden Verlaufskurven für die Entwicklung von Gewicht und BMI geführt. Begründet wird dies damit, dass externe Prüfer/-innen dies empfehlen.

■ Sonstiges

Der Abstand zwischen der letzten Mahlzeit eines Tages und der ersten des Folgetages soll nicht mehr als zwölf Stunden, bei Diabetiker(n)/-innen und demenziell erkrankten Menschen nicht mehr als zehn Stunden betragen. Anhand der Pflegeplanung ist nicht immer erkennbar, ob der/die Bewohner/-in eine Zwischen- und/oder Spätmahlzeit erhält oder ob ein Frühkaffee angeboten wird. Die Ablehnung des Angebots von Zwischen- und Spätmahlzeiten durch den/die Bewohner/-in und das erneute Angebot nach Ablauf einer gewissen Zeit geht nicht immer aus der Pflegedokumentation hervor.

3.2.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer Mangelernährung und/oder einem Flüssigkeitsdefizit ausgesprochen.

3.2.4.1 Risikoeinschätzung

Der MNA-Assessmentbogen der Firma Nestlé ist weit verbreitet. Das Instrument wird an dieser Stelle nicht inhaltlich bewertet. Befürwortet wird sein Einsatz aufgrund der einfachen Handhabung. Das Instrument ist schnell bearbeitet und kann auch bei nicht auskunftsfähigen Menschen mit Demenz eingesetzt werden. Durch seine Anwendung wird das Problem der Mangelernährung stärker in das Bewusstsein der Pflegenden gerückt. Geeignet ist z. B. auch die Ernährungs-

risiko-Skala nach Lewis, die ähnlich einer Dekubitusrisikoskala Kriterien vorgibt, die in einen Punktwert münden und damit das Risiko ausweisen. Eine Alternative zu beiden Instrumenten stellen EDV-Programme dar, die nach der Eingabe entsprechender (z.T. umfangreicher) Informationen Kalorien- und Flüssigkeitsbedarf berechnen und einen potenziellen oder bereits bestehenden Mangel an Nährstoffen ausweisen. Die Leitungsverantwortlichen müssen entscheiden, ob die Investition in ein solches Programm sinnvoll ist.

Der Ernährungsstatus wird bei allen neuen Bewohner(n)/-innen erhoben, sobald Anzeichen für eine Gefährdung vorliegen (zu weite Kleidung, Hautfalten, Einrisse der Mundwinkel, Einblutungen unter der Haut, Gewichtsverlust in der Vergangenheit etc.). Liegen keine ausreichenden Informationen zur Bearbeitung des Erhebungsbogens vor, wird während eines Zeitraums von z.B. zwei Wochen notiert, was der/die Bewohner/-in an Nahrung zu sich nimmt und in welcher Menge. Das Protokoll wird gemeinsam mit dem Ernährungsteam (wenn vorhanden), mit dem/der internen Ernährungsexpert(en)/-in (wenn vorhanden), mit der Küchenleitung oder einem/einer externen Ernährungsberater/-in ausgewertet.

Gleichzeitig wird der individuelle Bedarf des Bewohners/der Bewohnerin an Kalorien und Flüssigkeit berechnet. Hierfür gibt es einfache Berechnungsformeln. Falls erforderlich, werden die Ergebnisse mit dem Arzt/der Ärztin besprochen, Kalorien und/oder Nahrungsergänzungen werden festgelegt und es werden Vereinbarungen getroffen für den Fall, dass die vereinbarten Kalorien über eine ausgewogene Ernährung nicht aufgenommen werden. Anhaltswerte über den Kaloriengehalt einer Standardmahlzeit können den Rezepturen der Küchenleitung entnommen werden.

U.U. sind weitere Untersuchungen erforderlich, wie Blutkontrollen oder eine zusätzliche internistische Behandlung. Der Flüssigkeitsbedarf wird ebenfalls individuell berechnet und nicht pauschal auf 1500 bis 2000 ml festgelegt. Die berechnete Menge wird mit dem Arzt/der Ärztin abgestimmt zur Vermeidung einer Gefährdung des Bewohners/der Bewohnerin durch eine zu hohe oder zu niedrige Flüssigkeitsmenge. Auch hier gilt, dass ggf. für ca. zwei Wochen ein Trinkprotokoll geführt wird, um entsprechende Informationen zu erhalten. Nach dieser Zeit wird meist schon deutlich, ob auf ein Trinkprotokoll verzichtet werden kann, ob es täglich oder nur zu bestimmten Zeiten geführt werden sollte.

3.2.4.2 Zusatzelemente

■ Ernährungsprotokoll

Dieses Protokoll wird geführt, wenn aufgrund einer reduzierten/übermäßigen oder einseitigen Ernährung eine Gefährdung des Bewohners/der Bewohnerin möglich ist und die Pflegefachkraft nachvollziehen will, was der/die Bewohner/-in tatsächlich an Nahrung zu sich nimmt. Ziel ist es, die Gefährdung des Bewohners/der Bewohnerin zu mildern oder zu vermeiden. Wird ein Ernährungsprotokoll eingesetzt, geschieht dies als individuelle Maßnahme. Die Leitungsverantwortlichen legen diejenigen Situationen fest, in denen ein Er-

nährungsprotokoll geführt werden muss, z.B. bei sehr mobilen Menschen mit Demenz, die einen hohen Energiebedarf haben, Essen und Trinken jedoch vielfach ablehnen. Sind Nahrungsmenge und Nahrungszusammensetzung individuell für den/die Bewohner/-in ermittelt und festgelegt, wird dies in der Pflegeplanung hinterlegt. Auf das Führen eines Ernährungsprotokolls kann verzichtet werden, wenn der/die Bewohner/-in die zugedachten Portionen verzehrt. Ein stabiles Gewicht oder eine Gewichtszunahme sind Indikatoren dafür, dass die geplanten Maßnahmen greifen. Kommt es dennoch zu einer weiteren Gewichtsabnahme, ist das Führen eines Ernährungsprotokolls angezeigt. Mit dem Arzt/der Ärztin ist ggf. zu klären, ob eine Diagnose vorliegt, die einen weiteren Gewichtsverlust wahrscheinlich macht. Dies wird im Pflegebericht dokumentiert und in der Pflegeplanung wird auf das Datum des Eintrags verwiesen. Bei der Evaluation der Pflegeplanung wird die Einschätzung hinterfragt.

Alle Beobachtungen zu Vorlieben, Abneigungen, vermuteten und/oder erkennbaren Unverträglichkeiten sowie Beobachtungen zum Verhalten des Bewohners/der Bewohnerin während der Mahlzeiten werden im Pflegebericht festgehalten und im Alltag berücksichtigt. Dies gilt in besonderem Maße für die Weigerung zu essen. Eine Anpassung der Pflegeplanung erfolgt zeitnah. Es wird empfohlen, eine/n interne/n Ernährungsexpert(en)/-in auszubilden. Dieser kann durch eine/n externe/n Expert(en)/-in unterstützt werden. Erhält der/die Bewohner/-in Zusatznahrung, die nicht auf einem Ernährungsprotokoll dokumentiert wird, reicht der entsprechende Hinweis in der Pflegeplanung und die Dokumentation der Vergabe über den Leistungsnachweis. Wird in der Einrichtung Zusatz- oder Aufbaunahrung zubereitet, ist mit dem Arzt/der Ärztin ebenfalls abzustimmen, ob die Versorgung damit für den/die Bewohner/-in von Vorteil ist. Die Pflegedokumentation wird von allen in die Ernährung der Bewohner/-innen einbezogenen Personen, auch von Angehörigen, geführt. Dies sichert eine lückenlose Dokumentation. Wenn Bewohner/-innen auf Verordnung des Arztes/der Ärztin z. B. bei der Ernährung über PEG weniger als die berechnete Kalorienmenge erhalten, ist die Begründung des Arztes/der Ärztin zu dokumentieren.

■ Trinkprotokoll

Werden bei Einzug eines Bewohners/einer Bewohnerin Anzeichen beobachtet, die auf ein mögliches Flüssigkeitsdefizit hindeuten, wird zunächst für ca. zwei Wochen ein Trinkprotokoll geführt. Dieses wird von der zuständigen Pflegefachkraft ausgewertet und das weitere Vorgehen wird individuell geplant. Entweder wird das Trinkprotokoll weiter täglich geführt oder nur an bestimmten Tagen im Monat. Mitunter kann über einen Trinkplan sichergestellt werden, dass der/die Bewohner/-in die für ihn vereinbarte Trinkmenge erhält. Der Trinkplan ist in der Pflegeplanung hinterlegt und weist aus, zu welchen Zeiten dem Bewohner/der Bewohnerin welche Trinkmenge angeboten wird. Abweichungen von dieser Planung werden im Pflegebericht dokumentiert.

In der Einrichtung sind diejenigen Situationen festzulegen, in denen umgehend ein Trinkprotokoll geführt werden muss. Solche Situationen können sein

- Fieber
- hohe Außentemperaturen
- Erbrechen und Diarrhö
- Verweigerung von Getränken
- plötzlich auftretende Schluckstörungen

Die Trinkprotokolle werden bei jeder Übergabe ausgewertet und Abweichungen von der Planung werden in der jeweiligen Folgeschicht kompensiert, d.h. Ziele sind für diese Folgeschicht schon festgelegt. In der Einrichtung muss bekannt sein, welche Flüssigkeiten zu berücksichtigen sind und wie der Anteil von Flüssigkeit bei festen Nahrungsmitteln berechnet wird. Die Pflegedokumentation wird von allen in die Ernährung der Bewohner/-innen einbezogenen Personen, auch von Angehörigen, geführt. Dies sichert eine lückenlose Dokumentation. Wenn Bewohner/-innen auf Verordnung des Arztes/der Ärztin weniger als die berechnete Flüssigkeitsmenge erhalten, ist die Begründung des Arztes/der Ärztin zu dokumentieren.

■ Bilanzierungsprotokoll

Das Bilanzierungsprotokoll wird nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung geführt. Initiiert wird es von Pflegefachkräften, wenn sie Veränderungen bei Bewohner(n)/-innen beobachten, die eine Bilanzierung erforderlich machen. Anhand der Planung muss erkennbar sein, welche Maßnahmen je nach Ergebnis der Bilanzierung zu ergreifen sind.

■ Vitalwerteprotokoll

Im Zusammenhang mit dem Führen der Pflegedokumentation im Bereich Essen und Trinken sind vor allem die Gewichtskontrolle und die Berechnung des BMI von Bedeutung. Eine regelmäßige Gewichtskontrolle ist immer angezeigt und die Berechnung des BMI wird empfohlen, auch wenn dieser nur ein Indikator für eine möglicherweise bestehende Unter-/Mangelernährung darstellt. Grundlage für die Beurteilung des BMI sind die Werte für Menschen über 65 Jahre. Die Häufigkeit der Kontrollen richtet sich nach der individuellen Bewohnersituation und kann sowohl aus pflegerischer Sicht als auch aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen. Die Durchführungshäufigkeit entspricht der Planung. Die Aussagekraft des BMI bezogen auf eine Mangelernährung wird hier nicht diskutiert. Es wird lediglich darauf verwiesen, dass dort, wo der BMI bestimmt wird, die Sensibilität der Pflegepersonen bei einer Veränderung des Körpergewichts gestiegen ist. So führt eine Gewichtsabnahme von 4 kg innerhalb von vier Wochen nicht unbedingt zu einer Reaktion der Pflegepersonen, verändert sich jedoch der BMI von 20 auf 19, wird dies als Gefährdung erkannt und entsprechende Reaktionen werden ausgelöst. Zu beachten ist, dass die Daten Gewicht und BMI noch keine Aussagen über eine Mangelernährung und/oder den Ernährungszustand liefern, sondern erst der individuelle Verlauf.

Für die Berechnung des BMI muss die Körpergröße des Bewohners/der Bewohnerin bekannt sein. Diese wird, wie die Vitalwerte Blutdruck und Puls, beim Einzug des Bewohners/der Bewohnerin erfasst und dokumentiert. Meist werden diese Werte in der Pflegeanamnese dokumentiert, sie können aber auch als erste Vitalwerte dokumentiert werden. Es gibt Berechnungsformeln anhand derer die Körpergröße von nicht stehfähigen Bewohner(n)/-innen, und solchen mit ausgeprägten Kontrakturen der großen Gelenke bestimmt werden kann. Bei der Interpretation des BMI ist darauf zu achten, dass von den Werten für ältere und nicht von denen für Menschen des mittleren Lebensalters ausgegangen wird. Je nach Diagnose werden Blutdruck und Puls regelmäßig kontrolliert, da sowohl die Nahrung als auch die Flüssigkeit beide Werte beeinflussen kann. Liegt ein Diabetes mellitus vor, werden auf ärztliche Verordnung hin Blutzuckerwerte kontrolliert. U.U. reicht es aus, wenn anstelle regelmäßiger Blutzuckertests der HBA₁ regelmäßig vom Hausarzt/von der Hausärztin bestimmt wird. Dies wird mit dem Arzt/der Ärztin besprochen.

In akuten Situationen werden Vitalwertkontrollen im Rahmen des Notfallmanagements durchgeführt. Die Werte werden nicht im Pflegebericht notiert, dort wird lediglich ein entsprechender Hinweis festgehalten. So wird Doppeldokumentation vermieden. Durch eine entsprechende Kennzeichnung wird darauf hingewiesen, dass der Wert aufgrund einer Notfallsituation erhoben wurde. Die Leitungsverantwortlichen legen fest, in welcher Form der Wert zu kennzeichnen ist. Je nach Ergebnis der Kontrolle werden pflegerische Interventionen durchgeführt und es wird, z.B. bei einem Anstieg der Körpertemperatur des Bewohners/der Bewohnerin, die Trinkmenge angepasst.

Die separate Dokumentation von Blutzuckerwerten und Insulintherapie ist in bestimmten Situationen sinnvoll (wenn die Werte z.B. mehrmals täglich bestimmt und die Insulineinheiten an die jeweiligen Werte angepasst werden), wobei grundsätzlich zu klären ist, wie mit einem insulinpflichtigen Diabetes umzugehen ist. Der Einbezug eines Diabetologen/einer Diabetologin in die Behandlung bei einem schlecht einstellbaren Diabetes ist angezeigt.

■ **Gewichts- und BMI-Verlaufskurve**

Als Leistungsnachweis reicht das Element der Vitalwertkontrolle aus. Der Einsatz einer Gewichtsverlaufskurve bedeutet eine unnötige Erweiterung der Pflegedokumentation um ein weiteres Element. Bei EDV-gestützten Dokumentationssystemen sind Ansicht und Ausdruck einer solchen Kurve meist problemlos möglich; wo dem nicht so ist, sollte die Möglichkeit nicht zusätzlich geschaffen werden.

■ **Sonstiges**

Wird das Problem der Mangelernährung und des Flüssigkeitsdefizits lediglich als pflegerisches Problem gesehen, greift dies zu kurz. Das Thema Ernährung betrifft alle Fachbereiche eines Heims und es wird die Bildung von Ernährungsteams empfohlen, bestehend aus Leitungsverantwortlichen, ausge-

wählten Mitarbeiter(n)/-innen aller Fachbereiche, aber auch Angehörigen und Ärzten/Ärztinnen. Das Ernährungsteam kann bei Bedarf durch externe Ernährungsberater/-innen unterstützt werden. Wenn in der Einrichtung ein interner Ernährungsexperte/eine interne Ernährungsexpertin benannt ist, ist diese/r für die Koordination des Ernährungsteams zuständig. Der/die Expert(e)/-in führt zudem Gespräche mit den Ärzten/Ärztinnen zur Ernährungssituation der Bewohner/-innen und stimmt mit ihnen die notwendige Therapie ab. Daneben ist er/sie zuständig für die Informationsbeschaffung u.a. zu

- Hilfsmitteln zur Unterstützung im Bereich von Essen und Trinken
- Alternativen im Zusammenhang mit der Präsentation von Speisen und Getränken
- Umfeldgestaltung (Geräusche, Gerüche, Gestaltung von Essplatz, Licht etc.)
- Möglichkeiten der Diagnostik zur Identifizierung von Mangelernährung, Flüssigkeitsdefizit, Resorptionsstörungen oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Lactoseintoleranz oder Sprue
- Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln, Zusatznahrung und Nahrungsergänzungen.

Wird der/die Bewohner/-in über eine PEG ernährt, erfordert dies eine eindeutige Verordnung des Arztes/der Ärztin. Ausgewiesen sein muss die Art, die Energiemenge und, je nach Applikationsart, die Fließgeschwindigkeit von Sondennahrung und Flüssigkeit. Der Pflegeplanung muss zu entnehmen sein, in welcher Körperhaltung der/die Bewohner/-in Nahrung und Flüssigkeit erhält (z.B. „30° Oberkörperhochlagerung“ oder „sitzend im Rollstuhl“). Entspricht die verordnete Menge an Sondennahrung nicht dem Bedarf des Bewohners/der Bewohnerin, wird der Arzt/die Ärztin entsprechend informiert. Der Gesprächsinhalt wird im Pflegebericht festgehalten, ggf. erfolgt in der Pflegeplanung ein Hinweis auf das Datum der Eintragung (bessere Auffindbarkeit). Erhält der/die Bewohner/-in zusätzlich orale Nahrung, wird dies in der Pflegeplanung aufgeführt und je nach Erfordernis werden Art und Menge der zusätzlich aufgenommenen Nahrung in einem Ernährungsprotokoll dokumentiert. Dies geschieht nicht zuletzt zur Absicherung in Bezug auf Forderungen nach Erstattung von Verpflegungskosten. Bei Bewohner(n)/-innen, die bei Unterschreiten einer bestimmten Trinkmenge Flüssigkeit in Form einer subkutanen Infusion erhalten können, bedarf dies einer eindeutigen Verordnung (Bedarf) durch den Arzt/die Ärztin und einer konkreten Beschreibung in der Pflegeplanung. Es empfiehlt sich, Entscheidungshilfen zum Für und Wider subkutaner Infusionen zu entwickeln.

Veränderungen der Konsistenz von Flüssigkeiten durch Eindicken oder das Angebot von Fingerfood und/oder Zusatznahrung und/oder Nahrungsergänzungen sind in der Pflegeplanung beschrieben. Dabei wird z.B. die zur Erreichung der geeigneten Konsistenzform erforderliche Menge an Eindickungsmitteln notiert oder die Art der Zusatznahrung konkret benannt. Im Pflegebericht wird die Reaktion des Bewohners/der Bewohnerin auf diese Maßnahme festgehalten.

Jede Veränderung im Bereich Essen und Trinken wie die Ablehnung bislang bevorzugter Speisen und Getränke, das Auftreten neuer Vorlieben oder Veränderungen beim Gebrauch von Besteck und Trinkgefäßen wird im Pflegebericht notiert und die Pflegeplanung wird entsprechend angepasst. Da aber auch die direkte Wohnumgebung und die Mahlzeitsituation die Bereitschaft, eine Mahlzeit zu beginnen und zu beenden beeinflusst, werden alle Beobachtungen zum Verhalten des Bewohners/der Bewohnerin während und auch zwischen den Mahlzeiten dokumentiert.

3.2.5 Vorschläge für die Praxis

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizit werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Körpergewicht- und BMI-Einzelwerte überbewerten und Informationen aus Biographie und Beobachtung des Ernährungsverhaltens vernachlässigen
- Ernährungs- und Trinkprotokolle pauschal einsetzen und nicht als Ergebnis einer Einzelfallentscheidung
- Trink- und Ernährungsprotokolle einsetzen ohne sie auszuwerten
- Mengen für die Flüssigkeitsvergabe pauschal vorgeben
- Häufigkeiten für die Vitalwertkontrollen pauschal festlegen
- Ohne erkennbare Notwendigkeit eine Bilanzierung durchführen

■ Das sollten Sie bedenken

Der Einsatz von Skalen und Assessmentbögen ersetzt nicht die Beobachtung der Pflegenden.

■ Das sollten Sie tun

- Die Ausstattung der Pflegedokumentation mit Zusatzelementen festlegen und genau prüfen, ob dort zu erfassende Inhalte nicht in der bereits bestehenden Pflegedokumentation festgehalten werden können
- Vorgaben erarbeiten, in welchen Situationen Ernährungs-, Trink- und Bilanzierungsprotokolle zu führen sind und wie dies geschehen soll
- Kriterien zur Verfügung stellen, die die Entscheidung erleichtern, ob Angehörige und Ärzte/Ärztinnen auf eine Ernährung über PEG bzw. auf eine subkutane Flüssigkeitsvergabe angesprochen werden sollen
- Eine nachvollziehbare Dokumentation der Schritte bis zur Entscheidung für eine PEG oder eine s. c. Infusion gewährleisten
- Die Abstimmung von individuell ermittelten Kalorien-, Nährstoff- und Flüssigkeitsmengen mit dem Arzt/der Ärztin sicherstellen
- Das Treffen von Vereinbarungen für den Fall, dass die angestrebte Menge bei Nahrung und Flüssigkeit unterschritten wird, sicherstellen

- Auf das Vorliegen einer eindeutigen ärztlichen Verordnung für die Ernährung über PEG (Art und Menge) und für s. c. Infusionen (Art und Menge) hinwirken
- Die Bestimmung der Körpergröße der Bewohner/-innen, die richtige Berechnung des BMI und die Beurteilung, ob ggf. ein bedeutender Gewichtsverlust vorliegt durch die Pflegenden sicherstellen
- Das Erheben des Ernährungsstatus im Bedarfsfall sicherstellen
- Die Dokumentation der Inhalte aller Gespräche mit Ärzten/Ärztinnen, Angehörigen, Betreuer(n)/-innen zur Ernährungssituation entweder im Pflegebericht und oder in der Pflegeplanung sicherstellen
- Den Pflegekräften das Wissen über die Folgen von Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizit vermitteln
- Eine nachvollziehbare Dokumentation der Entscheidung, den/die Bewohner/-in hinsichtlich Flüssigkeit und Nahrung „unterzuversorgen“ oder „überzuversorgen“ sicherstellen
- Das Hinterfragen aller Entscheidungen bei jeder Evaluation der Pflegeplanung sicherstellen
- Die Zusammenarbeit aller für das Essen und Trinken der Bewohner/-innen zuständigen Personen sicherstellen
- Regeln für die Informationsweitergabe von den die Mahlzeiten begleitenden Personen an die zuständige Pflegefachkraft erarbeiten; die Art der Dokumentation festlegen
- Doppeldokumentation vermeiden

■ **Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren**

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Projektgruppe P 39 (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen, Juli 2003 (als Download: www.mds.de)
- Willi Rückert et al. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Ernährung bei Demenz. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Angekündigt für Frühjahr 2007

Internet:

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung: www.dge.de (Stichwörter: Ernährung, Mangelernährung. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Bundesforschungsanstalt für Ernährung: www.bfa-ernaehrung.de (Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., Buko-QS: www.buko-qs.de (Stichwort: Nahrungsaufnahme. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

- Kuratorium Deutsche Altershilfe: www.kda.de (Stichwörter: Ernährung, Schluckstörung. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Christian Kolb: www.nahrungsverweigerung.de (Stichwörter: Ernährung, Nahrungsverweigerung. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.3: Sturz		Seite
3.3.1	Kurzbeschreibung	55
3.3.2	Hintergrundinformationen	55
3.3.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	55
3.3.3.1	Risikoeinschätzung	56
3.3.3.2	Zusatzelemente	57
	■ Ernährungs- und Trinkprotokoll	57
	■ Vitalwerteprotokoll	57
	■ Ärztliche Verordnung	57
	■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen	58
	■ Sonstiges	58
3.3.4	Empfehlungen	58
3.3.4.1	Risikoeinschätzung	59
3.3.4.2	Zusatzelemente	59
	■ Ernährungs- und Trinkprotokoll	59
	■ Vitalwerteprotokoll	59
	■ Ärztliche Verordnung	60
	■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen	60
	■ Sonstiges	61
3.3.5	Vorschläge für die Praxis	62
	■ Das sollten Sie vermeiden	62
	■ Das sollten Sie tun	62
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	63

3.3 Sturz

3.3.1 Kurzbeschreibung

Unter einem Sturz versteht man ein unbeabsichtigtes auf dem Boden oder in einer tiefer gelegenen Ebene zum Liegen oder Sitzen kommen. Die Ursachen, die zu einem Sturzereignis führen, sind vielfältig; Folgen eines Sturzes können sein

- Frakturen
- Prellungen
- offene Hautverletzungen
- Hämatome
- Schädel-Hirn-Traumen
- Hirnblutungen
- Lungenembolie durch Thromben oder Knochenmark
- Angst vor eigenständiger Bewegung und vor weiteren Stürzen.

3.3.2 Hintergrundinformationen

Jeder Sturz kann für den Betroffenen/die Betroffene gravierende Folgen haben bis hin zum Tod. Aus pflegefachlicher Sicht besteht die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit Ursachen und Folgen von Sturzereignissen und den prophylaktischen Möglichkeiten. Jeder Sturz, der eine medizinische Behandlung erfordert oder auf den mit Regressansprüchen reagiert wird, ist mit hohen Kosten verbunden. Es entstehen aber auch zusätzliche Kosten, wenn der/die Betroffene aufgrund seiner/ihrer Angst vor weiteren Stürzen oder aufgrund einer längeren Bettlägerigkeit mehr Unterstützung durch die Pflegenden benötigt. Verschiedene Projekte wie z. B. das Ulmer Modellvorhaben „Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern“ und Folgeprojekte belegen, dass durch angemessene Prophylaxen Stürze vermieden bzw. vermindert und Sturzfolgen gemildert werden können. Nach der Verabschiedung des nationalen Expertenstandards zur Sturzvermeidung in der Pflege rückt die Sturzprävention vermehrt in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns. Der Standard wird diskutiert und auf seine Umsetzbarkeit geprüft. Die Anbieter von Pflegedokumentationssystemen reagieren mit entsprechenden Dokumentationselementen und es werden immer mehr Produkte angeboten, die der Sturzprävention dienen sollen. Nicht immer kann ein Sturz verhindert werden, wohl aber können das Sturzrisiko und die Folgen eines Sturzes reduziert werden. Zur Sturzprophylaxe dienen Gehhilfen, Sensomatten, tiefer stellbare Pflegebetten (bis fast auf Bodenhöhe), spezielles Schuhwerk und Produkte zur Fixierung von Bewohner(n)/-innen. Zur Frakturprophylaxe dienen Produkte wie Hüftprotektoren, Sturzhelme, Knie- und Ellenbogenschoner.

3.3.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

In vielen Einrichtungen führt die Dokumentation im Zusammenhang mit Stürzen zu einem viel beklagten hohen Schreibaufwand. Dieser Aufwand wird von außen durch Anfragen von Krankenkassen und Haftpflichtversicherungen an die Einrichtungen nicht selten noch verstärkt. Die Dokumentationsregeln leiten sich

aus den Erfahrungen mit Krankenkassen und Haftpflichtversicherungen ab und der Aufwand verändert sich je nachdem, ob die Einrichtung mit der Haftpflichtversicherung ein Teilungsabkommen vereinbart hat oder ob der Verursacher/die Verursacherin des Sturzes ermittelt wird. Es fällt auf, dass die Schwerpunktsetzung z.T. noch bei der Optimierung der Dokumentation von Sturzereignissen liegt und nicht so sehr bei der Sturzprävention.

In ihrem Bemühen um einen angemessenen Umgang mit einer Sturzgefahr befinden sich Leitungsverantwortliche und Pflegepersonen z.T. in einem Konflikt. Auf der einen Seite möchten sie den Bewohner(n)/-innen ermöglichen, ihr Zimmer individuell und wohnlich zu gestalten. Auf der anderen Seite steht das Ziel im Vordergrund, Sturzereignisse durch prophylaktische Maßnahmen zu verhindern. Zu diesen Maßnahmen zählt u.a. der Verzicht auf Teppiche oder auf Kleinmöbel, die Stolperfallen darstellen können. Manche Bewohner/-innen schätzen zudem ihre Bewegungseinschränkungen nicht realistisch ein und nehmen Beratung nicht an. Gerade mobile Menschen mit Demenz sind gefährdet, wenn sie bis zur völligen Erschöpfung ihren Bewegungsdrang ausleben und damit einer hohen Sturzgefahr ausgesetzt sind. Der Abwägungsprozess und die Ergebnisse können nicht immer anhand der Pflegedokumentation nachvollzogen werden.

Ein Sturzereignis wird in der Regel im Pflegebericht festgehalten. In der Pflegeanamnese und der Pflegeplanung ist die Sturzgefahr nicht immer explizit beschrieben und als Maßnahme wird oft lediglich pauschal die Sturzprophylaxe genannt ohne eine konkrete Beschreibung der durchzuführenden Maßnahmen. Die Leistung wird als erbracht dokumentiert, es kann vielfach jedoch nicht nachvollzogen werden, worin die Leistung tatsächlich besteht. Unfallberichte wurden geführt, sind aber oft nicht nachvollziehbar und der Unfallhergang wurde nur oberflächlich beschrieben. In der Vergangenheit war der Unfallbericht häufig eine reine Abschrift des Pflegeberichtes. In den letzten Jahren wurden die Pflegenden in vielen Einrichtungen im Erstellen von Unfallberichten geschult. Vereinzelt gibt es die Vorgabe, dass Unfallberichte im Team zu erarbeiten sind. Pflegeleitungen prüfen diese Berichte auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit ehe sie an die Verwaltung oder bei größeren Trägern an die Rechtsabteilung weitergeleitet werden. Die Gefahr der Doppeldokumentation in Pflegebericht und Unfallbericht ist inzwischen erkannt; es wird in der Regel im Pflegebericht nur noch auf den Unfallbericht verwiesen.

3.3.3.1 Risikoeinschätzung

Es gibt eine Reihe von Skalen zur Einschätzung des Sturzrisikos. Sie werden nur selten eingesetzt, weil sie bei fast allen Bewohner(n)/-innen ein Risiko ausweisen. Sie zeigen nicht immer auf, woraus sich das Risiko ableiten lässt (Mangelernährung, Flüssigkeitsdefizit, Gleichgewichtsstörungen etc.). Zurzeit erfolgt die Sturzrisikoeinschätzung meist anhand der im nationalen Expertenstandard zur „Sturzprophylaxe in der Pflege“ aufgeführten Sturzrisikofaktoren. Dennoch wird das Sturzrisiko noch nicht bei allen neuen Bewohner(n)/-innen nach Einzug ermittelt. Das Risiko wird regelmäßig in den von den Leitungsverantwortlichen

vorgegebenen Abständen neu erfasst. Dies erfolgt ebenfalls bei jedem neuen Sturz. Jedes Sturzereignis wird in einer Statistik erfasst und sowohl bewohnerbezogen als auch wohnbereichs- oder einrichtungsbezogen ausgewertet.

3.3.3.2 Zusatzelemente

Im Zusammenhang mit der Sturzprophylaxe kommen weitere Elemente zum Einsatz. Dazu zählen

- Ernährungs- und Trinkprotokoll
- Vitalwertprotokoll
- Ärztliche Verordnung
- Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen.

■ Ernährungs- und Trinkprotokoll

Ernährungs- und Trinkprotokolle werden immer dann geführt, wenn die Hauptgefahr vom Bereich der Ernährung ausgeht. Trinkt der/die Bewohner/-in z.B. zu wenig, erhöht sich die Sturzgefahr. Nimmt er/sie zuwenig Eiweiß zu sich, besteht die Gefahr des Abbaus von Muskelmasse und damit einhergehend die eines Kräfteverlustes mit einem erhöhten Sturzrisiko. Noch werden in den Einrichtungen diese Protokolle als Maßnahme der Sturzprophylaxe eher selten geführt bzw. nicht in Bezug auf eine Sturzgefahr ausgewertet.

■ Vitalwertprotokoll

Es gibt Veränderungen der Vitalwerte des Bewohners/der Bewohnerin, die ein erhöhtes Sturzrisiko darstellen. Dies sind Blutdruck- oder Blutzuckerschwankungen, hinzukommen Schwindelanfälle und Durchblutungsstörungen. Nicht immer werden die Vitalwerte erfasst, um Aufschluss über eine akut bestehende Sturzgefahr zu erhalten, sondern häufiger als Reaktion der Pflegepersonen auf einen Sturz. Meist ist seitens der Leitungsverantwortlichen vorgegeben, welche Vitalwertkontrollen nach einem Sturz durchzuführen sind.

■ Ärztliche Verordnung

Im Zusammenhang mit der Sturzgefahr ist die jeweilige Medikation u.U. von Bedeutung. Nicht immer sind die Nebenwirkungen der Arzneimittel, die ein erhöhtes Sturzrisiko bedeuten, bekannt und nicht alle Apotheker/-innen informieren Bewohner/-innen und/oder Pflegepersonen über die Neben- und Wechselwirkungen der verordneten Arzneimittel, obwohl dies im Kooperationsvertrag so vorgesehen ist (§ 12a Apothekengesetz). Wird eine verordnete Bedarfsmedikation vergeben, können dem Pflegebericht die Indikation und die Vergabemenge, jedoch nicht immer die Wirkung entnommen werden. Die im Notfall nach einem Sturz u.U. telefonisch erfolgte Verordnung ist nicht immer als solche in der Pflegedokumentation gekennzeichnet.

■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen

Die Frage, ob und unter welchen Bedingungen die mechanische Fixierung ein geeignetes Mittel zur Sturzprophylaxe ist, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Manchmal ist eine solche nicht zu umgehen. Die Antragstellung beim zuständigen Amtsgericht kann in der Regel der Dokumentation entnommen werden. Bei den Stammdaten ist festgehalten, welche freiheitseinschränkenden Maßnahmen in welchen Situationen und mit welcher Befristung genehmigt sind. Unklarheit besteht darüber, wie die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen dokumentiert werden soll. Einige Einrichtungen dokumentieren jede durchgeführte Freiheitseinschränkung bis zur Genehmigung durch den/die Amtsrichter/-in und stellen anschließend die Dokumentation ein bzw. nehmen Abweichungen in den Pflegebericht auf. Andere Einrichtungen dokumentieren grundsätzlich jede freiheitseinschränkende Maßnahme und weisen dabei Art und Dauer aus.

Bei der Freiheitseinschränkung durch Arzneimittel liegt häufig die erforderliche richterliche Genehmigung nicht vor und die Vergabe des Arzneimittels wird pauschal, d.h. nicht unterschieden von anderen Arzneimitteln, als erbrachte Leistung der Medikamentengabe dokumentiert. In den Einrichtungen ist nicht immer bekannt, wann eine medikamentenbedingte Freiheitseinschränkung vorliegt. Bei der Bedarfsmedikation wird die Vergabe dokumentiert, nicht immer aber die Wirkung bzw. die möglichen Auswirkungen des Arzneimittels. Die Indikation für die Vergabe ist in vielen Fällen sehr ungenau („bei Unruhe“) und eine Genehmigung für eine medikamentöse Freiheitseinschränkung durch eine Bedarfsmedikation liegt ebenfalls häufig nicht vor. Die Einbeziehung des Betreuers/der Betreuerin oder Bevollmächtigten bei der Entscheidung für oder gegen freiheitseinschränkende Maßnahmen erfolgt nicht immer entsprechend der Entscheidungsbefugnis der genannten Personen. Vielen Pflegenden ist zudem nicht bekannt, welche mittelbaren Folgen (Stress, Entstehung eines Magengeschwürs, Herz-Kreislaufstörungen bis hin zum Tod) freiheitseinschränkende Maßnahmen für die Betroffenen haben können.

■ Sonstiges

Neben den genannten Zusatzelementen werden die bereits erwähnten Unfallberichte verwendet und sowohl Sturzgefahr als auch Sturzereignisse in internen Statistiken erfasst. Zunehmend werden Sturzereignisse evaluiert, um Aufschluss über mögliche Auslöser zu erhalten.

3.3.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einem Sturzrisiko und/oder wiederholten Stürzen ausgesprochen.

3.3.4.1 Risikoeinschätzung

Auch wenn es keine anerkannte und akzeptierte Risikoerfassungsskala gibt, kann die gelegentliche Anwendung einer solchen sinnvoll sein, wenn es darum geht, Pflegende für das Thema zu sensibilisieren. Empfohlen wird jedoch, das Sturzrisiko nicht anhand einer Sturzrisikoskala einzuschätzen, sondern die im nationalen Standard dargelegten Sturzrisikofaktoren zu berücksichtigen. Das Risiko wird bei allen neuen Bewohner(n)/-innen ermittelt sobald Anzeichen für eine Sturzgefahr festgestellt werden. Gleichzeitig wird nachgefragt, ob es vor Einzug bereits zu Stürzen mit und ohne Folgen kam. Ist das Sturzrisiko erkannt, erfolgt keine erneute Einschätzung mehr, es sei denn, es kommen neue Risikofaktoren hinzu. Die prophylaktischen Maßnahmen werden bei jeder Überarbeitung der Pflegeplanung evaluiert und jede Veränderung der Bewohnersituation, sei es durch Veränderungen der Medikation oder des Allgemeinzustandes, wird hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Sturzrisiko überprüft. Im Rahmen der Kooperationsverträge mit Apotheken nach § 12a des Apothekengesetzes wird mit dem/der Apotheker/-in vereinbart, dass er/sie Bewohner/-innen und Pflegepersonen hinsichtlich der Neben- und Wechselwirkungen der verordneten Arzneimittel informiert/aufklärt.

Tritt ein unvorhersehbares Sturzereignis ein, wird das Ereignis ausgewertet, dokumentiert und das Sturzrisiko erstmals eingeschätzt. Anhand der Pflegedokumentation muss nachvollziehbar sein, dass der Sturz nicht vorhersehbar war und dass keine Risikofaktoren erkennbar waren. In der Pflegeanamnese, in der Pflegeplanung und im Pflegebericht sind zudem keine Informationen festgehalten, die auf ein Sturzrisiko hinweisen und sowohl in der Pflegeanamnese als auch in der Pflegeplanung wird explizit darauf hingewiesen, dass keine Gefährdung vorliegt.

3.3.4.2 Zusatzelemente

■ Ernährungs- und Trinkprotokoll

Diese Protokolle werden geführt, wenn es Anzeichen dafür gibt, dass aufgrund des Ernährungszustandes eine Sturzgefahr für den/die Bewohner/-in besteht. Dies kann ein Eiweißmangel mit Auswirkungen auf eine Reduzierung von Muskelmasse und -kraft sein oder eine zu geringe Trinkmenge, die sich auf die Kreislaufsituation auswirkt. Die Entscheidung für den Einsatz der Protokolle erfolgt individuell pro Bewohner/-in.

■ Vitalwerteprotokoll

Vitalwerte werden in individuell festgelegten Abständen erhoben, wenn ein Zusammenhang zwischen Vitalwerten und einer Sturzgefahr gegeben ist. Liegt eine ärztliche Verordnung für die Vitalwertkontrolle vor, entspricht die Kontrollhäufigkeit der Verordnung. Die pflegerische Intervention orientiert sich z. B. an einer Bedarfsmedikation. Die beobachtete Wirkungsweise der Arzneimittel wird im Pflegebericht beschrieben.

■ **Ärztliche Verordnung**

Für jede Bedarfsmedikation im Zusammenhang mit einer Sturzgefahr liegt eine eindeutige Verordnung vor. Denkbar ist beispielsweise die Verordnung einer Bedarfsmedikation bei Abweichungen von bewohnerbezogenen Normalwerten oder im Zusammenhang mit einem ausgeprägten Bewegungsdrang und, damit verbunden, einem hohen Sturzrisiko. Für die Vergabe der Bedarfsmedikation liegen eindeutige Indikationen vor und die Wirkung wird im Pflegebericht nachvollziehbar beschrieben. Telefonische Anordnungen aufgrund des Sturzereignisses werden entsprechend gekennzeichnet („vorgelesen und genehmigt“).

■ **Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen**

Grundsätzlich ist die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen abzulehnen und es sind alle Alternativen anzuwenden und zu erproben. Kann die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen im Einzelfall dennoch nicht verhindert werden, sind Dokumentationsregeln zu beachten, wobei eine generelle gesetzliche Verpflichtung der Einrichtungen zum Führen eines Nachweises freiheitseinschränkender Maßnahmen nicht existiert. In dieser Handlungsleitlinie werden Empfehlungen ausgesprochen, die sich durchaus von der Praxis in Altenpflegeeinrichtungen unterscheiden können. Ursache ist die unterschiedliche Erwartung der Amtsrichter/-innen an die Dokumentation. Bei Abweichungen von der vorliegenden Empfehlung bietet sich eine Abstimmung mit den für die Bewohner/-innen zuständigen Amtsrichter(n)/-innen und Leiter(n)/-innen der Betreuungsbehörden an.

Ist die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen richterlich genehmigt und ist festgelegt, zu welchen Zeiten und mit welcher Methode der/die Bewohner/-in fixiert werden soll, wird dies in der Pflegeplanung festgehalten. Im Pflegebericht wird dokumentiert und begründet, wenn eine Maßnahme zur Freiheitseinschränkung nicht durchgeführt wird. Bei jeder Evaluation der Pflegeplanung wird die Notwendigkeit der Fixierung durch die zuständige Pflegefachkraft überprüft, wenn nicht individuell begründet das Überprüfungsintervall verändert wird.

Ist ein/e Bewohner/-in nicht mehr in der Lage, seinen/ihren Aufenthaltsort zu verändern, ist die Dokumentation der Durchführung von Maßnahmen, die der Freiheitseinschränkung zuzurechnen sind, nicht erforderlich.

Werden Bewohner/-innen auf ihren eigenen Wunsch hin fixiert, bestätigen sie diesen Wunsch mit ihrer Unterschrift entweder bei den Stammdaten oder es wird ein separater Vordruck eingesetzt. Ist der/die Bewohner/-in einwilligungs- und entscheidungsfähig, jedoch nicht mehr in der Lage, selbst zu unterschreiben, reicht die Unterschrift von zwei Zeug(en)/-innen. Für die schriftliche Erklärung des Bewohners/der Bewohnerin hinsichtlich der Zustimmung zur Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen sind Aspekte der Beratung und Aufklärung sowie die Begründung der Notwendigkeit dieser Maßnahme aufzuführen. Die im Einzelnen vereinbarten freiheitsentziehenden

den Maßnahmen werden dokumentiert, ggf. werden ärztliche Hinweise berücksichtigt. Das Einverständnis des Bewohners/der Bewohnerin wird bei jeder Maßnahme neu erfragt und die Unterschrift in individuell festgelegten Abständen neu erbeten. Hierbei ist die Empfehlung der jeweils zuständigen Heimaufsicht, Betreuungsbehörde bzw. des zuständigen Amtsgerichtes zu beachten. Verändern sich die geistigen Fähigkeiten des Bewohners/der Bewohnerin und besteht der Eindruck, dass er/sie die Tragweite seiner/ihrer Entscheidung nicht mehr abschätzen kann, wird umgehend eine richterliche Genehmigung beantragt. Das Vorgehen ist von den Leitungsverantwortlichen vorgegeben.

Wird der/die Bewohner/-in nur zu bestimmten Zeiten in seiner Freiheit eingeschränkt (im Sinne einer Bedarfsverordnung), sind Dauer und Art der Freiheitseinschränkende Maßnahme im Pflegebericht auszuweisen. Je nach Häufigkeit der Freiheitseinschränkung erfolgt die Dokumentation im Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen. Die Notwendigkeit ist regelmäßig zu hinterfragen und das Ergebnis zu dokumentieren.

Wird ein/e Bewohner/-in regelmäßig in seiner Freiheit eingeschränkt und ist eine Antragstellung erfolgt, wird bis zur Bewilligung jede Freiheitseinschränkung mit Zeit, Dauer, Art der Maßnahme und Beschreibung der Reaktion des Bewohners/der Bewohnerin auf die Maßnahme dokumentiert. Grundsätzlich gilt: Je unregelmäßiger eine Maßnahme durchgeführt wird, desto differenzierter muss der Nachweis geführt werden.

Wünschen Angehörige die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen, kann diesem Wunsch erst stattgegeben werden, wenn eine rechtliche Basis für die Gültigkeit der Entscheidung geschaffen wurde. Ausnahme ist immer ein rechtfertigender Notstand, der jedoch umgehend rechtliche Schritte erfordert.

Lehnt ein/e Bewohner/-in die Durchführung der vorgesehenen freiheitseinschränkenden Maßnahmen ab, sollte er/sie über die Folgen seiner/ihrer Weigerung informiert werden; die Dokumentation erfolgt im Pflegebericht.

■ Sonstiges

Im Zusammenhang mit einer Sturzgefahr ist die Beratung und Aufklärung der Betroffenen und ihrer Angehörigen wichtig. Der Inhalt eines jeden Beratungsgesprächs zur Sturzprophylaxe wird im Pflegebericht notiert. Dabei wird nicht nur auf mögliche Gefahren und Stolperfallen hingewiesen, sondern es werden Hilfsmittel zur Reduzierung der Folgen von Stürzen wie Gehhilfen, Hüftprotektoren etc. vorgestellt und ggf. beschafft.

Da nicht zuletzt durch das Trainingsprogramm Patras (Paderborner Trainingsprogramm für Senioren) zur Verbesserung der Alltagsmobilität, erstellt von der Universität Paderborn und dem dortigen Diözesan-Caritasverband, bekannt ist, dass die Teilnahme des Bewohners/der Bewohnerin an Angeboten zur Bewegungsförderung das Sturzrisiko reduziert, werden entsprechende Trainingsmaßnahmen empfohlen. Dazu können beispielsweise Physiothe-

rapeut(en)/-innen oder Krankengymnast(en)/-innen gewonnen werden, die ihre Leistungen in der Pflegedokumentation dokumentieren und Verlaufsberichte hinterlegen. Anhand der Pflegeplanung ist ersichtlich, dass und mit welchen Maßnahmen die Pflegenden die Bewegungsübungen bei der Durchführung pflegerischer Tätigkeiten integrieren.

Alle mechanischen oder elektrischen Hilfsmittel wie Pflegebetten, Bettgitter, Bauchgurte, Sensomatten etc., die zur Fixierung eines Bewohners/einer Bewohnerin eingesetzt werden, unterliegen dem Medizinproduktegesetz. Sie werden im Bestandsverzeichnis geführt und regelmäßig in der im o.g. Gesetz vorgegebenen Häufigkeit kontrolliert. Jeder Anwender/jede Anwenderin kontrolliert bei jeder Anwendung die Funktionstüchtigkeit des Produktes. In der Pflegeplanung wird diese Kontrolle geplant und die Durchführung im Leistungsnachweis dokumentiert.

Beim Einsatz von tiefer stellbaren Pflegebetten kann das Thema der Freiheitseinschränkung berührt werden. Ggf. ist der Einsatz solcher Betten beim zuständigen Amtsgericht zu beantragen.

3.3.5 Vorschläge für die Praxis

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege im Zusammenhang mit einem Sturzrisiko und/oder wiederholten Stürzen werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Eine Sturzrisikokala einsetzen, ohne fachlich davon überzeugt zu sein ausschließlich mit dem Ziel, sie bei Nachfrage vorweisen zu können
- Intervalle für die Sturzrisikoeinschätzung pauschal festlegen
- Auf eine genehmigte freiheitseinschränkende Maßnahme verzichten, ohne dies im Pflegebericht zu begründen
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen ergreifen ohne Vorliegen einer Genehmigung (Ausnahme: rechtfertigender Notstand)
- Unfallberichte ohne Aussagekraft verfassen
- Die Analyse von Stolperfallen und sonstigen einen Sturz begünstigenden Faktoren im direkten Wohnumfeld der Bewohner/-innen vernachlässigen

■ Das sollten Sie tun

- Maßnahmen zur Förderung der Alltagsbewegungen der Bewohner/-innen (Kraft- und Balancetraining) ergreifen
- Die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln zur Sturzprophylaxe gewährleisten
- Die Vorgehensweise bei der Anforderung von Dokumentationsunterlagen durch die Krankenkassen/Versicherungen festlegen
- Die Person aus der Einrichtung auswählen, die Kontakt zu Versicherungen oder Krankenkassen unterhält

- Die der Pflegedokumentation beigefügten Zusatzelemente auswählen und prüfen, ob die Inhalte nicht in der bereits bestehenden Pflegedokumentation erfasst werden können
- Die Risikofaktoren und deren Einfluss auf die Sturzgefahr den Pflegepersonen vermitteln und sicherstellen, dass die Pflegepersonen weniger leicht erkennbare Folgen von Stürzen kennen (z.B. auch Lungenembolie durch Blutgerinnsel oder Fett bei einem Oberschenkelhalsbruch oder eine zunehmende Somnolenz als Folge einer Sickerblutung im Gehirn)
- Die Information des Arztes/der Ärztin über jedes Sturzereignis sicherstellen und die Art der Dokumentation festlegen
- Regeln für die sichere Versorgung des Bewohners/der Bewohnerin nach einem Sturzereignis festlegen (Notfallstandard)
- Dokumentationsregeln zur Beschreibung einer Sturzgefahr bzw. der Unvorhersehbarkeit eines Sturzes festlegen
- Beratungsgespräche anbieten und Regeln für die Dokumentation festlegen; dies gilt auch, wenn die Betroffenen die aufgezeigten prophylaktischen Möglichkeiten ablehnen (z.B. die angebotene Protektorenhose)
- Die Pflegenden bei der Bearbeitung von Unfallberichten unterstützen
- Kriterien für die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen aufstellen, die Überprüfung aller Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen sicherstellen und festlegen, in welchen Situationen die Erforderlichkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen überprüft werden muss
- Mit den zuständigen Amtsrichter(n)/-innen klären, wie mit einer Fixierung durch Psychopharmaka zu verfahren ist

■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren

- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege: Sonderdruck Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, Februar 2005
- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Prävention und Rehabilitation Band 4. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 15, Seiten 318 – 336
- Projektgruppe ReduFix: ReduFix - Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen oder: Mit Recht fixiert? Vincentz Network, Reihe POWERBooks. Hannover, 2007

Internet:

- Kuratorium Deutsche Altershilfe: www.kda.de (Stichwort: Sturz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Medizin und Gesundheit: www.onmeda.de (Stichwort: Sturz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Prävention und Gesundheit: www.vitanet.de (Stichwort: Sturz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.4: Demenz		Seite
3.4.1	Kurzbeschreibung	65
3.4.2	Hintergrundinformationen	65
3.4.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	67
3.4.3.1	Risikoeinschätzung	67
3.4.3.2	Zusatzelemente	68
	■ Trinkprotokoll	68
	■ Ernährungsprotokoll	68
	■ Miktionsprotokoll	68
	■ Sturzrisikoeinschätzung	69
	■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen	69
	■ Leistungsnachweis Sozialer Dienst	69
	■ Vitalwerteprotokoll	69
	■ Schmerzprotokoll	70
	■ Ärztliche Verordnung	70
	■ Sonstiges	70
3.4.4	Empfehlungen	71
3.4.4.1	Risikoeinschätzung	71
3.4.4.2	Zusatzelemente	71
	■ Trinkprotokoll	71
	■ Ernährungsprotokoll	73
	■ Miktionsprotokoll	73
	■ Sturzrisikoeinschätzung	74
	■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen	74
	■ Leistungsnachweis Sozialer Dienst	75
	■ Vitalwerteprotokoll	75
	■ Schmerzprotokoll	76
	■ Ärztliche Verordnung	76
	■ Sonstiges	77
3.4.5	Vorschläge für die Praxis	77
	■ Das sollten Sie vermeiden	77
	■ Das sollten Sie tun	77
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	78

3.4 Demenz

3.4.1 Kurzbeschreibung

Der Begriff Demenz ist ein Sammelbegriff, der alle körperlich bedingten Erkrankungen umfasst, die mit einem Nachlassen und Verfall der geistigen Fähigkeiten der Betroffenen einhergehen. Grundsätzlich wird zwischen primären und sekundären Demenzen unterschieden. Zu den primären Demenzen zählen die Demenz vom Alzheimer Typ, die Multiinfarkt-Demenz und Mischformen beider Demenztypen als häufigste Formen. Zu den sekundären Demenzen zählen solche, die ihren Ursprung in körperlichen Veränderungen haben, als Folge einer Primärerkrankung auftreten und somit grundsätzlich behandelbar sind. Zu diesen Grunderkrankungen zählen u.a. die

- Schilddrüsenunterfunktion
- Nierenfunktionsstörung
- Anämie
- Elektrolytveränderung,

aber auch die

- Vergiftung aufgrund einer unangemessenen medikamentösen Behandlung oder einer Wirkstoffkumulation im Blut aufgrund eines Flüssigkeitsdefizits
- Blutzuckerentgleisung
- Folgen eines Flüssigkeitsdefizits
- Mangelernährung (z.B. Unterversorgung mit Vitamin B₁₂).

Daneben gibt es die Pseudodemenzen, deren Entstehung nicht organisch begründet ist. Pseudodemenzen treten häufig im Zusammenhang mit Depressionen auf und führen unbehandelt zur Entstehung einer manifesten Demenz.

3.4.2 Hintergrundinformationen

Wenn von einer Demenz die Rede ist, dann steht zunächst die fortschreitende Vergesslichkeit der Betroffenen im Vordergrund. Im späteren Verlauf gewinnen die Beeinträchtigungen im Alltag und in der Selbständigkeit, aber auch häufig die Veränderungen im Verhalten der Betroffenen an Bedeutung. Bei bestimmten Demenzformen (frontotemporale Demenz) stehen die Verhaltensauffälligkeiten zunächst im Vordergrund und erst später die Gedächtnisstörungen. Diese Demenzformen sind im Unterschied zur Demenz vom Alzheimer Typ jedoch eher selten. Der Verlauf einer Demenz ist in der Regel fortschreitend und nicht reversibel, wobei es zumindest bei einer Multiinfarkt-Demenz durchaus zu einem gewissen Stillstand kommen kann, wenn keine weiteren Infarkte mehr auftreten. Bei der Demenz vom Alzheimer Typ sind gegenwärtig weder die Ursachen noch Präventionsmöglichkeiten bekannt. Der Krankheitsverlauf und die Reaktionen auf Interventionen können sich bei jedem/jeden Betroffenen anders darstellen.

Folgen einer Demenz, die der besonderen Dokumentation und des Einsatzes von Zusatzelementen bedürfen, sind

- Einschränkungen im Bereich Essen und Trinken
 - * Nichterkennen von Ess- und Trinkbarem
 - * Unfähigkeit, Geschirr, Besteck etc. zu nutzen
 - * Schluckstörungen
 - * Einseitige Ernährung
 - * Ablehnen von fester/flüssiger Nahrung
 - * Aufnehmen unangemessener Nahrungsmengen

 - Veränderungen im Bereich der Mobilität
 - * Unruhe und Unfähigkeit, z.B. am Tisch sitzen zu bleiben
 - * Sturzgefahr
 - * Parkinson Syndrom als Folge der medikamentösen Behandlung
 - * Schmerzen und aus diesem Grunde Bewegungsunruhe oder Bewegungsverweigerung

 - Veränderungen im Bereich der Ausscheidung: Urin- und Stuhlinkontinenz aufgrund einer
 - * Unfähigkeit, Kleidung angemessen zu handhaben
 - * Orientierungsstörung aufgrund derer die Toilette nicht gefunden wird
 - * Unfähigkeit, Urin- und Stuhldrang als solchen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen durchzuführen
 - * Reaktion auf ein empfundenes Schamgefühl, wodurch die Hilfestellung abgelehnt wird
 - * unangemessenen Versorgung mit Inkontinenzmaterial.

 - Beobachtungen zu anderen Veränderungen wie die von Primärsymptomen (unmittelbar durch die Demenz verursacht) werden in der Basisdokumentation erfasst und in der Regel in Pflegeplanung und Pflegebericht beschrieben:
 - * Gedächtnisstörung (Amnesie)
 - * Merkfähigkeitsschwäche
 - * Konzentrationsstörung
 - * Desorientierung (Zeit, Raum/Situation, Ort und Person)
 - * Sprachstörung (Aphasie)
 - * Wahrnehmungsstörung (Agnosie)
 - * Störung der motorischen Abläufe (Apraxie)
 - * Störung des abstrakten Denkens
 - * Störung der Urteilskraft
- Zusatzelemente werden nicht eingesetzt. Gleiches gilt bei Sekundärsymptomen (Folgeerscheinungen der demenziellen Erkrankung) wie
- * Persönlichkeitsstörung
 - * depressive Verstimmung
 - * Angst
 - * Wahnvorstellung
 - * psychische und motorische Unruhe
 - * Aggressivität

- * Apathie und Indifferenz
- * Perseveration
- * Stimmungsschwankungen.

3.4.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Die Situation von Menschen mit Demenz wird meist nur ungenau in der Pflegedokumentation abgebildet und das Hauptproblem des/der Betroffenen wird nicht nachvollziehbar beschrieben. Obwohl die meisten Einrichtungen sich bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz an eines der bekannten Betreuungskonzepte zumindest anlehnen, bietet die Pflegedokumentation kaum Handlungsleitung für die Pflegenden. Wo ein Konzept zur Betreuung von Menschen mit Demenz vorliegt, erfolgt oft kein Hinweis auf die dort aufgeführten und beschriebenen Maßnahmen.

Die Pflegedokumentation für Menschen mit Demenz weicht in der Regel von ihrem Aufbau her nicht von der einer herkömmlichen Pflegedokumentation ab. Einige Einrichtungen sind bemüht, eine spezifische Pflegedokumentation speziell für Menschen mit Demenz zu führen. Dem vermeintlich besonderen Anspruch wird dadurch Rechnung getragen, dass eine andere Form der Biografiearbeit und eine speziell auf die Besonderheiten von Menschen mit Demenz ausgerichteten Pflegeanamnese eingeführt wurde.

Nicht immer ist anhand der Pflegedokumentation erkennbar, dass möglicherweise bestehende Zusatzerkrankungen hinsichtlich ihrer Einflussnahme auf eine Demenz berücksichtigt werden. Dazu zählen insbesondere Einschränkungen der Sinnesorgane, wie Sehen und Hören. Symptome, die als Folge der Demenz gedeutet werden, sind u.U. in einer Schwerhörigkeit begründet wie z. B. Schreien, Rufen oder Abwehrverhalten bei Körperkontakt.

3.4.3.1 Risikoeinschätzung

Zur Erfassung einer Demenz können unterschiedliche Instrumente eingesetzt werden (z. B. der Cohen-Mansfield-Test bzw. der Mini-Mental-Test). Es kann anhand von Tests festgestellt werden, an welcher Demenzform der/die Betroffene wahrscheinlich erkrankt ist und es kann der Schweregrad/das Stadium der Erkrankung ermittelt werden. Die Durchführung dieser Tests ist grundsätzlich den Ärzten/Ärztinnen vorbehalten, werden jedoch selten durchgeführt. Gleiches gilt für Tests, die die Unterscheidung einer Depression von einer Demenz ermöglichen und damit eine für das jeweilige Krankheitsbild angemessene Pflege, Betreuung und Therapie aufzeigen können. Die Pflegefachkräfte initiieren selten die Durchführung solcher Tests und oft wird die Diagnose des Arztes/der Ärztin nicht hinterfragt, auch wenn sie noch so antiquiert ist (z.B. „HOPS“ oder „Demenz“ ohne Spezifizierung).

Führen Pflegefachkräfte diese Tests durch, setzt dies eine entsprechende Schulung zu Anwendung und Auswertung der Ergebnisse voraus.

Noch wird häufig unter Demenz lediglich die Demenz vom Alzheimer Typ verstanden und die anderen Demenzformen bleiben z.T. unberücksichtigt. Dabei

können bei den unterschiedlichen Demenzformen unterschiedliche Behandlungs-/Betreuungsansätze erforderlich sein. Themen, die bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz zwar immer wieder, aber nicht immer fachlich gut diskutiert werden, sind die Ernährung über PEG und die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen.

3.4.3.2 Zusatzelemente

■ Trinkprotokoll

Dieses Protokoll wird bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz bei vielen Betroffenen zur Dokumentation der aufgenommenen Flüssigkeitsmenge eingesetzt. Dies geschieht meist täglich und ohne Berücksichtigung der jeweiligen Bewohnersituation. Nicht immer wird der individuelle Flüssigkeitsbedarf ermittelt und aufgrund von biografischen Informationen neu eingeschätzt. Die Vergabe von Flüssigkeit gestaltet sich mitunter recht schwierig. Alternativen wie Eindicken von Flüssigkeit werden zunehmend stärker von den Pflegenden eingesetzt und ein entsprechender Hinweis wird in das Trinkprotokoll aufgenommen. Nach wie vor werden die Trinkprotokolle nicht systematisch ausgewertet, es werden nicht immer pflegerische Konsequenzen aufgezeigt und entsprechende Maßnahmen ergriffen. Alternativen wie die Vergabe von Flüssigkeit mittels s. c. Infusion auf ärztliche Anordnung werden durchgeführt und die Vergabe wird im Trinkprotokoll nachgewiesen. Mitunter kommt es zu einer Doppeldokumentation in Trinkprotokoll und Leistungsnachweis der Behandlungspflege.

■ Ernährungsprotokoll

Das Ernährungsprotokoll wird meist dann geführt, wenn bei den Betroffenen massive Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, sei es z. B. aufgrund einer Ablehnung der angebotenen Speisen oder aufgrund einer Schluckstörung. Dies gilt auch, wenn ein Gewichtsverlust erkennbar ist. Der individuelle Energie- und Nährstoffbedarf wird nicht immer ermittelt und der Ernährungsstatus zur Informationssammlung nicht immer erhoben. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt nicht systematisch und es ist anhand der Pflegedokumentation nicht durchweg erkennbar, welche Nahrungsmittel der/die Betroffene meidet und ob Nahrungsergänzungen erforderlich und sinnvoll sein können. Für das Ernährungsprotokoll gilt ebenfalls, dass es in der Regel täglich geführt wird und nicht dem individuellen Bedarf der Betroffenen entsprechend. Die Informationen sind häufig nicht aussagekräftig, wenn z. B. lediglich die Menge der aufgenommenen Nahrung, nicht aber die einzelnen Komponenten benannt werden.

■ Miktionsprotokoll

Dieses Protokoll wird nicht systematisch zur Ermittlung individueller Ausscheidungsmuster eingesetzt. Dabei führt der Einsatz des Miktionsprotokolls zum Erfolg, weil Menschen mit Demenz oft als inkontinent eingeschätzt werden, tatsächlich aber nur aufgrund z. B. einer Orientierungsstörung die Toilette

nicht finden oder aufgrund einer Apraxie ihre Kleidung nicht mehr handhaben können.

■ **Sturzrisikoeinschätzung**

Vereinzelt wird das Sturzrisiko, welches mit einem ausgeprägten Bewegungsdrang einhergeht, ermittelt bzw. beschrieben. Sturzrisiko-Skalen werden vereinzelt eingesetzt. In der Regel wird das Risiko in der Anamnese oder in der Pflegeplanung beschrieben, indem die Risikofaktoren benannt werden. Sturzprotokolle werden nach jedem Sturzereignis geschrieben und zunehmend ausgewertet.

■ **Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen**

Im Zusammenhang mit einem starken Bewegungsdrang und einer damit verbundenen Sturzgefahr werden bei Menschen mit Demenz auch freiheitseinschränkende Maßnahmen angewendet. Die Dokumentation der Durchführung orientiert sich meist an den Vorgaben der jeweiligen Amtsrichter/-innen. Dabei wird entweder ständig jede Maßnahme dokumentiert oder die Dokumentation wird nach der Bewilligung eingestellt. Es existieren (außer in Bayern) keine eindeutigen Vorgaben.

■ **Leistungsnachweis Sozialer Dienst**

In vielen Einrichtungen sind Mitarbeiter/-innen des Sozialen Dienstes an der Tagesgestaltung der Bewohner/-innen beteiligt. Diese Personen wirken nicht immer an der Pflegeplanung mit und sie weisen ihre Leistungen nicht in einer Form nach, die beispielsweise eine Evaluation möglich macht. So ist nicht immer erkennbar, warum der/die Bewohner/-in das Angebot erhält und wie er/sie darauf reagiert. Es ist nicht nachvollziehbar dargestellt, in welcher Form der/die Bewohner/-in möglicherweise zur Teilnahme motiviert werden kann oder wie er/sie sich nach der Teilnahme verhält. Somit kann nicht belegt werden, dass das Angebot den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Bewohners/der Bewohnerin entspricht.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Je nach Diagnose werden Vitalwerte regelmäßig kontrolliert. Selten erfolgt die Kontrolle in direktem Zusammenhang mit einer Demenz. Ermittelt werden Blutzuckerwerte; Blutdruck- und Pulskontrollen werden seltener durchgeführt. Das Gewicht wird meist bei allen Bewohner(n)/-innen in der von den Leitungsverantwortlichen festgelegten Häufigkeit durchgeführt und es wird der BMI berechnet. Je nach BMI verändert sich die Kontrollhäufigkeit bewohnerbezogen. Nicht immer wird berücksichtigt, dass Übergewicht eine Mangelernährung nicht ausschließt und Probleme, die aufgrund eines Übergewichts entstehen können, werden nicht ermittelt.

■ Schmerzprotokoll

Schmerzskalen eignen sich nur bedingt für den Einsatz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Bei orientierten Bewohner(n)/-innen können sie im Zusammenhang mit akuten Schmerzen sinnvoll sein. Bei chronischen Schmerzen werden sie nicht empfohlen. Für den Einsatz bei Menschen mit Demenz sind sie ungeeignet, weil sie in der Regel zu keinem Ergebnis führen. Die Beobachtung der Betroffenen bzgl. möglicher Schmerzen und die Deutung dieser als Ursache für besondere Verhaltensweisen der Betroffenen, ist noch nicht geübte Praxis in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Schmerzprotokolle werden selten geführt, obwohl die Kenntnis über diejenigen Situationen, in denen ein Mensch mit Demenz Schmerzen äußert oder sich so verhält, dass das Vorhandensein von Schmerzen vermutet werden kann, für die Pflege und Betreuung unentbehrlich sind. Die entsprechenden Beobachtungen werden jedoch oft nicht systematisch dokumentiert und ausgewertet. Ebenso sind der Pflegedokumentation selten Informationen zu entnehmen, die auf die Schmerzintensität schließen lassen. Der Weg über Versuch und Irrtum im Zusammenhang mit Schmerzen scheitert mitunter an der Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen.

■ Ärztliche Verordnung

Bei der Behandlung einer Demenz sind in der Regel Hausärzte/Hausärztinnen und seltener Fachärzte/Fachärztinnen involviert. Die Behandlung erfolgt nicht immer am aktuellen medizinischen Stand orientiert und es kommen nach wie vor Arzneimittel zum Einsatz, von denen bekannt ist, dass sie für die Behandlung von Menschen mit Demenz eher ungeeignet sind. Die Ergebnisse einer von den Pflegefachkräften mit den Ärzten/Ärztinnen und ggf. den Angehörigen geführten Diskussion zur Therapie sind nicht immer nachvollziehbar in der Pflegedokumentation festgehalten. Besonders auch im Bereich der Bedarfsmedikation liegt nicht immer eine eindeutige Verordnung vor. So wird die Indikation für die Vergabe oft nur unzureichend beschrieben („Unruhe“) und nicht immer ist erkennbar, wie groß der zeitliche Abstand zwischen den Einzelgaben sein soll.

■ Sonstiges

Wirkungen und Nebenwirkungen, möglicherweise hervorgerufen durch Psychopharmaka, werden häufig unzureichend beschrieben.

Zur Beurteilung der Situation von Menschen mit Demenz wird in einigen Einrichtungen mit Dementia Care Mapping gearbeitet. Weitere eingesetzte Instrumente zur Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz sind der Clipper und H.I.L.DE. Die Ergebnisse werden gesondert dokumentiert, ebenso die der anschließend durchgeführten Fallbesprechungen. Das Datum der Anwendung ist in der Pflegedokumentation festgehalten und die Ergebnisse fließen in der Regel nachvollziehbar in die Pflegeplanung ein.

3.4.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer Demenz ausgesprochen.

3.4.4.1 Risikoeinschätzung

Bei der Aufnahme von Menschen mit Demenz wird auf eine weitgehend eindeutige Diagnose geachtet. Zumindest sollte erkennbar sein, ob von einer Alzheimer-Demenz auszugehen ist, ob eher von einer Multiinfarkt-Demenz oder ob es sich um eine Mischform beider Demenzformen handelt. Die Unterscheidung einer Demenz von einer Depression sollte erfolgt sein bzw. von den Pflegefachkräften initiiert werden. Wo Pflegefachkräfte Testverfahren anwenden, sind an diese Anwendung bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Die Anwender/-innen müssen in der Anwendung der Tests geschult sein und sie müssen in der Lage sein, die Ergebnisse einzuschätzen, zu einem Gesamtbild zu verbinden und entsprechende zielorientierte Maßnahmen abzuleiten. Da viele Menschen mit Demenz sehr sensibel auf die Anwendung von Tests reagieren, sollte der/die Anwender/-in über fundiertes gerontopsychiatrisches Fachwissen verfügen und sehr einfühlsam vorgehen. Die Planung geeigneter Interventionen erfordert Fachwissen bezogen auf die jeweilige Demenzform.

Im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz sind unterschiedliche Risiken einzuschätzen. Dazu zählen u.a.

- das Sturzrisiko
- das Risiko der Mangel- und/oder Unterernährung
- die Gefahr des Flüssigkeitsdefizits
- die Gefahr der Aspiration/Pneumonie
- die Gefahr der Inkontinenz
- die Gefahr eines Beschäftigungsdefizits
- die Isolationsgefahr
- die Gefahr einer Arzneimittelüberdosierung.

Bei Einzug neuer Bewohner/-innen werden nicht nur Gewicht und BMI berechnet, sondern es werden Zeichen für eine möglicherweise bestehende Mangelernährung/Unterernährung gesucht. Dazu zählen z.B. Einrisse an den Mundwinkeln, Veränderungen der Fingernägel, Einblutungen unter der Haut, z.B. an den Unterarmen etc. Entspricht die mitgebrachte Kleidung der Konfektionsgröße des Bewohners/der Bewohnerin, kann davon ausgegangen werden, dass zumindest in den letzten Jahren das Körpergewicht stabil war. Eine Bestätigung für diese Annahme kann das Gespräch mit den Angehörigen bringen.

3.4.4.2 Zusatzelemente

■ Trinkprotokoll

Die Sicherstellung einer Versorgung von Menschen mit Demenz mit der für sie erforderlichen Menge an Flüssigkeit stellt die Pflegenden mitunter vor große Probleme. Veränderungen als Folge des Alters, wie die Abnahme des

Durstgefühls, können von orientierten Menschen kompensiert werden. Menschen mit Demenz fehlt häufig diese Fähigkeit und sie können sich nicht selbst zum Trinken motivieren. Die Motivation muss von den Pflegenden kommen. Mitunter wird das Problem durch eine beginnende oder bestehende Schluckstörung verschärft und bei den Betroffenen besteht die Gefahr einer Aspiration und in der Folge die einer Pneumonie. Der Nachweis der vergebenen Flüssigkeit erfolgt über das Trinkprotokoll.

Ein Trinkprotokoll wird täglich geführt bei Bewohner(n)/-innen, die regelmäßig das Trinken ablehnen und die nur mit großer Mühe die ihrem Bedarf entsprechende Trinkmenge aufnehmen. In diesen Fällen werden im Pflegebericht Informationen wie „Getränk angeboten, abgelehnt“ etc. dokumentiert und entsprechend ausgewertet. Kann der/die Betroffene nur Flüssigkeit in einer bestimmten Konsistenz zu sich nehmen, wird dies in der Pflegedokumentation, vorzugsweise in der Pflegeplanung, beschrieben. Wenn bekannt ist, dass der/die Betroffene Süßspeisen schätzt, Getränke aber in der Regel ablehnt, können ihm u.U. Getränke eingedickt als Süßspeise gereicht werden.

Bei Bewohner(n)/-innen, die problemlos die ihnen angebotenen Getränke zu sich nehmen, kann ein Trinkplan das Führen eines Trinkprotokolls ersetzen. Im Pflegebericht wird festgehalten, wenn der/die Bewohner/-in die für ihn/sie festgelegte Trinkmenge nicht erreicht. In diesem Fall wird die Pflegeplanung bei wiederholter Abweichung an die veränderte Situation angepasst.

Bei anderen Bewohner(n)/-innen, die problemlos und dem Eindruck der Pflegenden nach „ausreichend“ trinken, wird dies an bestimmten Tagen im Monat durch die Dokumentation der Trinkmenge belegt.

Bei allen Bewohner(n)/-innen wird die individuell erforderliche Trinkmenge berechnet. Wo Diagnosen vorliegen, die auf eine Reduzierung/Erhöhung des Flüssigkeitsbedarfs hindeuten, wird die Trinkmenge mit dem Arzt/der Ärztin festgelegt. Im Gespräch mit den Betroffenen selbst und/oder mit den Angehörigen wird das Trinkverhalten vor Einzug erfragt, in der Pflegeanamnese dokumentiert und ggf. wird die berechnete Trinkmenge unter Berücksichtigung der Gewohnheiten korrigiert. Auch in diesem Fall empfiehlt sich die Absprache mit dem Arzt/der Ärztin. Wird eine Trinkmenge unter der berechneten Menge festgelegt, sollten Alternativen für den Fall, dass die gewünschte Trinkmenge unterschritten wird, vereinbart werden. Dazu zählt auch die Vergabe von Flüssigkeit in Form einer s. c. Infusion. Die Menge der s. c. vergebenen Flüssigkeitsmenge wird ebenfalls im Trinkprotokoll nachgewiesen. Dabei ist darauf zu achten, dass eine Doppeldokumentation in Trinkprotokoll und Behandlungspflegenachweis vermieden wird. In allen Fällen wird die Gesamttrinkmenge berechnet. Dies sollte während der Übergabe von Früh- zu Spätdienst geschehen, damit ggf. eine Korrektur durchgeführt werden kann. Erhält der/die Bewohner/-in Flüssigkeit ausschließlich über PEG, genügt bei eindeutiger Verordnung der Leistungsnachweis.

■ Ernährungsprotokoll

Für jede/n Betroffene/n wird die individuell erforderliche Energiemenge berechnet. Bei Bewohner(n)/-innen, die sich einseitig ernähren, wird zudem ein Ernährungsstatus mit dem Ziel erhoben, eine Mangelernährung zu identifizieren. Die Nahrung wird entsprechend ergänzt, sei es durch Zusatznahrung oder durch Nahrungsergänzungsmittel. Zusätzlich kann die normale Mahlzeit, z. B. mit Eiweißflocken oder zusätzlichem Fett, angereichert werden. Die Auswirkungen auf die Verdauung sind in jedem Fall zu beobachten und zu dokumentieren.

Ein Ernährungsprotokoll wird täglich geführt bei Betroffenen, die entweder die ihnen angebotenen Mahlzeiten ablehnen oder die aufgrund einer Schluckstörung nicht immer alle Mahlzeiten beenden. Lehnen Bewohner/-innen Mahlzeiten oder bestimmte Komponenten ab, wird im Pflegebericht aufgeführt, welche Alternativen ihnen angeboten werden und wie sie auf diese reagieren. Gerade bei der Ernährung von Bewohner(n)/-innen, bei denen sich frühere Vorlieben und Gewohnheiten verändern, erwächst die Lösung aus Versuch und Irrtum und entsprechende Informationen werden gesammelt und im Pflegebericht dokumentiert.

Bei Bewohner(n)/-innen, die die ihnen angebotenen Mahlzeiten mit Unterstützung zu sich nehmen, reicht der Nachweis der Hilfestellung. Eine regelmäßige Gewichtskontrolle belegt in diesem Fall, dass die durchgeführten Maßnahmen zum Ziel führen.

Ein Ernährungsprotokoll kann auch geführt werden, um zu ermitteln, welche Vorlieben sich herausbilden und zu welchen Tageszeiten die Hauptmenge an Nahrung aufgenommen wird. Für Menschen mit Demenz gilt, dass die Nahrungskarenz zehn Stunden nicht überschreiten darf. Das Anreichen oder Anbieten einer Spät- oder Nachtmahlzeit oder eines Frühkaffees ist zu dokumentieren. Die früheren Gewohnheiten sind zu ermitteln; mit dem Arzt/der Ärztin sind ggf. die Kalorienmenge und die Nahrungszusammensetzung abzustimmen.

Wird der/die Betroffene ausschließlich über PEG ernährt, genügt die Dokumentation über den Leistungsnachweis. Erhält der/die Betroffene zusätzlich oral Nahrung, wird ein Ernährungsprotokoll immer dann geführt, wenn das Ziel einer ausschließlichen oder überwiegenden oralen Ernährung erreicht werden soll.

■ Miktionsprotokoll

Vielfach entsteht bei Menschen mit Demenz eine Inkontinenz nur aufgrund einer Orientierungsstörung oder der Unfähigkeit, den verspürten Harn- und/oder Stuhldrang zu benennen bzw. eine Toilette selbständig aufzusuchen. Diese Personen können bei entsprechend geplanten Toilettenbesuchen sehr lange kontinent bleiben. Aus diesem Grund ist es erforderlich, individuelle Toilettenbesuche zu planen und nicht im Sinne einer „Rundpflege“ (ab 10.30 Uhr werden alle Bewohner/-innen zur Toilette geführt)

durchzuführen. Zu berücksichtigen ist hierbei die Art der Demenz. So kann z. B. bei einer Multiinfarkt-Demenz ein gezieltes Toilettentraining die Kontinenz über einen längeren Zeitraum erhalten. Bei einer Demenz vom Alzheimer Typ kann hingegen bei den Betroffenen schon früh das Wissen um die Nutzung einer Toilette verloren gehen. U.U. können Alternativen angeboten werden (z.B. ein „Nachttopf“, wie er früher verwendet wurde, wenn dies dem Bewohner/der Bewohnerin die Orientierung erleichtert) oder es wird eine individuelle Versorgung mit Inkontinenzmaterial geplant. Dieses sollte genau dem Bedarf der Betroffenen entsprechen und keine Überversorgung darstellen. Die Kombination von Miktionsprotokoll und Beobachtung der Betroffenen kann auch bei Menschen mit Demenz einen regelmäßigen Toilettenbesuch und u.U. eine Kontinenz sichern. Das Protokoll wird bei jedem neuen Bewohner/jeder neuen Bewohnerin mit einer Demenz bei gleichzeitiger Inkontinenz geführt. Sobald konkrete Zeiten für einen Toilettenbesuch ermittelt sind, wird das Führen ausgesetzt. Verändert sich das Ausscheidungsverhalten, wird das Protokoll erneut solange geführt, bis konkrete Zeiten erkennbar sind. Gelingt dies nicht mehr, wird auf das Protokoll künftig bei diesem/dieser Bewohner/-in verzichtet.

■ **Sturzrisikoeinschätzung**

Bei jedem neuen Bewohner/jeder neuen Bewohnerin wird das Sturzrisiko anhand der bekannten Sturzrisikofaktoren ermittelt. Eine regelmäßige Neuerfassung ist nicht erforderlich, wenn sich der Allgemeinzustand des Bewohners/der Bewohnerin nicht verändert. Jedes Sturzereignis wird dokumentiert, die Sturzursache wird ermittelt und das Sturzrisiko neu beurteilt. Durch eine Auswertung der Sturzereignisse können ggf. konkret an den jeweiligen Auslöser angepaßte prophylaktische Maßnahmen geplant und durchgeführt werden. Auswertung, Ergebnis und Maßnahme sind dem Pflegebericht und der Pflegeplanung zu entnehmen.

■ **Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen**

Im Zusammenhang mit einer demenziellen Erkrankung und dem zeitweiligen starken Bewegungsdrang, verbunden mit einer erhöhten Sturzgefahr, kann eine zeitlich befristete Freiheitseinschränkung unumgänglich sein. Ist die Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen nach Prüfung aller Alternativen nicht zu vermeiden, wird die Genehmigung der Maßnahme beim Amtsgericht beantragt. Je nach Forderung des Amtsrichters/der Amtsrichterin wird die Maßnahme dokumentiert. Grundsätzlich gilt, dass bei Bewohner(n)/-innen, die regelmäßig täglich in bestimmten festgelegten Situationen in ihrer Freiheit eingeschränkt werden, der Hinweis auf eine Abweichung von der Planung im Pflegebericht genügt. Der Nachweis jeder einzelnen Maßnahme ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Werden Bewohner/-innen in unregelmäßigen Abständen und im Sinne einer Bedarfsmaßnahme in ihrer Freiheit eingeschränkt, sind Grund, Maßnahme,

Dauer und Verhalten des Bewohners/der Bewohnerin zu dokumentieren bzw. zu beschreiben.

Wird eine freiheitseinschränkende Maßnahme ohne entsprechende Anordnung des Amtsrichters/der Amtsrichterin durchgeführt, wird jede einzelne Maßnahme bis zur endgültigen Entscheidung dokumentiert. Dies gilt auch für jede Maßnahme, die im Sinne eines „rechtfertigenden Notstandes“ durchgeführt wird.

Im Zusammenhang mit der Durchführung freiheitseinschränkender Maßnahmen bei Menschen mit Demenz werden Reaktionen der Betroffenen auf diese Maßnahmen genau beobachtet, im Pflegebericht beschrieben und die Anwendung wird ggf. neu überdacht. Gerade bei Menschen mit Demenz ist es erforderlich, die mittelbaren Folgen (Stress, Entstehung eines Magengeschwürs, Herz-Kreislauf-Störungen, bis hin zum Tod) freiheitseinschränkender Maßnahmen ggf. gegen ein erhöhtes Sturzrisiko abzuwägen.

■ **Leistungsnachweis Sozialer Dienst**

Die Mitarbeiter/-innen des Sozialen Dienstes sind an der Pflege und Betreuung der Bewohner/-innen und am Führen der Pflegedokumentation beteiligt. Dies bedeutet vor allem eine Beteiligung an der Erstellung der Pflegeplanung. Es muss nachvollziehbar sein, warum und mit welchem Ziel dem Bewohner/der Bewohnerin ein bestimmtes Angebot unterbreitet wird. U.U. sind diese Mitarbeiter/-innen auch an der Vorfeldarbeit und/oder am Erfragen biografischer Daten beteiligt. Die Mitarbeiter/-innen dieses Dienstes weisen die Durchführung der von ihnen geplanten Leistungen nach. Sie führen einen Verlaufsbericht mit dem Ziel der Evaluierung. Anhand der Pflegedokumentation muss erkennbar sein, inwieweit das Angebot den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Bewohners/der Bewohnerin entspricht. Erweist sich die Teilnahme von Menschen mit Demenz an Gruppenangeboten als für sie ungeeignet, werden Einzelbetreuungen angeboten. Eine parallele Dokumentation von Sozial- und Pflegedienst wird vermieden und alle bewohnerbezogenen Unterlagen/Informationen liegen an einer Stelle gebündelt vor. Bei einer EDV-gestützten Pflegedokumentation ist dies problemlos möglich, bei einer manuell gestützten sind u.U. einrichtungsintern entsprechende Vorgaben zu erarbeiten. Zu beachten ist zudem, dass in der Einrichtung neben einem Pflegekonzept auch ein Konzept für die Soziale Betreuung vorliegen soll; beide Konzepte müssen das Zusammenwirken der Fachbereiche aufzeigen.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Die im Zusammenhang mit einer Demenz kontrollierten Vitalwerte sind in der Regel der Blutzuckerwert und das Gewicht. Selten werden Blutdruck und Puls kontrolliert. Die Blutzuckerwerte werden meist bei sehr mobilen Bewohner(n)/-innen, die an einem Diabetes mellitus erkrankt sind, bei solchen mit Ernährungsproblemen (zu viel, zu wenig) und insulinpflichtigen Diabetiker(n)/-innen kontrolliert. Häufig scheitern die Kontrollen jedoch an der Ak-

zeptanz der Betroffenen. So lehnen viele Menschen mit Demenz eine Blutzuckerkontrolle ab, weil sie durch den plötzlichen Schmerz bei der Punktion von Fingerbeere oder Ohr erschrecken und entweder durch Weggehen oder Abwehren das weitere Vorgehen verweigern. In diesen Fällen ist es u.U. sinnvoller, den Urinzucker zu bestimmen bzw. auf die Bestimmung des Hb-A_{1c} auszuweichen.

Eine regelmäßige Gewichtskontrolle ist immer angezeigt und die Berechnung des BMI wird empfohlen, auch wenn dieser nur ein Indikator für eine möglicherweise bestehende Unter-/Mangelernährung darstellt. Grundlage für die Beurteilung des BMI sind die Werte für Menschen über 65 Jahre. Die Häufigkeit der Kontrollen richtet sich nach der individuellen Bewohnersituation.

■ Schmerzprotokoll

Bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz erscheint der Einsatz von Schmerzskalen und Schmerzprotokollen nicht geeignet. In der Regel können die Betroffenen die für die Bearbeitung der o.g. Instrumente erforderlichen Angaben nicht mehr formulieren. Für den Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit Demenz ist die Beobachtungsfähigkeit der Pflegenden von großer Bedeutung. Viele Veränderungen im Verhalten der Betroffenen lassen auf Schmerzen schließen, die jedoch von den Betroffenen nicht lokalisiert und hinsichtlich ihrer Intensität beschrieben werden können. Häufig liegen zusätzliche Erkrankungen vor, die das Vorhandensein von Schmerzen vermuten lassen. Es ist Aufgabe der Pflegefachkräfte, im Sinne von Versuch und Irrtum und in Absprache mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin eine Schmerztherapie einzuleiten und die Wirkung des Medikamentes genau zu beschreiben, zu dokumentieren und die Ergebnisse auszuwerten. Dass Menschen mit Demenz einen geringeren Verbrauch an Schmerzmitteln als ihre nicht dementen Altersgenossen haben, bedeutet keineswegs, dass sie nicht unter Schmerzen leiden. Vieles spricht vielmehr dafür, dass die Betroffenen nicht systematisch hinsichtlich erkennbarer Schmerzzeichen beobachtet werden. Alle Hinweise auf möglicherweise bestehende Schmerzen sollten im Pflegebericht dokumentiert, ausgewertet und ggf. in der Pflegeplanung berücksichtigt werden.

■ Ärztliche Verordnung

Im Zusammenhang mit der Behandlung einer Demenz sollten neben den Hausärzten/Hausärztinnen möglichst Fachärzte/Fachärztinnen einbezogen werden. Die Behandlung ist an den aktuellen medizinischen Erkenntnissen zu orientieren. Lehnt der Arzt/die Ärztin eine solche Behandlung ab, wird das Gespräch mit ihm/ihr im Pflegebericht dokumentiert. Bei der Verordnung einer Bedarfsmedikation ist die Indikation genau zu beschreiben und u.U. sind die Zeitabstände zwischen den Einzelgaben auszuweisen. Die Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente werden im Pflegebericht beschrieben und

es wird dokumentiert, wann welche Information an den Arzt/die Ärztin weitergegeben wurde.

■ **Sonstiges**

Anhand der Pflegedokumentation muss erkennbar sein, welche Betreuungsansätze praktiziert werden und wie der/die Bewohner/-in darauf reagiert. Im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz sind die Konstanz bei der Durchführung von Pflege und tagesstrukturierenden Maßnahmen und die Konstanz der Pflegeperson wichtige Voraussetzungen für eine stabilisierende Beziehung.

3.4.5 **Vorschläge für die Praxis**

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei Demenz werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ **Das sollten Sie vermeiden**

- Die Demenz zur Nebensache werden lassen durch die Art wie die Pflegedokumentation geführt wird (die Demenz wird nicht als Hauptproblem beschrieben)
- Skalen und/oder Tests einsetzen ohne entsprechende Schulung der Pflegefachkräfte

■ **Das sollten Sie tun**

- Das Wohnumfeld soweit wie möglich so gestalten, wie es nach heutigem Wissensstand den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz entspricht
- Die Mitbehandlung der Bewohner/-innen durch einen Facharzt/eine Fachärztin anregen
- Eine Behandlung zusätzlich bestehender Erkrankungen anregen und darauf achten, dass die Symptome dieser Erkrankungen nicht als Folge einer Demenz fehl gedeutet werden (z. B. im Zusammenhang mit Einschränkungen der Sinneswahrnehmung)
- Die Diagnostik zur Unterscheidung einer Demenz von einer Depression anregen
- Den Einbezug aller an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen in das Führen der Pflegedokumentation sicherstellen
- Vor der Entscheidung für eine Pflegedokumentation oder für Zusatzelemente, die den besonderen Anforderungen einer Dokumentation der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz entsprechen sollen, prüfen, ob es nicht möglich ist, im vorhandenen Dokumentationssystem alle erforderlichen Informationen zu erfassen
- Regeln für die Dokumentation des pflegerischen Mehrbedarfs, der sich aus einer demenziellen Erkrankung ableiten lässt aufstellen
- Die Dokumentation der Ergebnisse von Diskussionen mit Ärzten/Ärztinnen, Angehörigen und/oder Betreuer(n)-innen über eine dem aktuellen Stand

- medizinischer und pflegefachlicher Erkenntnisse entsprechenden Therapie sicherstellen
- Kriterien für die Entscheidung für oder gegen eine Ernährung über PEG bei Demenz aufstellen und sicherstellen, dass der Weg bis zur Entscheidung nachvollziehbar im Pflegebericht dokumentiert wird
 - Regeln für den Einsatz von Psychopharmaka erarbeiten
 - Kriterien für die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen aufstellen, die Überprüfung aller Alternativen zu diesen Maßnahmen sicherstellen und festlegen, in welchen Situationen die Erforderlichkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen überprüft werden muss
 - Beratungsgespräche anbieten und Regeln für die Dokumentation festlegen
 - Die Vermittlung von aktuellem Wissen im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz (z.B. Erkennen der Gefahr einer Mangelernährung und/oder eines Flüssigkeitsdefizits, Erkennen von Schmerzzeichen, Umfeldgestaltung, Wirkung und Nebenwirkung von Psychopharmaka etc.) gewährleisten

■ **Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren**

- Willi Rückert et al. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Ernährung bei Demenz. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Angekündigt für Frühjahr 2007
- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Prävention und Rehabilitation Band 4. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York. 2004. Kapitel 3 - 8, Seiten 374 - 381 und Kapitel 19, Seiten 179 - 201

Internet:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: www.bmfsfj.de (Stichwort: Demenz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Berlin e.V.: www.deutsche-alzheimer.de (Stichwörter: Demenz, Alzheimer. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Kuratorium Deutsche Altershilfe: www.kda.de (Stichwort: Demenz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Demenz-Support: www.demenz-support.de (Stichwort: Keines, bitte Links und Publikationen aufrufen. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.5: Inkontinenz		Seite
3.5.1	Kurzbeschreibung	80
3.5.2	Hintergrundinformationen	80
3.5.2.1	Harninkontinenz	80
3.5.2.2	Stuhlinkontinenz	81
3.5.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	81
3.5.3.1	Risikoeinschätzung	82
3.5.3.2	Zusatzelemente	83
	■ Miktionsprotokoll	83
	■ Trinkprotokoll	83
	■ Ernährungsprotokoll	83
	■ Vitalwerteprotokoll	83
	■ Bilanzierungsprotokoll	83
	■ Nachweis der Stuhlentleerung	84
3.5.4	Empfehlungen	84
3.5.4.1	Risikoeinschätzung	84
3.5.4.2	Zusatzelemente	84
	■ Miktionsprotokoll	84
	■ Trinkprotokoll	85
	■ Ernährungsprotokoll	85
	■ Vitalwerteprotokoll	85
	■ Bilanzierungsprotokoll	85
	■ Nachweis der Stuhlentleerung	85
3.5.5	Vorschläge für die Praxis	86
	■ Das sollten Sie vermeiden	86
	■ Das sollten Sie tun	86
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	86

3.5 Inkontinenz

3.5.1 Kurzbeschreibung

Bei der Inkontinenz wird unterschieden zwischen einer Harn- und einer Stuhlinkontinenz. Unter einer Harninkontinenz wird der unfreiwillige Urinverlust und unter einer Stuhlinkontinenz die unfreiwillige Defäkation verstanden. Die Harninkontinenz ist weiter verbreitet als die Stuhlinkontinenz.

3.5.2 Hintergrundinformationen

3.5.2.1 Harninkontinenz

Es gibt verschiedene Formen der Harninkontinenz; diese beruhen in der Regel auf Speicher- und/oder Entleerungsfunktionsstörungen der Harnblase. U.U. begünstigen funktionelle Einschränkungen den unfreiwilligen Harnverlust. Die häufigsten Formen der Harninkontinenz sind

- die Stress- oder Belastungsinkontinenz, bei der es zu einem unfreiwilligen Urinverlust bei körperlicher Belastung kommt. Eine gestörte Speicherfunktion der Harnblase liegt nicht vor.
- die Dranginkontinenz. Bei ihr geht dem unfreiwilligen Harnverlust entweder ein Harndrang voraus oder er tritt gleichzeitig mit ihm auf. Bei dieser Form der Inkontinenz liegt eine Speicherfunktionsstörung der Blase vor.
- die Mischinkontinenz aus den beiden o.g. Formen. Es liegt ebenfalls eine Speicherfunktionsstörung vor.
- die Reflexinkontinenz, bei der es bei nur gering verspürtem Harndrang zu einer ungewollten aktiven Entleerung der Blase kommt. Der/die Betroffene kann den Harnröhrenschließmuskel nicht mehr kontrollieren.
- die chronische Harnretention, auch Überlaufinkontinenz (häufig als Folge einer Prostatavergrößerung), bei der die Blase nur unvollständig entleert wird. Dabei kann es zu einem unfreiwilligen Urinverlust kommen. Es liegt eine Entleerungsstörung der Blase vor.
- die neurogene Blasenfunktionsstörung, bei der eine Verletzung des Rückenmarks mit einer Reizweiterleitungsstörung zum Gehirn einhergeht.
- die extraurethrale Inkontinenz, bei der Urin über andere Wege austritt wie beispielsweise über eine Fistel. Es liegt sowohl eine Speicher- als auch eine Entleerungsstörung der Blase vor.
- die Inkontinenz, die nicht eindeutig diagnostiziert werden kann.

Die Harninkontinenz stellt kein eigenständiges Krankheitsbild dar; sie tritt meist im Zusammenhang mit einer Erkrankung der Harnblase, der Harnröhre oder des Harnröhrenschließmuskels auf.

Ursachen für eine Harninkontinenz können sein:

- Schwäche der Beckenbodenmuskulatur
- Senkung des Beckenbodens
- Hormonelle Veränderungen
- Vergrößerung der Prostata
- Harnwegsinfekt

- Blasensteine
- Blasentumore
- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose
- Diabetes-Neuropathie
- Demenz im mittelschweren bis schweren Stadium
- Apoplex
- Hirntumore
- Verletzungen des Rückenmarks
- Störung der Steuermechanismen

Bei 40 % der Bewohner/-innen mit Harninkontinenz kann durch gezielte Maßnahmen zumindest tagsüber Kontinenz erreicht werden. Vor der Einleitung einer Therapie steht immer die Diagnose.

3.5.2.2 Stuhlinkontinenz

Unter einer Stuhlinkontinenz wird die Unfähigkeit verstanden, den Stuhl willentlich zurückzuhalten. Es werden drei Schweregrade unterschieden:

- Gelegentliche Verschmutzung der Wäsche und unkontrollierter Darmgasabgang
- Häufige Verschmutzung der Wäsche und regelmäßig unkontrollierter Darmgasabgang mit gleichzeitigem Abgang von flüssigem Stuhl
- Vollständig unkontrollierter Abgang von Stuhl und Darmgasen

Die Stuhlinkontinenz tritt seltener auf als die Harninkontinenz, ist für die Betroffenen jedoch weitaus belastender. Die Ursachen, die zu einer Stuhlinkontinenz führen können, sind vielfältig und können begründet sein

- in einer Störung der Impulsverarbeitung (z.B. bei Morbus Alzheimer oder Multipler Sklerose)
- einer psychischen/psychiatrischen Störung (Rückfall in kleinkindliche Verhaltensweisen, Psychosen)
- einer Unterbrechung der Impulsüberleitung (Querschnittslähmung)
- einer sensorischen Störung (Hämorrhoiden-Operation, Rektumprolaps, Dickdarmentzündung)
- einer muskulären Störung (Tumore, Abszesse, Fisteln, Überdehnung durch Obstipation, nachlassende Verschlusskraft).

Auch bei der Stuhlinkontinenz steht vor der Therapie die Diagnose, da es sich um ein Symptom einer ernsthaften, aber möglicherweise behandelbaren Erkrankung handeln kann.

3.5.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Bislang wird das Problem der Inkontinenz in der Pflegeanamnese erfasst und in der Pflegeplanung bearbeitet. Eine Diagnostik der Inkontinenz erfolgt in der Regel nicht und die Chancen einer individuell angepassten Therapie können von den Betroffenen nicht genutzt werden. Die Maßnahmen der Pflegenden bezie-

hen sich meist auf das Angebot und die Durchführung mehr oder weniger individuell geplanter Toilettenbesuche oder den Wechsel von Inkontinenzmaterial. Dabei wird der Harninkontinenz, weil sie häufiger vorkommt, ein anderer Stellenwert zugewiesen als der Stuhlinkontinenz. Nicht immer werden die Möglichkeiten zur Kompensation einer Inkontinenz genutzt (Urinalkondome, Analtampouaden etc.).

Der pflegerische Umgang mit einer bestehenden Inkontinenz ist nicht immer sachgerecht. Neben der Versorgung mit Inkontinenzmaterial in Form von Einlagen wird nach wie vor auch die Urinableitung über eine künstliche Ableitung (Dauerkatheter) durchgeführt. Anhand der Pflegedokumentation ist nicht immer erkennbar, aus welchem Grund der/die Bewohner/-in mit einem Dauerkatheter versorgt wird und ob geprüft wurde, ob auf ihn verzichtet werden kann. Vereinzelt gehen Pflegende auch nach der Veröffentlichung des nationalen Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege irrtümlich noch davon aus, dass ein Dauerkatheter eine Form der Dekubitusprophylaxe darstellt. Weiter wird teilweise an einem Toilettentraining festgehalten, auch wenn die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, die Toilette zu nutzen, weil sie z.B. deren Sinn nicht mehr erkennen. Manchmal ist der/die Bewohner/-in inkontinent, weil ihm/ihr die Möglichkeit fehlt, um entsprechende Unterstützung nachzufragen. Dies trifft zu, wenn der/die Betroffene den Schwesternruf nicht erreichen oder sein/ihr Bedürfnis verbal nicht mitteilen kann. Mitunter wird dünnflüssiger Stuhlgang als eine Form der Diarrhö zwar als Ereignis dokumentiert, anhand der Pflegedokumentation ist jedoch nicht immer ersichtlich, ob nach Ursachen für die Diarrhö gesucht wird. Selten werden z. B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten ausgetestet oder mögliche Resorptionsstörungen untersucht. Auf die Gefahr einer paradoxen Diarrhö wird in der Pflegedokumentation selten eingegangen.

3.5.3.1 Risikoeinschätzung

Skalen zur Einschätzung des Risikos, eine Inkontinenz zu entwickeln, liegen nicht vor. Die Risikoeinschätzung erfolgt meist aufgrund der Erfahrungen der Pflegefachkräfte. Nicht immer ist bekannt, bei welchen medizinischen Diagnosen bzw. bei welchen pflegerischen Besonderheiten die Entstehung einer Inkontinenz möglich/wahrscheinlich ist. Häufig wird bei der Einschätzung des Inkontinenzrisikos und des Schweregrades der Inkontinenz auf Instrumente der Anbieter von Inkontinenzmaterialien zurückgegriffen. Die so gewonnenen Informationen erleichtern zumindest die Entscheidung für ein individuell an die jeweilige Bewohnersituation angepasst einzusetzendes Inkontinenzmaterial. In der Literatur sind verschiedene Assessment-Instrumente veröffentlicht, mit denen eine Harninkontinenz identifiziert werden kann und anhand deren kontinenzfördernde Maßnahmen bestimmt werden können. Diese Assessment-Instrumente sind in den Einrichtungen der stationären Altenpflege noch kaum verbreitet.

3.5.3.2 Zusatzelemente

■ Miktionsprotokoll

Im Zusammenhang mit der Harninkontinenz wird der Pflegedokumentation in der Regel ein Zusatzelement beigelegt. Dabei handelt es sich um ein Blasen- oder Entleerungsprotokoll, inzwischen als Miktionsprotokoll bezeichnet. Mit diesem Instrument können Informationen über das Entleerungsmuster der Betroffenen gewonnen werden sowie Informationen zu den Inkontinenzepisoden und der Stärke der Harninkontinenz. Vielfach werden diese Protokolle dauerhaft geführt, dabei wird jedoch nicht immer der Blick auf die individuellen Ausscheidungsmuster gerichtet. Vielfach dient das Protokoll lediglich dem Nachweis durchgeführter Toilettenbesuche oder Wechsel von Inkontinenzmaterial bzw. dem Nachweis des Verbrauchs an Inkontinenzmaterial; eine Evaluation findet nicht statt.

■ Trinkprotokoll

Dieses Element wird in der Regel nicht im Zusammenhang mit einer Harninkontinenz geführt.

■ Ernährungsprotokoll

Dieses Element wird in der Regel weder im Zusammenhang mit einer Harninkontinenz noch mit einer Stuhlinkontinenz geführt.

■ Vitalwerteprotokoll

Dieses Element wird in der Regel nicht im Zusammenhang mit einer Harninkontinenz geführt. Bei einer gestörten Urinausscheidung wird mitunter mittels Gewichtskontrolle die Gefahr der Wassereinlagerung (Ödembildung) beobachtet. Dies gilt in der Hauptsache bei Bewohner(n)/-innen mit einer schweren Nierenschädigung oder bei Dialysepatient(en)/-innen.

■ Bilanzierungsprotokoll

Bei einer Bilanzierung geht es darum, die aufgenommene Flüssigkeitsmenge mit der ausgeschiedenen Urinmenge unter Berücksichtigung weiterer Faktoren, wie vermehrtes Schwitzen, zu beurteilen. In den Einrichtungen werden Ein- und Ausfuhrmengen in der Regel dann dokumentiert, wenn dies problemlos möglich ist, z.B. bei einer künstlichen Harnableitung. Vereinzelt wird das Gewicht der Einlage bestimmt. In den meisten Fällen liegt keine medizinische Indikation für eine Bilanzierung vor. Zudem erfolgt keine wirkliche Bilanzierung, weil die Werte nicht miteinander in Verbindung gebracht werden und nicht erkennbar ist, welche Bedeutung das Bilanzierungsergebnis für das pflegerische Handeln hat.

■ Nachweis der Stuhlentleerung

Die Häufigkeit der Defäkation wird in der Regel mit dem Leistungsnachweis geführt. Verwirrend ist die Vorgehensweise, dies den einzelnen Schichten und damit Elementen (Früh-, Spät- und Nachtdienst) zuzuordnen. Zumindest bei einer manuell geführten Pflegedokumentation ist die Übersichtlichkeit nicht immer gegeben.

3.5.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer Inkontinenz ausgesprochen.

3.5.4.1 Risikoeinschätzung

Bei der Risikoeinschätzung ist die Erfahrung der Pflegefachkräfte von besonderer Bedeutung. Besteht beim Bewohner/bei der Bewohnerin eine demenzielle Erkrankung mit einer Einschränkung der Orientierung zu Raum, Zeit und/oder Situation oder eine Impulsweiterleitungsstörung, ist die Entstehung einer Inkontinenz möglich, obwohl organisch keine Veränderungen vorliegen. Dies gilt auch, wenn der/die Betroffene regelmäßig Diuretika einnimmt oder in seiner/ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist.

Bereits bei Einzug neuer Bewohner/-innen werden diese zu einer evtl. bestehenden Harninkontinenz befragt. Wichtig ist es auch, Informationen bezüglich möglicher Verdauungs- und Defäkationsprobleme zu erfragen. Der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ bietet u.a. eine Aufstellung derjenigen Risiken, die im Zusammenhang mit einer Inkontinenz zu berücksichtigen sind.

3.5.4.2 Zusatzelemente

■ Miktionsprotokoll

Bei allen neuen Bewohner(n)/-innen, bei denen eine Urin- und/oder eine Stuhlinkontinenz festgestellt wird, dient der Einsatz des Miktionsprotokolls der Ermittlung individueller Ausscheidungszeiten. Gleiches gilt für Bewohner/-innen, die schon länger in der Einrichtung leben und bei denen die Entstehung einer Inkontinenz beobachtet wird. Das Miktionsprotokoll wird jeweils nur solange geführt, bis die individuellen Zeiten ermittelt sind; danach wird das Führen ausgesetzt. Sobald erneut Veränderungen des Ausscheidungsverhaltens beobachtet werden, wird das Protokoll wieder eingesetzt. Die Ergebnisse der Auswertung des Miktionsprotokolls geben zudem Aufschluss über das für den jeweiligen Bewohner/die jeweilige Bewohnerin individuell einzusetzende Inkontinenzmaterial bzw. sonstiger Inkontinenzhilfen. Werden die ersten Toilettenbesuche geplant, geschieht dies u.a. auch unter Berücksichtigung der aktuellen Medikation des Bewohners/der Bewohnerin (Diuretika, Digitalis etc.). In diesem Zusammenhang ist die Sturzgefahr aufgrund von Harndrang und Toilettenbesuch darzustellen.

Zu beachten ist auch, dass ein vermehrtes Aufsuchen der Toilette als Hinweis auf eine erhöhte Blutzuckerkonzentration im Blut beachtet werden muss und eine Vitalwertkontrolle erfordert.

■ **Trinkprotokoll**

Das Trinkprotokoll wird entweder regelmäßig täglich oder nur zu bestimmten Zeiten (z.B. an drei Tagen im Monat) geführt. Über das Trinkprotokoll sind zusätzliche Informationen abrufbar, die Aussagen zu möglichen Zeiten für Toilettenbesuche erlauben.

■ **Ernährungsprotokoll**

Leidet der/die Bewohner/-in unter einer Obstipation oder einer Diarrhö, kann anhand eines Ernährungsprotokolls ermittelt werden, ob und bei welchen Nahrungsmitteln das Problem verstärkt bzw. durch welche es ausgelöst wird. Häufig sind Hinweise auf eine Nahrungsmittelunverträglichkeit erst im Zusammenhang mit einem Ernährungsprotokoll erkennbar. Sobald Anzeichen dafür vorliegen, dass die Ernährung Defäkationsprobleme verursacht, wird das Protokoll geführt.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Bei Dialysepatient(en)/-innen oder Bewohner(n)/-innen, bei denen die Gefahr einer Ödembildung besteht (Lungenödem, Aszites) wird das Risiko durch eine regelmäßige Gewichtskontrolle beobachtet. Blutdruckkontrollen können eine herz-kreislauf-bedingte Störung der Urinausscheidung erkennbar machen. Scheidet der/die Bewohner/-in ungewöhnlich große Mengen an Urin aus, kann dies ein Hinweis auf einen Anstieg des Blutzuckers sein und der Blutzuckerwert/Urinzuckerwert wird bestimmt.

■ **Bilanzierungsprotokoll**

Eine Bilanzierung wird in Absprache mit dem Arzt/der Ärztin und auf seine/ihre Verordnung hin durchgeführt, wobei die Pflegefachkräfte in der Regel die Initiator(en)/-innen sind. Für die Bilanzierung liegt eine medizinische Indikation vor (z.B. eine Herzinsuffizienz mit ausgeprägten Beinödemen, eine Leberzirrhose mit Aszitesneigung, eine Diarrhö und konzentrierter Urin) und es ist bekannt, wie mit den ermittelten Werten zu verfahren ist.

■ **Nachweis der Stuhlentleerung**

Bei allen manuell geführten Pflegedokumentationen wird die Defäkation an einer Stelle dokumentiert. Dies kann z.B. der Leistungsnachweis des Frühdienstes sein, wobei die Eintragung z.B. in der der jeweiligen Schicht zugeordneten Farbe erfolgt (z.B. blau, grün, rot). Dieses Vorgehen sichert die Übersicht. Soll ein Zusammenhang zwischen Verdauungsstörungen und aufgenommener Nahrung hergestellt werden, wird zudem der Zeitpunkt der Defäkation festgehalten. Sind die Zeiten bekannt, kann entweder gezielt ein

Toilettenbesuch angeboten oder der Einsatz von Inkontinenzmaterial angepasst werden.

3.5.5 Vorschläge für die Praxis

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei Inkontinenz werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Die Ablehnung des Arztes/der Ärztin, die diagnostische Abklärung einer Inkontinenz zu verordnen, zu früh akzeptieren
- Die Inkontinenz als Symptom des Alters verstehen
- Die Stuhlinkontinenz als nicht therapierbar hinnehmen
- Eine Diarrhö dauerhaft behandeln ohne vorausgegangene Diagnostik

■ Das sollten Sie tun

- Eine kontinenzfördernde Umgebung sicherstellen
- Die Mitbehandlung und Diagnosestellung durch einen Urologen/eine Urologin anregen
- Beratungsgespräche anbieten und Regeln für die Dokumentation festlegen
- Die Mitarbeiter/-innen zu allen die Inkontinenz betreffenden Themen schulen und sicherstellen, dass der Expertenstandard zu Förderung der Harnkontinenz bekannt ist, dass die Pflegenden die Risikofaktoren für die Entstehung einer Inkontinenz kennen, dass sie um die Behandelbarkeit bestimmter Harninkontinenzformen wissen, dass sie Hilfsmittel sicher anwenden und den Bedarf einschätzen können
- Kriterien für die Versorgung mit einer künstlichen Ableitung aufstellen, sicherstellen, dass die Entscheidung pflegfachlich und medizinisch begründet werden kann und Dokumentationsregeln festlegen

■ Das sollten Sie gelesen haben

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück, März 2006
- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Pflegerische Interventionen Band 3. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2003. Kapitel 8, Seiten 235 - 292

Internet:

- Selbsthilfeverband Inkontinenz e.V.: www.selbsthilfeverband-inkontinenz.org (Stichwörter: Inkontinenz, Harninkontinenz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Alzheimer Forum: www.alzheimerforum.de (Stichwort: Inkontinenz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.6: Kontrakturen		Seite
3.6.1	Kurzbeschreibung	88
3.6.2	Hintergrundinformationen	88
3.6.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	89
3.6.3.1	Risikoeinschätzung	90
3.6.3.2	Zusatzelemente	90
	■ Ärztliche Verordnung	90
	■ Nachweis therapeutischer Leistungen	90
3.6.4	Empfehlungen	91
3.6.4.1	Risikoeinschätzung	91
3.6.4.2	Zusatzelemente	91
	■ Ärztliche Verordnung	91
	■ Nachweis therapeutischer Leistungen	92
	■ Schmerzprotokoll	92
3.6.5	Vorschläge für die Praxis	92
	■ Das sollten Sie vermeiden	92
	■ Das sollten Sie tun	92
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	93

3.6 Kontrakturen

3.6.1 Kurzbeschreibung

Unter einer Kontraktur wird eine dauerhafte Verkürzung von Muskeln, Sehnen und Bändern mit der Folge einer bleibenden Gelenkversteifung verstanden. Bei den Betroffenen kann eine Zwangshaltung einzelner oder mehrerer Gelenke beobachtet werden. Diese Zwangshaltung kann von ihnen nicht aufgehoben werden und auch ein passives Bewegen der betroffenen Gelenke ist nicht oder nur in geringem Umfang möglich. Die Bewegung selbst ist sehr schmerzhaft und die Kontrakturen haben Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen.

3.6.2 Hintergrundinformationen

Eine Kontraktur ist immer die Folge einer mangelnden Bewegung des betroffenen Gelenkes. Ursachen für eine nicht ausreichende Bewegung der Gelenke können sein

- Immobilität mit dauerhaftem Aufenthalt im Bett
- Inaktivität
- Künstliche Ruhigstellung von Gelenken, z. B. durch Schienen oder Gipsverbände, aber auch durch Lagerungshilfsmittel
- Lähmungen
- Fehl-/Schonhaltungen
- Spastiken
- Muskelversteifung (z.B. bei Morbus Parkinson)
- Bewegungsbehindernde Narben

Bei Kontrakturen durch Immobilität und Inaktivität werden Muskeln und Sehnen nicht mehr wie bei einer normalen Bewegung gedehnt. Sie verkürzen sich.

Bei Kontrakturen als Folge von Lähmungen oder Spastiken liegt in der Regel eine Erkrankung des Nervensystems vor wie Multiple Sklerose, zerebrale Durchblutungsstörungen, aber auch Gehirn- und Rückenmarksverletzungen (Apoplex, Morbus Parkinson oder Querschnittslähmung).

Bei chronischen Schmerzen (Arthrose, Gonarthrose, Coxarthrose etc.) kommt es häufig zu einer Fehl- und/oder Schonhaltung, weil der/die Betroffene das schmerzhafteste Gelenk nicht mehr bewegen mag oder kann.

Befinden sich große Narben in Gelenknähe, können diese einen Zug auf das Gelenk ausüben, in dessen Folge die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt wird.

Im Rahmen einer demenziellen Veränderung ist die Entstehung von Kontrakturen im letzten Demenzstadium ebenfalls wahrscheinlich, weil z.B. durch eine zunehmende Immobilität und Inaktivität des/der Betroffenen Reize an das Gehirn weitergeleitet oder unterdrückt werden können, die dazu führen, dass Arme und Beine eng an den Körper herangezogen, aber nicht wieder gestreckt werden. Dies trifft z. B. zu, wenn der Nacken der Bewohner/-innen unangemessen unterstützt wird und eine Blockade entsteht. Dies bedeutet, dass Kontrakturen

nicht immer als Folge körperlicher Probleme entstehen, sondern auch wenn Bewohner/-innen nicht sachgerecht gelagert oder wenn gefährdete Gelenke nicht täglich bewegt werden. Häufig sind Lagerungen zur Dekubitusprophylaxe nicht zur Kontrakturenprophylaxe geeignet. Dies gilt beispielsweise für die beim Sitzen im Rollstuhl zum Schutz der Ellenbogengelenke untergelegten Kissen. Diese Lagerung hat in der Regel zur Folge, dass die Schultergelenke hochgezogen werden und dass die Ellenbogengelenke angewinkelt und nicht in einer Mittelstellung gehalten werden. Wird diese Haltung täglich und über Stunden beibehalten, ist die Verkürzung von Muskeln und Bändern wahrscheinlich. Gleiches gilt, wenn Fußstützen der Rollstühle nicht an die Länge der Unterschenkel der Bewohner/-innen angepasst sind. Zu hoch stehende Füße und angezogene Beine fördern Kontrakturen in Knie- und Hüftgelenken. Die Entstehung oder die Verschlimmerung von Kontrakturen können als Pflegefehler angesehen werden, wenn anhand der Pflegedokumentation nicht nachvollzogen werden kann, dass alle erforderlichen Maßnahmen ergriffen und sachgerecht durchgeführt wurden. Nicht immer können jedoch Kontrakturen vollständig vermieden werden.

3.6.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Bislang werden bestehende Kontrakturen nur ungenau beschrieben. Anhand der Pflegedokumentation ist zudem die Entstehung bzw. die weitere Entwicklung von Kontrakturen nicht nachvollziehbar dargestellt. Damit ist eine Evaluation der durchgeführten Maßnahmen nicht möglich und die Einrichtungen können selten belegen, dass sich Kontrakturen seit Einzug des Bewohners/der Bewohnerin nicht verschlimmert haben bzw. nicht in der Einrichtung entstanden sind. Der Einbezug von Krankengymnast(en)/-innen und/oder Physiotherapeut(en)/-innen in die Verlaufsdokumentation bei Kontrakturen gewinnt erst in den letzten Jahren an Bedeutung. Insgesamt werden Kontrakturen sowohl in der Anamnese bei Einzug neuer Bewohner/-innen als auch im Rahmen der Erstellung und Überarbeitung von Pflegeplanungen nicht fachgerecht beschrieben und mitunter werden sie nicht richtig identifiziert. So werden z.B. Spastiken fälschlicherweise als Kontrakturen eingeschätzt und in der Folge werden unangemessene Maßnahmen geplant und durchgeführt. Anhand der Pflegedokumentation ist nicht immer erkennbar, dass alle erforderlichen Maßnahmen zur Prophylaxe ergriffen und dass die Betroffenen über die Folgen ihrer Weigerung informiert wurden. Dies trifft z. B. zu bei Bewohner(n)/-innen, die eine Lagerung verweigern und/oder die das Bewegen der Gelenke ablehnen.

Inwieweit versucht wurde, über eine angemessene Schmerztherapie die Bereitschaft sich zu bewegen zu fördern, ist ebenfalls anhand der Pflegedokumentation nicht immer erkennbar.

Analog zu den Bewohner(n)/-innen, bei denen eine Sturzgefahr besteht, werden auch Bewohner/-innen mit bestehenden Kontrakturen in einer einrichtungsinternen Statistik geführt.

3.6.3.1 Risikoeinschätzung

Bei allen neuen Bewohner(n)/-innen werden die Gelenke (große und kleine) hinsichtlich ihrer Beweglichkeit betrachtet und beurteilt. Liegen bereits Kontrakturen vor, werden diese mehr oder weniger konkret beschrieben. Weiter wird eingeschätzt, ob bestehende Diagnosen oder beobachtbare Fehl- und Schonhaltungen von Gelenken die Entstehung einer Kontraktur begünstigen. Gleiches gilt bei einer eingeschränkten Mobilität, bei Immobilität und bei einer künstlichen Ruhigstellung von Gelenken, z.B. nach einer Fraktur. Häufig ziehen Bewohner/-innen bereits mit bestehenden Kontrakturen, vorzugsweise an kleinen Gelenken, wie Finger- oder Handgelenken, in die Einrichtung ein. Bei bereits immobilen Bewohner(n)/-innen sind die großen Gelenke häufig betroffen und es sind Kontrakturen der Hüft-, Knie-, Ellenbogen- und Schultergelenke erkennbar. Der Spitzfuß ist nach wie vor eine der häufigsten Kontrakturen bei Immobilität. Kontrakturen der Wirbelkörper, die z. B. entstehen, weil der/die Bewohner/-in eine für ihn/sie ungünstige Sitzhaltung einnehmen muss (z. B. weil die Rückenlehne des Rollstuhls zu weich ist und die Entstehung eines Rundrückens gefördert wird), werden nicht immer von den Pflegenden erkannt.

3.6.3.2 Zusatzelemente

Zusatzelemente werden bei der Dokumentation im Zusammenhang mit Kontrakturen nicht eingesetzt. Auch wenn Gelenke in einer Mittelstellung gelagert werden, wird diese Lagerung in der Regel nicht in einem Lagerungsprotokoll nachgewiesen.

■ Ärztliche Verordnung

Im Zusammenhang mit Kontrakturen werden in der Regel Schmerzmittel oder Muskelrelaxanzen verordnet. Für die Verordnung gelten die beim Thema „Ärztliche Verordnung“ aufgeführten Hinweise. Nicht immer ist anhand der Pflegedokumentation erkennbar, ob den Pflegenden Wirkung und Nebenwirkung von z. B. Muskelrelaxanzen bekannt sind und ob sie um die besondere Gefährdung der Bewohner/-innen nach Einnahme des Arzneimittels wissen; eine entsprechende Dokumentation erfolgt selten. In Verbindung mit der Medikamentengabe ist der Vergabezeitpunkt in der Pflegeplanung hinterlegt oder direkt bei der Verordnung ausgewiesen.

■ Nachweis therapeutischer Leistungen

Mitunter weisen externe Therapeuten/Therapeutinnen ihre Leistungen über den therapeutischen Leistungsnachweis nach. Um gegenüber dem verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin und dem Kostenträger Therapieerfolge (auch Stillstand) zu belegen, führen sie einen Verlaufsbericht und stellen diesen häufig auch der Einrichtung zur Verfügung. Der Hinweis auf die Mitbehandlung durch einen Krankengymnasten/eine Krankengymnastin oder einen Physiotherapeuten/eine Physiotherapeutin fehlt häufig in der Pflegedokumentation (Stammdaten oder Pflegeplanung).

3.6.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer Kontraktur ausgesprochen.

3.6.4.1 Risikoeinschätzung

Bei jedem neuen Bewohner/jeder neuen Bewohnerin werden die Gelenke hinsichtlich bestehender Kontrakturen betrachtet, die Bewegungsabläufe auf die Gefahr der Entstehung von Kontrakturen beobachtet und die Diagnosen im Hinblick auf ihr Gefährdungspotenzial eingeschätzt. Die Ergebnisse werden in der Anamnese dargestellt. Kontrakturen werden nachvollziehbar beschrieben. U.U. ist es sinnvoll, Expert(en)/-innen (Krankengymnast(en)/-innen oder Physiotherapeut(en)/-innen) bei der Beschreibung zu Rate zu ziehen. Bei Bewohner(n)/-innen mit stark ausgeprägten Kontrakturen kann ein von einem Krankengymnasten/einer Krankengymnastin oder einem Physiotherapeuten/einer Physiotherapeutin erhobener Bewegungsstatus als Beschreibung der „Ist-Situation“ sinnvoll sein.

In die Risikoeinschätzung werden die geplanten Maßnahmen einbezogen und es wird geprüft, inwieweit Lagerungen, die zur Dekubitusprophylaxe geplant sind, die Entstehung einer Kontraktur begünstigen. Mitunter können als Kontrakturenprophylaxe geplante Lagerungen die Entstehung eines Dekubitus fördern.

Anhand der Risikoeinschätzung muss erkennbar sein, worin die Gefahr für den Bewohner/die Bewohnerin begründet ist, d. h. woraus sich sein/ihr individuelles Risiko ableitet. Weitere Risiken, die im Zusammenhang mit Kontrakturen zu berücksichtigen sind, sind die Sturz- und Intertrigogefahr. Beachtet werden muss, dass im Zusammenhang mit Kontrakturen und/oder Spastiken eine erhöhte Frakturgefahr oder die Gefahr einer Muskelruptur/eines Bänderrisses bei Bewegungen besteht (z.B. beim An- und Auskleiden).

Wenn Gelenke bewegt werden, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass der/die Betroffene Schmerzen erlebt.

3.6.4.2 Zusatzelemente

Für die Lagerung im Zusammenhang mit Kontrakturen wird das Führen eines Lagerungsplanes nicht empfohlen, wohl aber eine konkrete Beschreibung der einzelnen Maßnahme in der Pflegeplanung bzw. in der Tagesstruktur.

■ Ärztliche Verordnung

Die Schmerzmedikation oder die Medikation zur Muskelentspannung werden im entsprechenden Element dokumentiert und mit Verordnungsdatum und Handzeichen des Arztes/der Ärztin versehen. In der Pflegeplanung wird ggf. auf den Vergabezeitpunkt hingewiesen und es wird notiert, wenn auf Besonderheiten bei der Medikation zu achten ist. Die Beobachtungen im Zusammenhang mit der Arzneimittelgabe werden im Pflegebericht festgehalten.

ten, ebenso der Inhalt der Rückmeldung an den Arzt/die Ärztin (Datum und Handzeichen der Pflegefachkraft).

■ **Nachweis therapeutischer Leistungen**

Wenn Krankengymnast(en)/-innen oder Physiotherapeut(en)/-innen in die Behandlung des Bewohners/der Bewohnerin einbezogen werden, beschreiben sie die Ist-Situation bei Behandlungsbeginn und stellen den Verlauf dar. U.U. formulieren sie eine Prognose bezogen auf die weitere Entwicklung der Kontraktur.

■ **Schmerzprotokoll**

Im Zusammenhang mit Kontrakturen bietet sich das Führen von Schmerzprotokollen nicht an, da es sich bei den Schmerzen in der Regel um chronische und selten um akute Schmerzen handelt. Auch sind die Betroffenen häufig nicht mehr in der Lage, die für das Führen eines Schmerzprotokolls erforderlichen Informationen mitzuteilen. Dennoch ist eine angemessene Schmerztherapie für die Betroffenen unerlässlich. Alle Situationen, in denen der/die Bewohner/-in Schmerzen äußert (verbal/nonverbal), werden im Pflegebericht dargestellt und mit dem Ziel, eine angemessene Schmerzmittelmedikation zu gewährleisten, ausgewertet.

3.6.5 **Vorschläge für die Praxis**

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei Kontrakturen werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ **Das sollten Sie vermeiden**

- Bestehende Kontrakturen ungenau beschreiben
- Bewohner/-innen mit bestehenden Kontrakturen nicht mehr mobilisieren
- Die Entstehung und/oder Verstärkung von Kontrakturen als mögliche Pflegefehler übersehen

■ **Das sollten Sie tun**

- Die erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung stellen bzw. ihre Beschaffung anregen
- Kriterien für die Beurteilung und Beschreibung von Kontrakturen festlegen und sicherstellen, dass die Pflegenden die Risikofaktoren für die Entstehung von Kontrakturen und die Folgen (auch Schmerzen und Intertrigo) kennen
- Maßnahmen zur Durchführung von Bewegungsübungen mit den Bewohner(n)/-innen ergreifen (z.B. auch Schulung durch Krankengymnast(en)/-innen oder Physiotherapeut(en)/-innen) und sicherstellen, dass die Pflegenden die jeweiligen Maßnahmen beherrschen und in die pflegerischen Handlungen integrieren

- Beratungsgespräche anbieten und Regeln für die Dokumentation festlegen
- Die Abstimmung der Lagerungen zur Dekubitus- mit denen zur Kontrakturenprophylaxe und die konkrete Beschreibung der Lagerungen sicherstellen
- Bei vom Bewohner/von der Bewohnerin geäußerten Schmerzen oder bei entsprechenden Beobachtungen der Pflegenden eine angemessene Schmerzbehandlung anregen
- Dokumentationsregeln aufstellen für den Fall, dass sich externe Therapeut(en)/-innen am Führen der Pflegedokumentation beteiligen

■ Das sollten Sie gelesen haben

- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Pflegerische Interventionen Band 3. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2003. Kapitel 17, Seiten 606 – 642

oder

Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann: THIEMEs Pflege. 10. völlig neu bearbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 17, Seiten 198 ff und Kapitel 38, Seiten 787 ff

oder

Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Auflage. Urban&Fischer. München, Jena, 2004. Kapitel 24. Seiten 897 ff, Kapitel 25, Seiten 917 ff

Internet:

- Management of Neuromuskular Diseases, Letter 8: www.dgm.org (Stichwort: Kontrakturen. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke: www.dgm.org (Stichwort: Kontrakturen. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.7: Schmerz		Seite
3.7.1	Kurzbeschreibung	95
3.7.2	Hintergrundinformationen	95
3.7.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	97
3.7.3.1	Risikoeinschätzung	97
3.7.3.2	Zusatzelemente	97
	■ Ärztliche Verordnung	97
	■ Schmerzprotokoll	98
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	98
	■ Vitalwerteprotokoll	98
3.7.4	Empfehlungen	98
3.7.4.1	Risikoeinschätzung	98
3.7.4.2	Zusatzelemente	98
	■ Ärztliche Verordnung	98
	■ Schmerzprotokoll	99
	■ Vitalwerteprotokoll	99
	■ Sonstiges	99
3.7.5	Vorschläge für die Praxis	100
	■ Das sollten Sie vermeiden	100
	■ Das sollten Sie tun	100
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	101

3.7 Schmerz

3.7.1 Kurzbeschreibung

Das Schmerzempfinden ist immer subjektiv und wird individuell unterschiedlich hinsichtlich Qualität, Intensität, Lokalisation und Dauer empfunden. Einflussgröße ist u.a. die kulturelle Herkunft; Menschen unterschiedlicher Kulturkreise reagieren unterschiedlich auf Schmerz. Schmerzen begleiten oft Erkrankungen oder Verletzungen, werden aber inzwischen selbst als Krankheit verstanden. Bei Schmerzen wird unterschieden zwischen

- Schmerzreiz
- Schmerzwahrnehmung
- Schmerzintensität
- Schmerzerleben
- Schmerzverhalten.

Schmerzen entstehen auf unterschiedliche Art und Weise, wobei jeder Reiz ab einer gewissen Intensität als Schmerz empfunden werden kann. Über Schmerzrezeptoren registriert der Körper mechanische, entzündliche und chemische Verletzungen. Der Reiz wird an das Gehirn weitergeleitet und dort als Schmerz empfunden und bewertet. Die Bewertung führt zu unterschiedlichen Reaktionen und zur unterschiedlichen Einschätzung der Schmerzintensität. Je nachdem, wie viele andere Nervenimpulse zeitgleich auftreten, werden Schmerzen unterschiedlich bewertet. So kann Angst den Schmerz verstärken, Schockzustände können ihn zeitweilig ausschalten. Dies gilt auch bei Ablenkung, wenn der ablenkende Reiz entsprechend stark ist. Nervenfasern leiten jedoch nicht nur Schmerzimpulse weiter, sondern sie können auch verursachen, dass Endorphine ausgeschüttet werden, die als körpereigene schmerzlindernde Substanzen wirken. Es wird zudem unterschieden zwischen seelischen und körperlichen Schmerzen. Beide Schmerzarten lösen immer auch Reaktionen im jeweils anderen Bereich aus. So gibt keinen es körperlichen Schmerz ohne seelische Empfindung und keinen seelischen Schmerz ohne körperliche Empfindung.

3.7.2 Hintergrundinformationen

Man unterscheidet zwischen akutem und chronischem Schmerz.

- Akute Schmerzen sind als Reaktion auf ein akutes Ereignis zu verstehen und dienen als Warnzeichen im Hinblick auf eine Gefahr. Sie treten bei gefährlichen Verletzungen oder akut behandelbaren Krankheiten auf. Begleitet sind sie meist von Tachykardie, einer Diaphorese oder einer Hypertonie.
- Chronische Schmerzen sind bislang noch nicht zufrieden stellend definiert. In der Regel spricht man von chronischen Schmerzen, wenn diese seit mindestens drei Monaten bestehen bzw. wenn die Schmerzen über den Zeitraum hinaus bestehen, in dem üblicherweise eine Heilung stattfindet. Sie begründen sich in funktionellen und physiologischen Beeinträchtigungen, die z.T. bereits über Jahre bestehen. Werden bei anhaltenden Schmerzsyndromen gleichzeitig bestehende depressive Störungen oder Angstsyndrome nicht beachtet, kann dies zu einer Chronifizierung führen und dem/der Betroffene-

nen drohen Isolation und Vereinsamung. Die Ursache für den Schmerz ist u.U. nicht auffindbar mit der Folge, dass sich die Situation auf die psychische Verfassung der Schmerzkranken auswirkt. Schmerzzustände sind für den Körper erlernbar und wiederholt auftretende Schmerzen führen dazu, dass sie intensiver und auch länger empfunden werden und dass die Schmerzschwelle herabgesetzt wird. Eine frühzeitige und ausreichende Schmerzbekämpfung ist zwingend erforderlich.

Beim Umgang mit Schmerzen alter Menschen geht es um ein auf diesen Personenkreis abgestimmtes Schmerzmanagement mit dem Ziel der Schmerzfreiheit der Betroffenen. Für ein solches Schmerzmanagement sind verschiedene Fragen zu beantworten wie z.B. die nach der Höhe der Dosierung von Schmerzmitteln, bei der eine Gefährdung der Betroffenen ausgeschlossen werden kann oder der, bei welchem Personenkreis eine Schmerztherapie und der Einbezug eines Schmerztherapeuten/einer Schmerztherapeutin angezeigt ist. Weiter ist zu fragen, wie Schmerzzeichen beobachtet und ausgewertet werden können, wie eine dauerhafte Schmerzfreiheit sichergestellt werden kann etc.

Gerade alte Menschen leiden häufig unter starken chronischen Schmerzen. Werden diese unangemessen behandelt, kann dies z. B. zu Depressionen und sozialem Rückzug, zum Herabsetzen von Körperfunktionen und dem Verlust der Selbständigkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen führen, die kognitiven Einschränkungen können verstärkt werden und es können Schlafstörungen auftreten.

Bei alten Menschen werden Schmerzen in der Regel mit Schmerzmitteln behandelt. Seltener werden Alternativmethoden wie Entspannungstherapie, transkutane Nervenblockaden oder antidepressive Therapien eingesetzt, weil noch nicht zufriedenstellend geklärt ist, welche Auswirkungen diese Therapieformen bei alten Menschen haben. Aus der Krebstherapie stammen die meisten Informationen über Schmerz. Diese Informationen sind jedoch nur bedingt auf chronisch kranke und insbesondere alte Menschen übertragbar. Gerade bei alten Menschen stellt der Umgang mit Schmerzen hohe Anforderungen an die Pflegenden. Alte Menschen berichten häufig nicht über ihre Schmerzen. Sie betrachten sie als normale Alterserscheinung und haben u.U. gelernt, mit chronischen Schmerzen zu leben. Hinzu kommt, dass viele Schmerzmittel bei älteren Menschen eine andere Wirkung zeigen als bei jüngeren und dass die Gefahr der Überdosierung besteht. Geprüft werden muss auch, ob nicht bestimmte Organschädigungen (z.B. der Leber oder der Nieren) durch den Wirkstoff verstärkt werden können oder ob der Wirkstoff z. B. nur unzureichend abgebaut wird.

Schmerzen sind kein großes Thema in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, obwohl in ihnen sehr viele Menschen leben, die unter chronischen, aber auch akuten Schmerzen leiden. Es liegen Untersuchungen vor, die besagen, dass Menschen in stationären Einrichtungen ca. 40 % weniger Schmerzmittel erhalten als ihre Altersgenossen, die in einer eigenen Wohnung leben. Dies spiegelt auch die Pflegedokumentation, insbesondere der Pflegebericht, häufig wider.

3.7.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Der Einsatz von Schmerzskalen oder Schmerzprotokollen/Schmerztagebüchern ist in Einrichtungen der stationären Altenhilfe noch nicht verbreitet. Unüblich ist es auch, mit Schmerzambulanzen oder Schmerztherapeut(en)/-innen zusammen zu arbeiten. In der Regel wird auf Äußerungen der Betroffenen reagiert. Nicht immer werden Veränderungen im Verhalten des Bewohners/der Bewohnerin mit möglicherweise bestehenden Schmerzen in Zusammenhang gebracht und nur selten wird vor der Vergabe von z.B. Psychopharmaka bei verändertem Verhalten die Reaktion des/der Betroffenen auf Schmerzmittel untersucht. Anhand der Pflegedokumentation ist in der Regel nicht erkennbar, ob die Schmerzmittel die gewünschte Wirkung zeigen. Dies gilt insbesondere bei der Vergabe einer Bedarfsmedikation. Beschreibungen beobachteter Nebenwirkungen von Schmerzmitteln sind selten, es sei denn, es handelt sich um allergische Reaktionen etc.

3.7.3.1 Risikoeinschätzung

Eine Risikoeinschätzung findet nur selten statt. Wo die Pflegefachkräfte z. B. in palliativer Praxis geschult sind oder die Pflege und Betreuung von Krebspatient(en)/-innen mit Tumorschmerzen ein pflegerischer Schwerpunkt ist, sind Skalen zur Schmerzerfassung und Schmerzbeobachtung bekannt und Schmerztagebücher werden geführt. Ansonsten wird auf die Äußerungen der Bewohner/-innen reagiert. Selten folgt auf vermutete Schmerzen eine Schmerzmittelvergabe mit dem Ziel, eine Bestätigung für die Vermutung zu erhalten oder Hinweise darauf, dass die Vermutung nicht zutrifft.

3.7.3.2 Zusatzelemente

Bei der Dokumentation von Schmerzen und/oder Schmerzzuständen werden je nach Bewohnerklientel unterschiedlich häufig Zusatzelemente eingesetzt. In Einrichtungen mit überwiegend orientierten, akut erkrankten Menschen wird ein Schmerzprotokoll häufiger eingesetzt als in Einrichtungen mit überwiegend an chronischen Schmerzen leidenden Menschen.

■ Ärztliche Verordnung

Die Schmerzmedikation wird im Element der ärztlichen Verordnung dokumentiert und entweder als Dauermedikation oder als Bedarfsmedikation vergeben. Bei der Vergabe einer Bedarfsmedikation fehlt in der Regel im Pflegebericht die Information über das Eintreten der erwarteten und/oder gewünschten Wirkung. Nebenwirkungen werden nur beschrieben, wenn sie gravierend und offensichtlich sind. Veränderungen von Blutdruck, Temperatur, Atmung, Ansprechbarkeit, Reaktionsvermögen etc. werden nicht erfasst. Der zurzeit noch nicht zufrieden stellende Umgang mit Schmerzen liegt u.a. auch darin begründet, dass Hausärzte/Hausärztinnen mehrheitlich den Schmerzäußerungen der Bewohner/-innen und den Beobachtungen der Pflegenden nur unzureichend nachgehen und häufig bei der Verordnung von Schmerzmitteln zögerlich sind.

■ Schmerzprotokoll

Die routinemäßige Schmerzerfassung ist keine gängige Praxis. Das o.g. Zusatzelement wird nur in wenigen Einrichtungen eingesetzt.

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Im Zusammenhang mit Schmerzen werden die Betroffenen teilweise gelagert. Diese Lagerungen zur Entlastung bei Schmerzen werden in der Pflegeplanung beschrieben, ein separater Nachweis wird nicht geführt.

■ Vitalwerteprotokoll

Im Zusammenhang mit Schmerzen werden in der Regel keine Vitalzeichen kontrolliert.

3.7.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit Schmerzen ausgesprochen.

3.7.4.1 Risikoeinschätzung

Anhand vorhandener Diagnosen und aufgrund von Äußerungen der Bewohner/-innen wird ermittelt, ob Schmerzen vorliegen oder ihr Vorkommen wahrscheinlich ist. Dies wird zunächst in der Anamnese erfasst und bei Bedarf in der Pflegeplanung berücksichtigt. Bei Einzug neuer Bewohner/-innen wird nachgefragt, ob Schmerzen bestehen, wo sie lokalisiert sind und welche Qualität der Schmerz hat. Weiter wird erfragt, ob der/die Betroffene regelmäßig Schmerzmittel einnimmt oder nur im Bedarfsfall. Der neue Bewohner/die neue Bewohnerin wird engmaschig beobachtet und alle Hinweise bezüglich Schmerzen (Zeitpunkt des Auftretens, Auftreten in besonderen Situationen etc.) werden im Pflegebericht festgehalten und evaluiert. Weitere im Zusammenhang mit Schmerzen bestehende Risiken für den/die Bewohner/-in werden analysiert. Zu diesen zählen z. B. ein erhöhtes Sturzrisiko, die Gefahr der Entstehung von Kontrakturen, die Gefahr der Obstipation, die Gefahr von vermehrtem Erbrechen und/oder Appetitlosigkeit, die Gefahr der Isolation und des sozialen Rückzugs.

3.7.4.2 Zusatzelemente

■ Ärztliche Verordnung

Für die ärztliche Verordnung gelten die allgemeinen Regeln. Zu beachten ist, dass die Verordnung einer Bedarfsmedikation sowohl die konkrete Indikation als auch die korrekte Dosierung enthalten muss. Dazu zählen die Angaben zur Einzeldosis, zur Dosis bezogen auf 24 Stunden und u.U. auch zu den Abständen zwischen den Zeitpunkten der Vergabe des Arzneimittels. Gerade bei der Vergabe von Schmerzmitteln, insbesondere von Betäubungsmitteln, ist die Vergabe zu festen Zeiten ein Garant für eine relative Schmerz-

freiheit. Immer sind die Nebenwirkungen zu beachten. Erhalten Bewohner/-innen opioidhaltige Arzneimittel, wird auf eine regelmäßige Stuhlentleerung geachtet und bei Bedarf eine Obstipationsprophylaxe in die Wege geleitet. Auf das Auftreten von Erbrechen ist ebenso zu achten wie auf das Auftreten von Appetitlosigkeit. Alle Informationen und Beobachtungen werden im Pflegebericht dokumentiert, ausgewertet und ggf. in der Pflegeplanung aufgegriffen. Bei der Verordnung von Betäubungsmitteln bestehen besondere Anforderungen an die Dokumentation der Verwaltung (Beschaffung, Aufbewahrung und Vernichtung) und Vergabe dieser Arzneimittel. Die Dokumentation erfolgt entweder in einem Btm-Buch oder in fortlaufend nummerierten Btm-Nachweisen. Bei EDV-gestützten Dokumentationssystemen sind diese Elemente u.U. im System hinterlegt.

■ Schmerzprotokoll

Wenn die Betroffenen die Schmerzen konkret beschreiben und deren Stärke auf einer Skala einordnen können, ist der Einsatz von Schmerzskaleten zu befürworten. Ihr Einsatz setzt aber Fachwissen bei den Pflegefachkräften voraus und es ist erforderlich, dass der/die Betroffene durch einen Arzt/eine Ärztin betreut wird der einer Schmerztherapie gegenüber offen ist. Sonst werden bei dem/der Betroffenen Erwartungen geweckt, die unerfüllt bleiben. Ggf. führt der/die Betroffene, u.U. unterstützt durch die Pflegefachkräfte, ein Schmerztagebuch.

Ansonsten werden alle Beobachtungen der Pflegepersonen, die auf Schmerzen bei den Bewohner(n)/-innen schließen lassen, unter Beschreibung der Situation im Pflegebericht dokumentiert und ausgewertet.

■ Vitalwerteprotokoll

Vitalwerte können bei Menschen, die ihre Schmerzen weder benennen noch lokalisieren können auf bestehende Schmerzen hinweisen. Menschen mit Demenz verspüren zwar Schmerzen, zeigen aber nicht immer wie orientierte Menschen vegetative Reaktionen (Tachycardie etc.). Auch können sie oft nicht benennen, dass sie Schmerzen verspüren und reagieren mit verändertem Verhalten, z.B. zunehmender Unruhe, auf Schmerzen. Wird eine Schmerzbekämpfung mit einem Schmerzmittel angestrebt, sollte das Gewicht des Bewohners/der Bewohnerin bekannt sein, da die Dosierung vieler Schmerzmittel nicht ohne Kenntnis des Gewichtes erfolgen sollte (z.B. bei Novalgin®).

■ Sonstiges

Im Zusammenhang mit Schmerzen werden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, die jedoch nicht immer erkennbar als direkt mit den Schmerzen zusammenhängend dokumentiert werden. So müssen bei der Verordnung von Schmerzmitteln u.U. Prophylaxen durchgeführt werden, die ohne die Medikation nicht erforderlich wären. Dazu zählen z.B. die Obstipationsprophylaxe oder die Mangelernährungs- und/oder Dehydratationsprophylaxe. In diesen

Fällen werden Trink- und Ernährungsprotokolle geführt, das Gewicht wird kontrolliert und der BMI berechnet. Eine weitere Prophylaxe ist die Kontrakturrenprophylaxe, wenn Lagerungen zur Schmerzlinderung durchgeführt werden, die die Entstehung einer Kontraktur begünstigen können. Dies muss in der Pflegedokumentation nachvollziehbar beschrieben werden. U.U. sind die Gefahr eines Rückzugs aus Gemeinschaftsaktivitäten und die Isolationsgefahr zu berücksichtigen. Werden der Soziale Dienst oder z. B. Besuchsdienste unterstützend tätig, kann dies der Pflegedokumentation entnommen werden.

Werden alternative, nicht verordnungspflichtige Methoden zur Schmerzbekämpfung eingesetzt, werden diese handlungsleitend beschrieben und der Arzt/die Ärztin wird über die jeweilige Maßnahme informiert.

3.7.5 Vorschläge für die Praxis

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei Schmerzen werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Schmerzen als normale Begleiterscheinung beim Älterwerden betrachten
- Die Betroffenen darin bestärken, ihre Schmerzen zu „ertragen“
- Die Schmerzbekämpfung ausschließlich in die Hände der Ärzte/der Ärztinnen legen

■ Das sollten Sie tun

- Regeln für ein Schmerzmanagement aufstellen und sicherstellen, dass die Pflegenden Schmerzzeichen kennen, erkennen und richtig deuten können
- Regeln aufstellen für eine korrekte Vergabe von Schmerzmitteln, insbesondere für die Vergabe von Betäubungsmitteln, und eine fachgerechte Dokumentation sicherstellen
- Bei Bewohner(n)/-innen eine angemessene Schmerzbehandlung, auch die Mitbehandlung durch Fachärzte/Fachärztinnen in der Schmerzambulanz und/oder durch Schmerztherapeut(en)/-innen anregen und sicherstellen, dass die Betroffenen die Schmerzmittel zu den vorgegebenen Zeiten bzw. bei Bedarf erhalten
- Beratung anbieten und Regeln für die Dokumentation aufstellen
- Die Pflegenden darauf verpflichten, jede Schmerzáußerung (verbal oder nonverbal) der Bewohner/-innen ernst zu nehmen und ggf. weitere Maßnahmen zu initiieren
- Regeln aufstellen für die Informationsweitergabe an Ärzte/Ärztinnen und Dokumentationsregeln festlegen
- Den Pflegenden Wissen um Wirkung und Nebenwirkung der Schmerzmittel vermitteln und sie über das WHO-Schmerzstufenschema informieren

- Den Pflegenden die im Zusammenhang mit einer Schmerzbehandlung stehenden Risiken vermitteln. Sicherstellen, dass die erforderlichen Prophylaxen beherrscht werden und dass ggf. eine alternative Schmerzbehandlung durchgeführt wird. Regeln für die Dokumentation aufstellen.

■ **Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren**

- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, Mai 2005
- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Pflegerische Interventionen Band 2 und Band 3. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2003. Kapitel 17, Seiten 606 - 642 und Kapitel 23, Seiten 377 - 396

Internet:

- Deutsche Schmerzliga: www.schmerzliga.de (Stichwort: Schmerz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes: www.dgss.org (Stichwort: Schmerz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Schweizer Gesellschaft zum Studium des Schmerzes: www.dolor.ch (Stichwörter: Schmerz, Dolor. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.8: Pneumonie		Seite
3.8.1	Kurzbeschreibung	103
3.8.2	Hintergrundinformationen	103
3.8.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	103
3.8.3.1	Risikoeinschätzung	104
3.8.3.2	Zusatzelemente	104
	■ Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll	104
	■ Vitalwerteprotokoll	105
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	105
3.8.4	Empfehlungen	105
3.8.4.1	Risikoeinschätzung	105
3.8.4.2	Zusatzelemente	106
	■ Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll	106
	■ Vitalwerteprotokoll	106
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	107
	■ Sonstiges	107
3.8.5	Vorschläge für die Praxis	107
	■ Das sollten Sie vermeiden	107
	■ Das sollten Sie tun	108
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	108

3.8 Pneumonie

3.8.1 Kurzbeschreibung

Als Pneumonie wird eine akute oder chronische Entzündung der Lunge bezeichnet, die die Bronchien, den Alveolarraum und/oder das Interstitium umfasst. Das betroffene Lungenareal schwillt an und wird verstärkt durchblutet.

Unterschieden werden

- infektiöse Pneumonien ausgelöst durch Viren, Bakterien, Mykoplasmen, aber auch durch Pilze und Parasiten
- allergisch bedingte Pneumonien
- Pneumonien durch Eindringen von physikalischen und/oder chemischen Stoffen
- Aspirationspneumonien durch Eindringen von pathogenen Keimen aus dem Nasen-Rachen-Raum und/oder dem Magen.

Folgen der Pneumonie können sein

- respiratorische Insuffizienz
- eitrige Verschmelzung von Lungengewebe (Lungenabszess)
- Pleuraerguss und Pleuraempyem
- Herzinsuffizienz
- Kreislaufsymptome bis hin zum Schock
- Thrombosen bis hin zur Lungenembolie
- systemische Erregerausbreitung bis hin zur Meningitis.

3.8.2 Hintergrundinformationen

Pneumonien gehören (zusammen mit den Harnwegsinfektionen) zu den häufigsten Infektionskrankheiten im Alter. Im Unterschied zu anderen Infektionskrankheiten kann die Pneumonie mit und ohne Fieber ablaufen. Durch eine gezielte Prophylaxe kann das Pneumonierisiko vermindert werden. Die Pneumonieprophylaxe ist neben der Dekubitusprophylaxe eine der häufigsten, die in der Pflegedokumentation als erbracht dokumentiert wird, wobei der Pflegedokumentation nicht immer entnommen werden kann, welche Methoden zur Prophylaxe angewendet wurden. Da das Spektrum der Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe sehr groß ist, besteht die Gefahr, dass beim Fehlen einer konkreten Beschreibung, der für den jeweiligen Bewohner/die jeweilige Bewohnerin geplanten Maßnahmen jede Pflegeperson für sich entscheidet, welche Maßnahme sie zur Prophylaxe einsetzt und wie sie diese durchführt. Da eine Pneumonie die häufigste Todesursache, z. B. von Menschen mit Demenz, darstellt, ist eine einheitlich durchgeführte Prophylaxe sicherzustellen.

3.8.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Das Pneumonierisiko wird in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, wenn überhaupt, anhand von Wissen und Erfahrung der Pflegefachkraft eingeschätzt. In der Pflegeanamnese sind Diagnosen hinterlegt, die auf ein Risiko hindeuten und es wird gezielt nachgefragt, ob in der Vergangenheit bereits eine Pneu-

monie behandelt wurde und ggf. welche. Besonders bei Bewohner(n)/-innen mit einer Schluckstörung und/oder einer PEG sind diese Informationen für die Pflege und Betreuung in der Einrichtung erforderlich. Insgesamt wird der Pneumonieprophylaxe jedoch nicht die Bedeutung beigemessen, die ihr zusteht.

3.8.2.1 Risikoeinschätzung

Für die Pneumonierisikoeinschätzung existiert eine Atemskala; diese wurde jedoch nicht für den Einsatz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe entwickelt, sondern für den Einsatz in Krankenhäusern.

Für die manuelle Pflegedokumentation werden Einlegeblätter angeboten, die der Einschätzung jeweils mehrerer Risiken dienen wie Thrombose-, Sturz-, Kontrakturen- oder eben Pneumonierisiko. Bei EDV-Lösungen sind entsprechende Listen hinterlegt. Die Überarbeitungsintervalle werden von den Leitungskräften oft pauschal vorgegeben und die Anwendung erfolgt bei allen Bewohner(n)/-innen teilweise auf Dauer, flächendeckend und nicht als Ergebnis einer Einzelfallentscheidung. Nicht immer folgt auf die Risikoeinschätzung eine Maßnahmenplanung. Es wird häufig nicht bedacht, dass bei der Feststellung eines Gefährdungspotenzials prophylaktische Maßnahmen individuell geplant werden müssen, soll die Einschätzung des Risikos über den Schaden für den Bewohner/die Bewohnerin hinaus nicht zu einem Risiko für die Einrichtung werden.

3.8.2.2 Zusatzelemente

Bei der Dokumentation im Zusammenhang mit einer Pneumoniegefahr werden in der Regel keine zusätzlichen Elemente eingesetzt. Die nachfolgend aufgeführten Elemente werden primär aufgrund anderer Probleme geführt; dass sie dabei auch auf die Pneumoniegefahr hinweisen, ist ein Nebeneffekt.

Es sind dies

- Ernährungsprotokoll/Trinkprotokoll/Bilanzierungsprotokoll
- Vitalwerteprotokoll
- Lagerungsprotokoll.

■ Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll

Besteht das Pneumonierisiko aufgrund einer Mangelernährung oder eines Flüssigkeitsdefizits, werden Ernährungs- und Trinkprotokolle geführt. Je nach Situation des Bewohners/der Bewohnerin geschieht dies täglich oder nur zu bestimmten Zeiten. Anhand der Pflegedokumentation ist nicht immer erkennbar, wie sich Veränderungen im Bereich von Essen und Trinken und die Pneumoniegefahr gegenseitig beeinflussen. Ist die Pneumoniegefahr in einer unzureichenden Flüssigkeitsausscheidung begründet, wird auf ärztliche Verordnung hin eine Bilanzierung aufgenommen und ausgeschiedener Flüssigkeit vorgenommen.

■ Vitalwerteprotokoll

Je nach Grunderkrankung, die zu einer Pneumonie führen kann, werden Atmung, Temperatur, Blutzucker-, Blutdruck- und Pulskontrollen durchgeführt. Besteht die Gefahr eines Lungenödems und kann eine Bilanzierung aufgenommener und ausgeschiedener Flüssigkeit nicht erfolgen, ist u.U. eine tägliche Gewichtskontrolle angezeigt. Die Vitalwertkontrollen werden mit dem Arzt/der Ärztin besprochen, von ihm/ihr angeordnet und in der festgelegten Häufigkeit durchgeführt.

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Besteht eine erhöhte Aspirationsgefahr durch eine Schluckstörung oder durch eine Ernährung über PEG, wird die Körperhaltung bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegeplanung ausgewiesen. Die dazu erforderliche Lagerung wird im Lagerungsprotokoll als erbracht dokumentiert. Weiter wird der Lagerungsplan eingesetzt, wenn eine atemerleichternde Lagerung durchzuführen ist. Die eingesetzten Hilfs- und Lagerungsmittel werden in der Pflegeplanung und mitunter im Lagerungsprotokoll ausgewiesen (Doppeldokumentation).

3.8.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer Pneumoniegefahr/einer Pneumonie ausgesprochen.

3.8.4.1 Risikoeinschätzung

Bei Einzug eines neuen Bewohners/einer neuen Bewohnerin wird das Pneumonierisiko anhand der bekannten Risiken eingeschätzt, sobald Hinweise auf eine Gefährdung vorliegen. Diese sind

- Alter
- Grunderkrankung (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus, Störungen der Immunabwehr, Tumore, Herzerkrankungen)
- liegende nasogastrale Magensonde oder eine PEG mit einer Refluxgefahr und in der Folge einer Aspirationspneumonie
- Tracheostoma
- Medikamente wie Narkotika (Kurznaarkose), Sedativa, Zytostatika, Steroide
- Schmerzen, die mit einer flachen und schnellen Atmung einhergehen
- Bewusstseins Einschränkungen
- Bewegungseinschränkungen, die zu einer unzureichenden Durchblutung führen
- Nikotinabusus
- Mangelernährung und Flüssigkeitsdefizit
- fehlende Krankheitseinsicht und fehlende Motivation, prophylaktische Maßnahmen zu akzeptieren.

Vom Einsatz der Atemskala wird abgeraten, da sie die Situation alter Menschen nicht genügend berücksichtigt und kein Ersatz für eine fachkundige kontinuierliche Beobachtung der Bewohner/-innen sein kann.

Die Leitungsverantwortlichen stellen sicher, dass alle Pflegefachkräfte die Risiken und Faktoren, die die Entstehung einer Pneumonie begünstigen, kennen und die Gefahr sowohl in der Pflegeanamnese als auch in der Pflegeplanung explizit beschreiben. Ferner stellen sie sicher, dass diejenigen Situationen in der Einrichtung bekannt sind, die eine umgehende Risikoeinschätzung erfordern.

Sobald Diagnosen bekannt sind, die auf ein erhöhtes Pneumonierisiko hinweisen, ist die Gefahr mit dem Arzt/der Ärztin zu besprechen und die prophylaktischen Maßnahmen werden mit ihm/ihr abgestimmt. U.U. sind Hilfsmittel/Medizinprodukte zu verordnen.

3.8.4.2 Zusatzelemente

Das Pneumonierisiko wird bei jeder Veränderung des Gesundheitszustandes des Bewohners/der Bewohnerin bzw. bei Auftreten eines weiteren Risikofaktors anhand der bekannten Risikofaktoren neu eingeschätzt.

■ **Ernährungsprotokoll • Trinkprotokoll • Bilanzierungsprotokoll**

Das Führen von Ernährungs- und Trinkprotokollen ausschließlich im Zusammenhang mit einer Pneumonieprophylaxe wird eher selten erfolgen. In der Regel stehen andere Probleme im Vordergrund. Anhand der Pflegeplanung muss dennoch erkennbar sein, welchen Einfluss Essen und Trinken auf die Entstehung einer Pneumonie haben können. Im Zusammenhang mit einer Pneumonieprophylaxe werden die Maßnahmen, die sich auf die Ernährung des Bewohners/der Bewohnerin beziehen, mit dem Arzt/der Ärztin abgesprochen. Ziel ist es, eine Gefährdung des Bewohners/der Bewohnerin, die sich aus einer unangemessenen Nahrungs- und Flüssigkeitsvergabe ergeben kann, abzuwenden. Gerade in diesem Zusammenhang ist die Abstimmung der Flüssigkeitsmenge sinnvoll. Das Bilanzierungsprotokoll wird auf ärztliche Verordnung hin geführt, wenn die Gefahr der Entstehung eines Lungenödems gegeben ist. Ein Ernährungsprotokoll wird nur geführt, wenn eine Störung des Schluckvorganges besteht und wenn mögliche Auslöser über ein Ernährungsprotokoll aufgedeckt werden sollen.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Je nach Diagnose werden die Vitalwerte der Bewohner/-innen regelmäßig erhoben. Dies kann aus pflegerischer Sicht oder aufgrund einer ärztlichen Verordnung erfolgen. In beiden Fällen liegt der Durchführungshäufigkeit eine Planung zugrunde und die Vitalwertkontrolle erfolgt in der geplanten Häufigkeit. Liegt keine ärztliche Verordnung vor, wird empfohlen, die Kontrollhäufigkeit der Vitalwerte Temperatur, Atmung, Blutdruck, Puls und Gewicht individuell festzulegen. Ist der Zusammenhang von Pneumoniegefahr

und Diabetes mellitus belegt, wird mit dem Arzt /der Ärztin abgesprochen, inwieweit regelmäßige Blutzuckerkontrollen angezeigt sind.

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Das Lagerungs- oder Bewegungsprotokoll wird geführt, wenn der/die Bewohner/-in über PEG ernährt wird und die Nahrung in einer besonderen Körperhaltung zugeführt werden muss. Gleiches gilt, wenn der/die Bewohner/-in eine Schluckstörung hat und ein problemloses Schlucken nur in einer besonderen Körperhaltung möglich ist. Häufig wird diese Lagerung nach Beendigung der Mahlzeit für mindestens 30 Minuten beibehalten. Möglich ist auch, dass der/die Bewohner/-in einer besonderen Lagerung zur Unterstützung der Atmung oder der Schmerzreduzierung bedarf.

Alternativ zum Lagerungsprotokoll kann die Lagerungsart in der Pflegeplanung beschrieben und die Durchführung im Leistungsnachweis dokumentiert werden. In Abhängigkeit vom Pflegesystem und von der Qualität der Pflegeplanung wird individuell entschieden, ob der Leistungsnachweis zur Dokumentation ausreicht oder ob der Einzelnachweis zu führen ist.

■ Sonstiges

Entscheidend ist insgesamt, dass die Pflegenden erkennen, wie die Elemente der Pflegedokumentation miteinander verknüpft sind. Eine Gefährdung in einem Lebensbereich, wie z. B. die flache Atmung bei Schmerzen, kann in einem anderen Bereich ebenfalls eine Gefahr für den/die Bewohner/-in darstellen. Im genannten Fall kann die Minderbelüftung der Lungen die Entstehung einer Pneumonie begünstigen.

Eine besondere Form der Pneumonie wird durch Legionellen verursacht und daher bestehen besondere Anforderungen an die Trinkwasserqualität und an die Dokumentation durchgeführter Kontrollen.

3.8.5 Vorschläge für die Praxis

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei einer Pneumoniegefahr werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Intervalle für eine erneute Einschätzung der Pneumoniegefahr pauschal festlegen
- Bei einer akuten Pneumoniegefahr die zeitnahe Überarbeitung der Pflegeplanung unterlassen
- In der Pflegeplanung darauf verzichten, konkret zu beschreiben, wie prophylaktische Maßnahmen durchzuführen sind und somit die Durchführung in das Belieben der einzelnen Pflegeperson stellen

■ Das sollten Sie tun

- Im Zusammenhang mit der Pneumoniegefahr prüfen, ob der Dokumentationsaufwand durch eine Verbesserung der Qualität der Pflegeplanung reduziert werden kann
- Wenn es um die Dokumentation neuer Inhalte geht: Prüfen, ob dies nicht in dem bereits bestehenden Dokumentationssystem möglich ist
- Regeln aufstellen für den Umgang mit einer Pneumoniegefahr und sicherstellen, dass die Pflegenden die Pneumonierisikofaktoren kennen, dass sie individuelle prophylaktische Maßnahmen planen und durchführen können und dass sie entsprechend den vorhandenen Vorgaben im Bedarfsfall ein Pneumonierisiko neu erfassen
- Die Durchführung einer individuell geplanten Mundpflege sicherstellen
- Bei gefährdeten Bewohner(n)/-innen eine Gripeschutz- und Pneumonieimpfung anregen
- Im Zusammenhang mit der Pneumonieprophylaxe bzw. der Behandlung einer vorliegenden Pneumonie, sofern diese in der Einrichtung therapiert wird, einen geeigneten Hygieneplan vorhalten
- Im Zusammenhang mit einer Pneumonieprophylaxe oder einer Pneumoniebehandlung Regeln aufstellen für den Einsatz der Zusatzelemente Trink- und Ernährungsprotokoll und Bilanzierung, Vitalwerteprotokoll und Lagerungsprotokoll und Dokumentationsregeln vorgeben

■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren

- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Prävention und Rehabilitation Band 4. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 10, Seiten 229 -240

oder

Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann: THIEMEs Pflege. 10. völlig neu bearbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 22, Seiten 327 ff, Kapitel 30, Seiten 532 ff

oder

Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Auflage. Urban&Fischer. München, Jena, 2004. Kapitel 19, Seiten 689 ff

Internet:

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes: www.dbe-bund.de (Stichwort: Pneumonie. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Medizin und Gesundheit: www.onmeda.de (Stichwort Pneumonie. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Das Deutsche Medizin-Netz: www.medizin-netz.de (Stichwort: Pneumonie. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.9: Thrombose		Seite
3.9.1	Kurzbeschreibung	110
3.9.2	Hintergrundinformationen	110
3.9.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	111
3.9.3.1	Risikoeinschätzung	112
3.9.3.2	Zusatzelemente	112
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	112
	■ Ärztliche Verordnung	112
	■ Schmerzprotokoll	113
	■ Vitalwerteprotokoll	113
	■ Wunddokumentation	113
	■ Trinkprotokoll	113
3.9.4	Empfehlungen	113
3.9.4.1	Risikoeinschätzung	113
3.9.4.2	Zusatzelemente	114
	■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis	114
	■ Ärztliche Verordnung	114
	■ Schmerzprotokoll	115
	■ Vitalwerteprotokoll	115
	■ Wunddokumentation	115
	■ Trinkprotokoll	116
3.9.5	Vorschläge für die Praxis	116
	■ Das sollten Sie vermeiden	116
	■ Das sollten Sie tun	116
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	116

3.9 Thrombose

3.9.1 Kurzbeschreibung

Bei einer Thrombose entsteht, ausgelöst durch eine erhöhte Blutgerinnung, ein Blutgerinnsel (Thrombus) in der Blutbahn. Thrombosen können sowohl im arteriellen als auch im venösen System entstehen. Arterielle Thrombosen haben in der Regel das Absterben von Gewebe hinter dem Thrombus zur Folge. Sie sind seltener als Thrombosen im venösen System. Bei den Thrombosen im venösen Bereich unterscheidet man zwischen Thrombosen der oberflächlichen Venen (Thrombophlebitis) und Thrombosen der tief liegenden Venen (Phlebothrombose).

3.9.2 Hintergrundinformationen

Die o.g. drei Formen einer Thrombose sind Komplikationen, die in Einrichtungen der stationären Altenpflege immer wieder auftreten. Nicht immer ist jedoch eine Thrombose Anlass für pflegerisches Handeln, sondern häufig werden die Folgen eines vorhergegangenen Verschlusses behandelt.

Arterielle Verschlüsse stellen für den Betroffenen/die Betroffene eine lebensbedrohliche Situation dar und sind meist Folge einer fortschreitenden Arteriosklerose. Die Blutgefäße werden durch Ablagerungen verengt und wenn Blutgerinnsel auf solche Stellen treffen, kommt es zu einem plötzlichen Gefäßverschluss. Die bekanntesten Folgen sind Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße (Angina Pectoris), Herzinfarkte und transischämische Attacken (TIA), die häufig Vorboten eines Apoplex sind. Eine weitere Folge ist die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die nicht selten eine Amputation z. B. der Unterschenkel erforderlich macht. Betroffen sein können auch die großen Arterien im Becken- und Bauchbereich. Wann ein Verschluss auftritt, kann nicht vorhergesagt werden. Meist entsteht der Verschluss plötzlich und es können bei vorgeschädigten Gefäßen keine Prophylaxen (außer der Vergabe von blutverdünnenden oder gerinnungshemmenden Arzneimitteln) ergriffen werden.

Bei Thrombosen im venösen System wird deren Entstehung durch die Virchow'sche Trias bestimmt. Dazu gehören

- eine bestehende Schädigung der Gefäßwand durch Arteriosklerose, Varikose, Venenentzündungen, Veränderungen der Venen, Quetschungen, Verletzungen
- eine erhöhte Gerinnungsneigung des Blutes durch eine Herzinsuffizienz, Ruhigstellung (z.B. Gips oder Schiene), Lähmung, Schock, Exsikkose, Bettruhe
- eine Verlangsamung bis hin zum Stillstand der Blutströmung durch Herzrhythmusstörungen, Medikamente, erhöhte Gerinnungsfaktoren.

Eine Thrombophlebitis entsteht meist an den Unterschenkeln und dort bevorzugt an vorhandenen Varizen. Gefäße können sich verschließen, das venöse System selbst bildet Umgehungskreisläufe. Insgesamt ist die Gefahr einer Verschleppung des Thrombus eher gering. Anders ist es bei einer Phlebothrombose. Betroffen sind die tief liegenden Venen und die Venen im Beckenbereich.

Hier ist die Gefahr, dass sich ein Thrombus löst und eine Lungenembolie auslöst, recht groß. Weiter kann sich ein postthrombotisches Syndrom entwickeln mit einer venösen Abflussstörung, einer Strömungsumkehr, einer Druckerhöhung in den Venen, einer chronisch-venösen Insuffizienz und einer lymphatischen Abflussstörung. Vielfach bilden sich Ödeme im Bereich der Fußgelenke und der Unterschenkel. In der stationären Altenhilfe sind besonders Personen gefährdet, die

- Bettruhe einhalten müssen
- unter Bewegungsmangel leiden
- unter einer Herzinsuffizienz/an Herzrhythmusstörungen leiden
- unter einer herabgesetzten Blutströmungsgeschwindigkeit leiden, z.B. durch eine unzureichende Flüssigkeitsaufnahme
- übergewichtig sind
- an einer Arteriosklerose leiden
- unter Bluthochdruck leiden
- an einem Diabetes mellitus erkrankt sind
- rauchen.

In der Regel kann eine Schwellung der Waden beobachtet werden bei gleichzeitig hochglänzender und gespannter Haut, unabhängig davon, wo der Thrombus sitzt. Die Betroffenen klagen zunächst über diffuse Schmerzen, die später lokalisiert werden können.

3.9.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Das Problem einer Thrombosegefahr wird häufig in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe nicht systematisch erfasst. Wenn bei einem Bewohner/einer Bewohnerin eine solche Gefahr besteht, ist das Risiko häufig aus der Vergangenheit bekannt und der/die Bewohnerin ist bereits mit entsprechenden Hilfsmitteln oder Medikamenten versorgt. Die Thromboseneigung besteht vielfach bereits seit Jahren. So nehmen viele der betroffenen Bewohner/-innen Acetylsalicylsäure ein, tragen Antithrombosestrümpfe oder es werden ihnen Kompressionsverbände angelegt. Vielfach werden Salben z.B. auf die Unterschenkelhaut aufgetragen zur Vorbeugung einer Thrombophlebitis. Dem Problem der Thrombosegefahr wird nach Einzug in die Einrichtung jedoch nicht immer angemessen Berücksichtigung geschenkt. Selbst nach einem Krankenhausaufenthalt wird die Therapie z. B. mit Heparin® schnell von den behandelnden Ärzten/Ärztinnen abgesetzt und eine Umstellung auf orale blutverdünnende oder gerinnungshemmende Arzneimittel erfolgt häufig nicht oder verzögert. Nicht immer ist anhand der Pflegedokumentation erkennbar, welche Maßnahmen zur Thromboseprophylaxe durchgeführt werden, sondern es erfolgt der pauschale Hinweis auf eine „Thromboseprophylaxe“. Damit ist es in die Entscheidungsfreiheit der einzelnen Pflegeperson gestellt, welche Maßnahme sie ergreift und durchführt. Vereinzelt kann der Pflegedokumentation entnommen werden, dass die Beine bei gefährdeten Bewohner(n)/-innen „ausgestrichen“ werden sollen. Dies ist meist sinnvoll, unklar bleibt jedoch, wie mit dieser Maß-

nahme verfahren wird, wenn sich der Verdacht einer Thrombose erhärtet und diese Maßnahme kontraindiziert ist.

3.9.3.1 Risikoeinschätzung

Die Einschätzung eines Thromboserisikos anhand einer Skala erfolgt in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen selten. Einige Anbieter von Pflegedokumentationssystemen führen in ihrem Angebot Dokumentationselemente zur Erkennung von Gefährdungspotenzialen. Diese Elemente haben sich jedoch nicht durchgesetzt. In der Regel werden in den Einrichtungen die Folgen von Thrombosen oder arteriellen Durchblutungsstörungen behandelt. Dies sind z.B. Unterschenkelgeschwüre (Ulcus cruris) oder Bewegungseinschränkungen bis hin zu Amputationen der unteren Gliedmaßen aufgrund von Durchblutungsstörungen. In diesem Zusammenhang gewinnt der Umgang mit Schmerzen zunehmend an Bedeutung.

3.9.3.2 Zusatzelemente

Bei der Dokumentation im Zusammenhang mit einer Thrombose werden in der Regel keine Zusatzelemente eingesetzt. Ausnahmen sind die wenigen Einrichtungen, die Zusatzformulare analog zur Wunddokumentation für die Behandlung einer Thrombose führen. Dies geschieht u.a. mit dem Ziel der Übersichtlichkeit. Alle das Problem betreffende Informationen liegen an einer Stelle vor.

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Im Zusammenhang mit einer Thrombosegefahr/Thromboseprophylaxe werden Lagerungen durchgeführt, die jedoch nicht separat nachgewiesen werden. Anhand der Pflegedokumentation ist selten erkennbar, ob die zur Thromboseprophylaxe geplanten Lagerungen mit denen zur Dekubitus- oder Kontrakturenprophylaxe abgestimmt sind. Ebenso ist anhand der Pflegedokumentation nicht immer erkennbar, dass die Bewohner/-innen mit dem Ziel der Thromboseprophylaxe mobilisiert werden.

■ Ärztliche Verordnung

Die ärztliche Verordnung bezieht sich in der Regel auf die Verordnung blutverdünnender Medikamente, Salben oder Cremes und/oder der Verordnung von Antithrombosedrümpfen oder Kompressionsverbänden. Vereinzelt wird der/die Bewohner/-in mit Marcumar® versorgt. Die Vergabe für Marcumar® wird meist auf einer gesonderten Übersicht (Marcumarpass) ausgewiesen, die der Pflegedokumentation beigelegt ist. In diesen Fällen liegen die Werte der Bestimmung des Gerinnungsfaktors vor. Die Verordnung von Marcumar® wird im Marcumarpass dokumentiert und eine Übertragung in das Element der ärztlichen Verordnung erfolgt nicht mehr. Die Verordnungen zu Wundbehandlung entsprechen nicht immer dem aktuellen Stand pflegefachlichen Wissens.

■ Schmerzprotokoll

Obwohl Durchblutungsstörungen, besonders solche im arteriellen System, mit starken Schmerzen einhergehen können, wird nur selten eine Schmerzerfassung geführt und eine gezielte Schmerzbehandlung in die Wege geleitet.

■ Vitalwerteprotokoll

Im Zusammenhang mit einer Thrombose oder einer Thrombosegefahr werden keine Vitalwerte kontrolliert. Erst wenn sich der Verdacht auf eine Thrombose ergibt, werden Blutdruck und Puls ermittelt, wird die Körpertemperatur gemessen und die Atmung kontrolliert.

■ Wunddokumentation

Bestehen bei dem Bewohner/der Bewohnerin Wunden aufgrund von Durchblutungsstörungen, wird in der Regel eine Wunddokumentation geführt. Teilweise sind Wundtherapeut(en)/-innen in die Wundbehandlung und -beschreibung einbezogen.

■ Trinkprotokoll

Im Zusammenhang mit einer Thrombosegefahr wird in der Regel kein Trinkprotokoll geführt, obwohl eine ausreichende Flüssigkeitsmenge die Fließgeschwindigkeit des Blutes erhöht und einer zunehmenden Gerinnungsneigung des Blutes entgegenwirkt. Wenn Beratungsgespräche geführt werden, in denen die Betroffenen über ihre besondere Gefährdung informiert werden, finden sich die Inhalte dieser Gespräche nur selten im Pflegebericht wieder.

3.9.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer Thrombosegefahr oder einer bestehenden Thrombose ausgesprochen.

3.9.4.1 Risikoeinschätzung

Die Risikoeinschätzung erfolgt aufgrund der Erfahrung der Pflegefachkräfte anhand bekannter Risikofaktoren wie Bettlägerigkeit, zunehmende Immobilität, geringe Flüssigkeitsaufnahme, bzw. Kombination mehrerer Faktoren. Die Gefahr einer Thrombose ist in den Einrichtungen weit verbreitet, da bei vielen Bewohner(n)/-innen bereits eine Thromboseneigung besteht. In der Regel liegt eine entsprechende Diagnose vor und Prophylaxen können bei Einzug der Bewohner/-innen sofort geplant bzw. weitergeführt werden. Kommen weitere Risikofaktoren hinzu, wird das Risiko neu eingeschätzt.

3.9.4.2 Zusatzelemente

Es wird nicht empfohlen, für die Dokumentation im Zusammenhang mit einer Thrombose ein weiteres Element zu verwenden.

■ Lagerungsprotokoll • Bewegungsnachweis

Besondere Lagerungen im Zusammenhang mit einer Thromboseprophylaxe werden nicht gesondert nachgewiesen, sondern in der Pflegeplanung wird konkret beschrieben, wie die Lagerung zur Rückflussförderung des venösen Blutes durchgeführt wird. Diese Lagerungen erfordern eine Abstimmung mit Lagerungen zur Dekubitus- oder Kontrakturenprophylaxe.

Maßnahmen zur Thromboseprophylaxe können in den Bewegungsnachweisen aufgeführt und als Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe ausgewiesen werden.

Bei Bewohner(n)/-innen, bei denen eine Phlebothrombose diagnostiziert wurde, die jedoch nicht zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus verlegt werden, kann das Führen eines Lagerungsprotokolls erforderlich werden. Dies ist dann der Fall, wenn der/die Betroffene nur über eine geringe Fähigkeit zur Eigenbewegung verfügt und dadurch eine Dekubitusgefahr besteht.

Maßnahmen der Mobilisation zur Thromboseprophylaxe werden in der Pflegeplanung geplant und in den Leistungsnachweisen als erbracht dokumentiert. In begründeten Einzelfällen kann es erforderlich sein, die Maßnahmen im Bewegungsnachweis zu dokumentieren, dies sollte aber die Ausnahme bleiben.

■ Ärztliche Verordnung

Dieses Element wird eingesetzt, wenn der/die Bewohner/-in medikamentös versorgt wird und/oder wenn Antithrombosestrümpfe oder Kompressionsverbände verordnet werden. U.U. leiden die Betroffenen unter sehr starken Schmerzen und eine Schmerzbehandlung, auch mit Betäubungsmitteln, ist angezeigt. Für die Vergabe von Betäubungsmitteln im Zusammenhang mit einer Thrombose oder massiven Durchblutungsstörungen gelten die allgemeinen Regeln. Beschaffung bzw. Vernichtung, Lagerung, Bestandsnachweis und Nachweis der Vergabe entsprechen den Vorgaben des Btm-Gesetzes.

Zu beachten ist u.U. dass durch eine Schmerzfreiheit für den Bewohner/die Bewohnerin die Gefahr besteht, dass er/sie z.B. bei einer tiefen Beinvenenthrombose die verordnete Bettruhe unterbricht und sich der Gefahr einer Embolie aussetzt. Werden entsprechende Beratungsgespräche geführt, wird der Inhalt im Pflegebericht festgehalten.

Im Zusammenhang mit einer Thrombosegefahr empfiehlt es sich, die aktuelle Medikation der gefährdeten Bewohner/-innen regelmäßig zu überprüfen mit dem Ziel, Risiken zu minimieren oder auszuschalten. Zudem sollte eine

Liste derjenigen Arzneimittel vorliegen, die das Thromboserisiko erhöhen. Bewohner/-innen, die diese Arzneimittel erhalten, werden in besonderer Weise beobachtet.

■ Schmerzprotokoll

Besonders im Bereich der arteriellen Durchblutungsstörung können die Schmerzerfassung und eine gezielte Schmerzbehandlung unerlässlich sein. Betroffene leiden häufig unter der Schaufensterkrankheit und können meist keine weiteren Wege ohne Unterbrechungen zurücklegen. Die Therapie richtet sich nach dem Grad der Erkrankung. Dazu kann es sinnvoll sein, zu erfassen, ab welcher Wegstrecke Schmerzen auftreten. Eine Schmerzerfassung im Zusammenhang mit einer venösen Thrombose ist eher ungeeignet, weil die Schmerzen meist akut auftreten. Sie können allenfalls ein erster Hinweis auf eine beginnende Thrombose sein. Bei Bewohner(n)/-innen mit vorgeschädigten Gefäßen und damit bekanntem Thromboserisiko muss immer von der Möglichkeit einer erneuten Thrombose ausgegangen werden, wenn die Betroffenen über Schmerzen in den Beinen klagen.

■ Vitalwertekontrollen

Vitalwerte werden immer dann kontrolliert, wenn das Thromboserisiko von diesen Werten beeinflusst wird. Dies gilt sowohl für eine Hypertonie als auch für eine Hypotonie mit Auswirkungen auf die Gefäße bzw. auf die Fließgeschwindigkeit des Blutes. Blutzuckerwerte sollten ebenso wie Blutdruckwerte im individuellen Normbereich liegen. Diese Normwerte sind bei dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin zu erfragen. Bei Verdacht auf eine Thrombose werden Blutdruck- und Pulskontrollen durchgeführt. Die Körpertemperatur steigt bei einer Thrombose stufenartig an und eine veränderte Atmung kann durchaus auf eine beginnende Embolie hinweisen.

■ Wunddokumentation

Die Wunddokumentation wird bei allen Wunden geführt, die im Zusammenhang mit einer Thrombose bzw. mit Durchblutungsstörungen sowohl im arteriellen Bereich als auch im venösen Bereich stehen und für deren Behandlung eine ärztliche Verordnung vorliegt. Bei der Behandlung dieser Wunden besteht häufig Diskussionsbedarf mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen bezüglich einer dem aktuellen pflegfachlichen Stand angemessenen Wundversorgung. Nicht immer erfolgt nach diesen Gesprächen eine fachlich angemessene Verordnung. Bei Weigerung der Ärzte/Ärztinnen werden die Inhalte der Gespräche im Pflegebericht festgehalten. Gerade bei den o.g. Wunden bietet sich die Zusammenarbeit mit externen Wundtherapeut(en)/-innen an. Sie sollte in einer Form erfolgen, die die Kompetenz der Pflegefachkräfte bezogen auf die Wundversorgung erhält oder verstärkt.

■ **Trinkprotokoll**

Wenn das Thromboserisiko erkennbar in einer zu geringen Flüssigkeitsaufnahme begründet ist, wird ein Trinkprotokoll geführt, um einen Überblick über die tatsächlich aufgenommene Flüssigkeitsmenge zu erhalten.

3.9.5 **Vorschläge für die Praxis**

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei einer Thrombosegefahr/einer Thrombose werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ **Das sollten Sie vermeiden**

- Bei bekanntem Thromboserisiko die Thrombosegefahr unterschätzen
- Den Bewohner(n)/-innen Antithrombosestrümpfe anlegen, die erkennbar keine Wirkung mehr haben können
- Kompressionsverbände mit elastischen Binden durchführen, die ihre Elastizität eingebüßt haben
- Die Thromboseprophylaxe nicht konkret planen und damit in die Entscheidungsfreiheit der einzelnen Pflegeperson legen

■ **Das sollten Sie tun**

- Die Pflegenden zu allen, die Thrombosegefahr und den Umgang mit Thrombosen betreffenden Aspekten schulen und sicherstellen, dass sie die Risikofaktoren für die Entstehung einer Thrombose sowohl im arteriellen als auch im venösen System sowie die Krankheitszeichen kennen und dass sie prophylaktische Maßnahmen kennen und anwenden können
- Dokumentationsregeln aufstellen
- Bei einer Behandlung mit Antikoagulantien sicherstellen, dass die Vergabe entsprechend der ärztlichen Verordnung erfolgt und dass im Falle einer Verletzung z.B. eine Blutstillung sicher beherrscht wird
- Beratung anbieten und Regeln für die Dokumentation aufstellen, insbesondere für den Fall, dass die Betroffenen Prophylaxe und/oder therapeutische Maßnahmen ablehnen
- Den Verzicht auf eine Mobilisation bei Thromboseverdacht sicherstellen bis eine Diagnose vorliegt
- Eine Wundversorgung, die dem aktuellen medizinischen und pflegefachlichen Stand entspricht, anregen und Regeln für die Dokumentation aufstellen für den Fall, dass die Ärzte/Ärztinnen veraltete Methoden beibehalten

■ **Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren**

- Bettina Kemkes-Matthes, Gerd Oehler: Blutgerinnung und Thrombose. 3. neu bearbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2001
- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Prävention und Rehabilitation Band 4. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 13, Seiten 281 - 302

oder

Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann: THIEMEs pflege. 10. völlig neu bearbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 17, Seiten 186 ff und Kapitel 31, Seiten 612 ff

oder

Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Auflage. Urban&Fischer. München, Jena, 2004. Kapitel 18, Seiten 657 ff

Internet:

- Deutsche Gesellschaft für Phlebologie: www.phlebology.de (Stichwort: Thrombose. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie: www.gefaesschirurgie.de (Stichwort: Thrombose. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Mitteldeutscher Rundfunk. Stichwort: Thrombose: www.mdr.de (Stichwort: Thrombose. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Medizin und Gesundheit: www.medizininfo.de (Stichwort: Thrombose. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.10: Munderkrankungen		Seite
3.10.1	Kurzbeschreibung	119
3.10.2	Hintergrundinformationen	119
3.10.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	120
3.10.3.1	Risikoeinschätzung	121
3.10.3.2	Zusatzelemente	121
	■ Ärztliche Verordnung	121
	■ Trinkprotokoll	121
	■ Ernährungsprotokoll	121
	■ Vitalwerteprotokoll	122
3.10.4	Empfehlungen	122
3.10.4.1	Risikoeinschätzung	122
3.10.4.2	Zusatzelemente	122
	■ Ärztliche Verordnung	122
	■ Trinkprotokoll	123
	■ Ernährungsprotokoll	123
	■ Vitalwerteprotokoll	123
	■ Sonstiges	124
3.10.5	Vorschläge für die Praxis	124
	■ Das sollten Sie vermeiden	124
	■ Das sollten Sie tun	124
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	125

3.10 Munderkrankungen

3.10.1 Kurzbeschreibung

Unter einer Munderkrankung wird eine Abweichung vom physiologischen Normalzustand der Mundschleimhaut, der Lippen, der Zunge, des Zahnfleisches, der Zähne, der Zahnprothesen sowie des Speichels und der Speichelproduktion verstanden. Häufig vorkommende Veränderungen der Mundhöhle sind Beläge, Mukositis und Soor, verursacht durch

- allgemeine Abwehrschwäche
- Magen- und Darm-Störungen
- Diabetes mellitus
- Mangelernährung
- Flüssigkeitsdefizit
- bestimmte Medikamente.

Besonders gefährdet sind z. B. abwehrgeschwächte Menschen oder solche, die onkologisch erkrankt sind und sich aktuell einer Therapie unterziehen.

3.10.2 Hintergrundinformationen

Zu den Munderkrankungen zählen

- die Stomatitis simplex mit einer geröteten und geschwollenen Mundschleimhaut und daraus resultierend mit Schmerzen beim Kauen und Schlucken. Sie geht einher mit einem starken Mundgeruch. Sie tritt häufig als Folge von Chemo- und Strahlentherapien auf.
- die Stomatitis herpetica als Entzündung der Mundschleimhaut (auch Zunge und oberer Gaumen) und des Zahnfleisches, hervorgerufen durch eine Infektion mit Herpes simplex-Viren. Die Infektion ist sehr schmerzhaft.
- der Herpes labialis als Virusinfektion an den Lippen mit Bläschenbildung. Die Entstehung wird begünstigt durch Sonnenschein, Stress, Fieber oder Infektionen und ist ebenfalls schmerzhaft.
- Aphthen, die durch Viren hervorgerufen werden und die als kleine Erosionen an Wangenhaut, Zunge und Gaumen erkennbar sind. Sie entstehen meist als Folge einer psychischen Belastung, einer Verletzung der Mundschleimhaut (auch als Folge einer Zahnbehandlung), einer mangelnden Mundhygiene oder nach dem Genuss von Zitrusfrüchten.
- Soor als Pilzinfektion befällt nicht nur die Mundschleimhaut, sondern häufig den gesamten Verdauungstrakt und führt zu schmerzhaften Hautrötungen im Genitalbereich und am Gesäß. Die Besiedelung mit *Candida albicans* ist oft Folge einer Behandlung mit Antibiotika, kann aber auch bei einer HIV-Infektion, bei einer Tumorbehandlung und bei allgemeiner Immunschwäche auftreten. Im Mund ist Soor in Form weißer bis gelber Flecken, die sich vom Untergrund abheben, erkennbar. Wird der Belag entfernt, entstehen kleine blutende Wunden. Soor im Mundbereich ist meist nicht schmerzhaft.
- Rhagaden, die als schmerzhaft eintretende Einrisse an Mund- und Nasenwinkeln erkennbar sind, meist verursacht durch Eisen- und Vitamin-B-Mangel, aber

auch durch eine Immunabwehrschwäche oder mangelnde Mundpflege. Sie sind schmerzhaft und die Betroffenen möchten nur ungern ihren Mund öffnen oder ihre Lippen bewegen.

- Prothesendruckstellen, die als Folge schlecht sitzender Zahnprothesen bzw. als Folge von Speiseresten, die aufgrund einer unzureichenden Mundpflege unter der Zahnprothese verbleiben, in Erscheinung treten. Auch sie sind schmerzhaft und verhindern durch einen üblen Geschmack im Mund die Lust auf die Nahrungsaufnahme.
- die Parotitis als eine von Staphylokokken oder Streptokokken ausgelöste eitrige Entzündung der Ohrspeicheldrüse mit einer verminderten Speichelsekretion, der Gefahr der Kieferklemme und der Abszessbildung (die nur operativ behandelt werden kann). Die verminderte Speichelsekretion und -bildung bei der Parotitis kann verursacht werden durch eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, durch eine unzureichende Kauaktivität oder als Nebenwirkung bestimmter Medikamente.

Allen Veränderungen ist gemein, dass sie das Wohlbefinden der Betroffenen erheblich beeinträchtigen und immer dann, wenn sie mit Schmerzen einhergehen, negative Auswirkungen auf den Appetit und die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme haben. Da sie vielfach entstehen, wenn der Allgemeinzustand der Betroffenen stark reduziert ist, kann durch die Weigerung, Nahrung und Flüssigkeit aufzunehmen, ein Teufelskreis entstehen, der nur schwer zu durchbrechen ist. Neben den Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme kommt es zu Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit, das Sprechen fällt schwer, weil das Öffnen des Mundes mit Schmerzen verbunden ist oder weil die Beweglichkeit der Zunge reduziert ist.

3.10.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Bislang werden Munderkrankungen dann beschrieben, wenn sie diagnostiziert sind. Die Pflegepersonen reagieren meist auf Beobachtungen, eine systematische Erfassung potenzieller Gefährdungen erfolgt nicht und eine Beschreibung der Mundschleimhaut wird selten durchgeführt. Beschrieben werden vereinzelt von außen am Mund bzw. an den Mund-/Nasenwinkeln sichtbare Veränderungen. Anhand der Pflegedokumentation kann in der Regel nachvollzogen werden, dass eine Mundpflege durchgeführt wird. Art und Weise der Durchführung sind jedoch selten beschrieben und es ist der einzelnen Pflegeperson überlassen, wie sie bei der Mundpflege vorgeht. Anhand der Pflegedokumentation ist nicht erkennbar, wie der/die Bewohner/-in die Durchführung der Mundpflege wünscht, welche Vorlieben und Abneigungen er/sie hat. Der Zahnstatus wird häufig nicht erhoben und die Häufigkeit der Mundpflege entspricht nicht der von Zahnärzten/Zahnärztinnen empfohlenen, z. B. nach jeder Mahlzeit oder bei einer Ernährung über PEG mindestens dreimal täglich. Besonders bei Bewohner(n)/-innen, bei denen die Mundpflege schwer durchführbar ist, sehen die Pflegenden das Umspülen des Mundes mit Wasser als eine Form der Mundpflege an, obwohl diese Maßnahme absolut unzureichend ist.

3.10.3.1 Risikoeinschätzung

Eine Risikoeinschätzung anhand von Skalen ist nicht möglich; es gibt keine Assessmentinstrumente. Die Risikoeinschätzung erfolgt in der Regel aufgrund der Erfahrungen der Pflegefachkräfte. Eine konkrete Beschreibung des Risikos in der Pflegeplanung, die Beschreibung der Mundschleimhaut in der Anamnese und die Befragung zum Auftreten von Munderkrankungen in der Vergangenheit erfolgen eher selten. Die Risikofaktoren für die Entstehung einer Munderkrankung sind grundsätzlich bekannt, da aber sehr unterschiedliche Erkrankungen auftreten können, fällt die Zuordnung von Symptom und möglicher Diagnose z.T. schwer. Hinzu kommt, dass eine Inspektion der Mundhöhle nicht systematisch erfolgt und u.U. teilweise nicht möglich ist, weil der/die Bewohner/-in dies nicht zulässt bzw. weil die entsprechenden Hilfsmittel nicht vorgehalten werden. Insgesamt werden den Munderkrankungen und der Mundpflege in den Einrichtungen nicht die Bedeutung zugestanden, die sie haben.

3.10.3.2 Zusatzelemente

Bei der Dokumentation von Munderkrankungen werden keine Zusatzelemente speziell für diesen Problembereich eingesetzt. Die nachfolgend aufgeführten werden in der Regel im Zusammenhang mit anderen Problemen der Bewohner/-innen geführt, liefern aber alle für einen angemessenen Umgang mit Munderkrankungen erforderlichen Informationen. Nicht immer ist anhand der Pflegedokumentation erkennbar, dass die erhobenen Informationen mit dem Problem des Risikos der Munderkrankung verknüpft werden.

■ Ärztliche Verordnung

Die ärztliche Verordnung im Zusammenhang mit einer Munderkrankung wird immer dann geführt, wenn aufgrund einer Munderkrankung eine Therapie durchgeführt wird. Nur selten wird die aktuelle Medikation hinsichtlich ihrer Gefahr für die Entstehung einer Munderkrankung betrachtet.

■ Trinkprotokoll

Ein Trinkprotokoll wird im Zusammenhang mit einer Munderkrankung nicht geführt. Wo es geführt wird, steht eine andere Veränderung im Vordergrund. Häufig ist eine der oben beschriebenen Munderkrankungen die Folge eines Flüssigkeitsdefizits aufgrund der Grunderkrankung (Demenz, Tumor o. ä.).

■ Ernährungsprotokoll

Ein Ernährungsprotokoll wird im Zusammenhang mit Munderkrankungen nicht geführt, obwohl ein direkter Zusammenhang zwischen der Nahrungsaufnahme, der Art der Nahrung und der Entstehung von Munderkrankungen besteht (z.B. Vitamin B- oder Eisenmangel als Ursache für die Entstehung von Rhagaden). Ernährungsprotokolle werden in der Regel bereits geführt, weil eine andere Einschränkung dies erfordert.

■ Vitalwerteprotokoll

Eine Vitalwertkontrolle im Zusammenhang mit Munderkrankungen wird nicht durchgeführt. Das Vorliegen eines Diabetes mellitus und ein evtl. schwer einstellbarer Blutzucker bei einem stark reduzierten Allgemeinzustand werden in der Regel nicht in Verbindung gebracht mit der Gefahr der Entstehung z. B. einer Soorerkrankung.

3.10.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit Munderkrankungen ausgesprochen.

3.10.4.1 Risikoeinschätzung

Das Risiko wird anhand der bekannten Faktoren eingeschätzt und in Pflegeanamnese und Pflegeplanung entsprechend berücksichtigt. Wo erkennbare Veränderungen der Mundschleimhaut vorliegen, kann es sinnvoll sein, den Ernährungsstatus des/der Betroffenen zu erheben mit dem Ziel, eine möglicherweise bestehende Mangelernährung aufzudecken. Dies gilt auch, wenn sonst keine Anzeichen für eine Mangelernährung vorhanden sind. Bewohner/-innen, die offensichtlich die Mundhygiene vernachlässigen, werden über die Risiken informiert, der Inhalt des Gesprächs wird im Pflegebericht festgehalten. Bei Bewohner(n)/-innen, die die Mundpflege selbständig durchführen, kann es u.U. sinnvoll sein, sie über eine angemessene Mundhygiene zu informieren und regelmäßige Zahnarztbesuche zu vereinbaren.

Munderkrankungen, die auftreten, weil der/die Betroffene mit offenem Mund atmet, werden in der Pflegeplanung beschrieben und es wird geplant, in welcher Häufigkeit und mit welchen Mitteln eine Befeuchtung der Mundschleimhaut und der Lippen durchgeführt werden soll. Der Nachweis erfolgt über den Leistungsnachweis.

Beachtet werden sollte, dass es sich bei den Munderkrankungen meist um potentielle Gefahren handelt, die durch eine intensive Mundhygiene und regelmäßige Kontrollen der Mundhöhle verhindert werden können.

3.10.4.2 Zusatzelemente

■ Ärztliche Verordnung

Es wird empfohlen, bei gefährdeten Bewohner(n)/-innen die aktuellen Arzneimittel bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Entstehung von Munderkrankungen zu prüfen. Dies gilt insbesondere für Antibiotika, wobei auch andere Arzneimittel erfasst werden sollten, die eine Munderkrankung auslösen können. Eine solche Überprüfung ist nicht nur bei den erkennbar gefährdeten Personen sinnvoll, sondern auch bei Bewohner(n)/-innen, die die Mundpflege selbst durchführen, dabei aber die erforderliche Sorgfalt außer Acht lassen. Im Rahmen des Kooperationsvertrags von Apotheke und Einrichtung kann angeregt werden, dass der Apotheker/die Apothe-

kerin die Bewohner/-innen oder die Pflegefachkräfte über Munderkrankungen als mögliche Nebenwirkungen der Einnahme bestimmter Medikamente informiert. Er/sie sollte eine Liste derjenigen Arzneimittel ausgeben, die die Entstehung einer Munderkrankung begünstigen können. Alle Bewohner/-innen, die diese Arzneimittel einnehmen, werden besonders beobachtet bzw. beraten.

■ **Trinkprotokoll**

Ein Trinkprotokoll wird im Zusammenhang mit einem Munderkrankungsrisiko nur geführt, wenn die Gefahr eindeutig von einer zu geringen Flüssigkeitsmenge ausgeht. Dies gilt besonders, wenn der/die Bewohner/-in nicht selbständig trinkt bzw. die ihm/ihr angebotenen Getränke nicht zu sich nimmt. Die individuelle Trinkmenge für den Bewohner/die Bewohnerin wird in diesen Fällen immer berechnet und mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin abgestimmt. Ggf. sind Alternativen zu vereinbaren, wenn der/die Betroffene diese Trinkmenge nicht zu sich nimmt und auch keine angedickten Getränke akzeptiert. In der Regel wird jedoch bei diesen Bewohner(n)/-innen ein Trinkprotokoll bereits geführt, weil generell ein Flüssigkeitsdefizit besteht. Bei allen Bewohner(n)/-innen, bei denen ein Trinkprotokoll geführt wird, sollte anhand der Pflegedokumentation erkennbar sein, dass das Munderkrankungsrisiko erfasst und entsprechende Maßnahmen geplant wurden.

■ **Ernährungsprotokoll**

Grundsätzlich sollten die Art der Nahrung, die Grunderkrankung und die potentielle Gefahr in Zusammenhang gebracht werden. Ggf. erhält der/die Bewohner/-in Nahrungsergänzungen z.B. in Form von Vitaminen. Ist ein/e Bewohner/-in an einem Diabetes mellitus erkrankt, schwanken die Blutzuckerwerte, ist der/die Betroffene zudem in einem geschwächten Allgemeinzustand, bevorzugt er/sie Süßspeisen als Nahrung und lehnt er/sie die Durchführung der Mundpflege durch die Pflegenden ab, besteht z.B. ein hohes Soorrisiko. Diese Gefahr muss in der Pflegedokumentation nachvollziehbar beschrieben sein. Die aufgenommene Nahrung sollte auf ihren Einfluss bezüglich der Entstehung einer Munderkrankung überprüft werden. Wo noch kein Ernährungsprotokoll geführt wird, kann es für die Dauer einiger Tage angelegt werden, um einen Überblick über die Art der Nahrung und ggf. Aufschlüsse über die Ursache für Munderkrankungen zu erhalten.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Auch für die Vitalwerte gilt, dass sie nur selten im direkten Zusammenhang mit einem Munderkrankungsrisiko oder einer bestehenden Munderkrankung erhoben werden. Sie sollten aber immer auch hinsichtlich ihres Einflusses auf die Entstehung einer Munderkrankung geprüft werden. Dies gilt insbesondere für Blutzuckerwerte und für die Körpertemperatur.

■ Sonstiges

Sobald ein/e Bewohner/-in die ihm/ihr angebotene Flüssigkeit und Nahrung ablehnt, empfiehlt es sich, die Mundhöhle genau zu inspizieren, um Verletzungen etc. der Mundschleimhaut oder Entzündungen der Ohrspeicheldrüse als Ursache auszuschließen. Das Risiko wird in der Pflegeplanung beschrieben; in der Anamnese wird erfasst, ob bei dem/der Bewohner/-in eine Neigung zu Munderkrankungen vorliegt, z.B. zu Herpes labialis oder zu Soor. Die geplante Mundpflege sollte in der Pflegeplanung konkret beschrieben werden. Dabei wird sowohl die routinemäßig durchzuführende Mundpflege beschrieben als auch die Häufigkeit von Mundinspektionen etc. ausgewiesen. Anhand der Pflegeplanung sollte zudem erkennbar sein, wie sich die Pflegeperson verhalten soll, wenn der/die Betroffene die Mundpflege ablehnt.

Beratungsgespräche, z. B. auch bezogen auf eine richtige Mundpflege bei selbständigen Bewohner(n)/-innen, werden im Pflegebericht dokumentiert.

Treten Veränderungen im und am Mund auf, sollte die Behandlung der Primärerkrankung angeregt werden. Andererseits können gerade Munderkrankungen die Folge der Behandlung einer Primärerkrankung sein und sollten im Zusammenhang mit dieser betrachtet werden.

3.10.5 Vorschläge für die Praxis

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei Munderkrankungen werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Eine Munderkrankung als ein isoliertes Problem betrachten
- Auf Munderkrankungen reagieren statt ihrer Entstehung gezielt vorzubeugen
- Mundgeruch als Hinweis auf eine beginnende Munderkrankung ignorieren

■ Das sollten Sie tun

- Alle für die Durchführung erforderlichen Hilfsmittel vorhalten (Spiegel, Taschenlampe, Spatel etc.)
- Mindestens ein Mal pro Halbjahr einen Hausbesuch der Zahnärzte/Zahnärztinnen anregen bzw. sicherstellen, dass Bewohner/-innen Untersuchungstermine in einer Praxis wahrnehmen können
- Schulungen der Pflegenden hinsichtlich der Durchführung einer Mundpflege initiieren und sicherstellen, dass ihr Wissen regelmäßig aktualisiert wird, dass sie die Techniken zur Mundpflege beherrschen, dass sie Veränderungen von Mund und Mundschleimhaut erkennen, den jeweiligen Erkrankungen zuordnen und geeignete Maßnahmen ergrei-

fen können; sicherstellen, dass die Dokumentation nachvollziehbar erfolgt

- Die konkrete Planung einer individuell auf die Bedürfnisse und Erfordernisse des Bewohners/der Bewohnerin abgestimmten Mundpflege sicherstellen
- Regeln für die Inspektion der Mundhöhle in individuell festgelegten Abständen anregen und sicherstellen, dass die Abstände bei Auftreten von Risikofaktoren verkürzt werden
- Dokumentationsregeln festlegen und sicherstellen, dass bei Einzug der Bewohner/-innen frühere Munderkrankungen erfragt und in der Pflegeanamnese festgehalten werden
- Beratung anbieten, insbesondere auch bei denjenigen Bewohner(n)/-innen, die die Mundpflege eher vernachlässigen; Dokumentationsregeln aufstellen
- Die Behandlung nicht nur der Munderkrankung anstreben, sondern anregen, dass die Ursache gesucht und wenn möglich behandelt wird (Flüssigkeitsdefizit, Mangelernährung, Infektionen etc.)

■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren

- Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Handbuch der Mundhygiene - Zähne, Zahnfleisch, Alter, Krankheit - Ratgeber für das Pflegepersonal. Zu beziehen über: Bundeszahnärztekammer, Chausseestraße 13, 10115 Berlin
- C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz: Leitfaden Palliativmedizin. 2. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München, 2004. Kapitel 10, Seiten 342 – 350
- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Prävention und Rehabilitation Band 4. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 11, Seiten 241 - 257

oder

Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann: THIEMES Pflege. 10. völlig neu bearbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 18, Seiten 222 ff

oder

Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Auflage. Urban & Fischer. München, Jena, 2004. Kapitel 33, Seiten 1212 ff

Internet:

- Bundeszahnärztekammer: www.bzaek.de (Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Teamwerk-Zahnmedizin für Pflegebedürftige: www.dent.med.uni-muenchen.de (Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.11: Ärztliche Verordnungen		Seite
3.11.1	Kurzbeschreibung	127
3.11.2	Hintergrundinformationen	127
3.11.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	128
3.11.3.1	Risikoeinschätzung	129
3.11.3.2	Zusatzelemente	129
	■ Ärztliche Verordnung	129
	■ Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin	130
	■ Umgang mit Betäubungsmitteln	130
	■ Leistungsnachweis	130
	■ Leistungsnachweis Injektionen	130
	■ Vitalwerteprotokoll	130
	■ Wunddokumentation	131
	■ Sonstiges	131
3.11.4	Empfehlungen	131
3.11.4.1	Risikoeinschätzung	131
3.11.4.2	Zusatzelemente	131
	■ Ärztliche Verordnung	131
	■ Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin	132
	■ Umgang mit Betäubungsmitteln	132
	■ Leistungsnachweis	133
	■ Leistungsnachweis Injektionen	133
	■ Vitalwerteprotokoll	133
	■ Wunddokumentation	133
3.11.5	Vorschläge für die Praxis	134
	■ Das sollten Sie vermeiden	134
	■ Das sollten Sie tun	134
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	135

3.11 Ärztliche Verordnungen

3.11.1 Kurzbeschreibung

Für alle Leistungen, die der Behandlungspflege zuzuordnen sind und die von den Pflegenden einer stationären Altenpflegeeinrichtung erbracht werden, muss eine eindeutige ärztliche Verordnung vorliegen. Gemäß Heimgesetz § 13 Abs. 1 Nr. 5 ist die Vergabe von Arzneimitteln zu dokumentieren. Dies gilt für

- feste orale Arzneimittel
- flüssige orale Arzneimittel
- transdermale Wirkstoffpflaster
- Salben, Cremes, Gels, Tinkturen etc. zur äußerlichen Anwendung
- Salben, Cremes, Tropfen/Tinkturen zur Anwendung an Auge, Ohr, Nase, Mund, Schleimhäuten
- Wundauflagen mit Arzneimittelwirkstoffen
- Injektionen
- Infusionen
- Suppositorien
- Klistiere/Mikroklistiere
- alle rezeptfreien Arzneimittel

etc., aber auch für

- Blasenverweilkatheter/Anuspraeter
- Ernährungssonden
- Sonden- und Zusatznahrung
- Kompressionstrümpfe/ -verbände
- Vitalwertkontrollen

etc.

Zu beachten ist, dass auch für rezeptfreie Arzneimittel, sofern sie von den Pflegenden auf Wunsch der Bewohner/-innen an diese vergeben werden, eine ärztliche Verordnung vorliegen muss.

3.11.2 Hintergrundinformationen

Für die Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe bedarf es einer eindeutigen ärztlichen Delegation. Selbst über das Aufbringen von z. B. Panthenol®-Salbe ist der Arzt/die Ärztin zu informieren und es ist eine Verordnung einzuholen. Wenn Bewohner(n)/-innen ihre Arzneimittel selbst verwalten, sollte die Einrichtung über die Medikation informiert sein. Dies ist insbesondere im Fall einer Verlegung des Bewohners/der Bewohnerin in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens von Bedeutung (Beispiel: Eigenmedikation mit Aspirin®). Die Information über die aktuelle Medikation kann entweder in der Pflegedokumentation direkt hinterlegt oder auf einem entsprechenden Vordruck aus der Praxis des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin ausgewiesen werden und wird in die Pflegedokumentation übertragen mit einem Hinweis auf das Original. Für die Umsetzung einer ärztliche Verordnung gilt, dass immer

das Einverständnis des/der Betroffenen und/oder das des Bevollmächtigten bzw. des Betreuers/der Betreuerin vorliegt. Anhand des Stammblasses muss erkennbar sein, ob der/die Bewohner/-in in die medizinische Versorgung selbst einwilligen kann oder ob andere Personen stellvertretend tätig werden. Die Ärzte/Ärztinnen sind verpflichtet, die Medikamentengabe laufend zu kontrollieren und ggf. Korrekturen durchzuführen.

Im Zusammenhang mit der ärztlichen Verordnung bestehen für die Einrichtung Risiken, wenn sie ärztlich verordnete Maßnahmen von Pflegefachkräften durchführen lässt. Aus der Haftungsverteilung ergeben sich die Anordnungsverantwortung des Arztes/der Ärztin, die Organisationsverantwortung der Einrichtung und die Durchführungsverantwortung der einzelnen Pflegefachkraft. Risiken für die Einrichtung können sein:

- Risiko durch eine unzureichend transparente Delegation an Pflegefachkräfte durch den Arzt/die Ärztin
- Risiko durch eine unzureichend transparente Delegation an Pflegehilfskräfte durch die Einrichtung
- Übernahme ohne ausreichendes Fachwissen
- Risiken durch hygienische Mängel
- Risiken durch Depots (nicht bewohnerbezogene Lagerung von Arzneimitteln) und damit die Gefahr einer Vergabe von Arzneimitteln durch Pflegefachkräfte ohne vorliegende ärztliche Verordnung
- Risiken durch Missachtung der Verfalldaten, besonders bei flüssigen Arzneimitteln nach Öffnen oder bei Medizinprodukten, für die ein Verfalldatum gilt
- Nichtbeachten von Standards zur Arzneimittelorganisation

Werden Arzneimittel mittels technischer Hilfsmittel (z. B. Schmerzmittelpumpen) vergeben, ist die Einrichtung als Anwender im Sinne des Medizinproduktegesetzes für die Funktionstüchtigkeit der Geräte zuständig. Dies gilt auch für Blutdruckmessgeräte, Blutzuckertestgeräte etc. Es besteht eine Dokumentationspflicht, die jedoch außerhalb der Pflegedokumentation steht.

3.11.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Für die Vergabe von Arzneimitteln liegt in der Regel eine ärztliche Verordnung vor. Diese wird im Basiselement „Ärztliche Verordnung“ geführt. Bei einer manuell geführten Pflegedokumentation wird das Handzeichen des Arztes/der Ärztin bei an- und abgesetzten Arzneimitteln hinterlegt. Bei EDV-gestützten Pflegedokumentationen wird die aktuelle Medikation ausgedruckt und mit der Unterschrift des Arztes/der Ärztin versehen. Eine Ausnahme liegt dann vor, wenn der Arzt/die Ärztin seine/ihre Verordnungen direkt in die EDV eingibt. In Einrichtungen, in denen manuell dokumentiert wird, werden im Zusammenhang mit der ärztlichen Verordnung diverse Einlegeblätter geführt. Dadurch ist die Verordnung nicht immer auf einen Blick erkennbar bzw. nachvollziehbar. Bei diesen Einlegeblättern handelt es sich um:

- Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin
- Pflegerische Maßnahmen
- Leistungsnachweis Behandlungspflege
- Vitalwertkontrolle
- Btm-Buch oder Btm-Einlegeblatt
- Leistungsnachweis Injektionen

3.11.3.1 Risikoeinschätzung

Das Risiko für den Bewohner/die Bewohnerin wird aus den im Stammbblatt dokumentierten Diagnosen und aus der jeweiligen Medikation abgeleitet. Je nach Diagnose und Medikation sind die Bewohner/-innen unterschiedlich großen Risiken ausgesetzt. Nicht immer werden Bewohner/-innen und Pflegenden im erforderlichen Umfang über Wirkung, Nebenwirkung und Wechselwirkung der verordneten Arzneimittel informiert. Hinzu kommt mitunter eine unzureichende Kommunikation aller behandelnden Ärzte/Ärztinnen mit der Folge, dass die Therapien nicht immer abgestimmt sind.

3.11.3.2 Zusatzelemente

■ Ärztliche Verordnung

Das Einlegeblatt zur Dokumentation ärztlicher Verordnungen wird in der Regel sachgerecht geführt. Nicht immer ist die aktuelle Medikation auf einen Blick erkennbar und nicht immer liegt die Arztunterschrift bei verordneten und/oder abgesetzten Arzneimitteln vor. Das Handzeichen der Pflegefachkraft muss immer vorhanden sein. Bei Neuschriften der Einlegeblätter (manuelle Dokumentation) wird häufig das Datum der Neuschrift bei den Arzneimitteln eingetragen und nicht das Datum der Verordnung. Bei EDV-gestützten Dokumentationen wird, sofern die Ärzte/Ärztinnen nicht am Führen der Dokumentation beteiligt sind, jede Veränderung von den Pflegefachkräften eingegeben, die aktuelle Verordnung wird ausgedruckt und dem jeweiligen Arzt/der jeweiligen Ärztin zur Unterschrift vorgelegt.

Die Verordnung einer Bedarfsmedikation wird in der Regel ebenfalls in diesem Formular geführt. Die Verordnung ist nicht immer eindeutig. Dies trifft für manuell geführte und EDV-gestützte Pflegedokumentationssysteme gleichermaßen zu. So fehlen u.U. Hinweise auf die Maximaldosis in 24 Stunden oder auf die zeitlichen Abstände zwischen den jeweiligen Vergaben. Vielfach ist auch die Indikation für die Vergabe einer Bedarfsmedikation ungenau. Dies trifft meist bei einer Bedarfsmedikation im Zusammenhang mit einer demenziellen Veränderung zu, wo die Indikation „bei Unruhe“ lautet. Die Indikation „Schmerzen“ ist ebenfalls nicht ausreichend spezifisch.

Grundsätzlich gilt, dass der Arzt/die Ärztin nicht verpflichtet ist, die behandlungspflegerischen Maßnahmen, die er/sie verordnet, in der Pflegedokumentation der jeweiligen Einrichtung zu bestätigen. Rechtlich kann er/sie

dazu nicht verpflichtet werden, obwohl seine/ihre Beteiligung am Führen der Pflegedokumentation wünschenswert und sinnvoll wäre.

■ **Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin**

Dieses Element ersetzt in der Regel das „Visitenbuch“ der Vergangenheit. Es werden die Fragen an den Arzt/an die Ärztin bewohnerbezogen formuliert und dieser/diese notiert seine/ihre Verordnungen. Diese werden dann von den Pflegekräften in das Element der Ärztlichen Verordnung übertragen und dem Arzt/der Ärztin zur Unterschrift vorgelegt. Dieses Vorgehen birgt immer die Gefahr von Übertragungsfehlern und führt in der Regel zu einer Doppel- bzw. Mehrfachdokumentation. Vereinzelt wird dieses Einlegeblatt von externen Therapeut(en)/-innen mitgenutzt, wenn z. B. eine neue Verordnung für Krankengymnastik oder Logopädie beantragt werden muss.

■ **Umgang mit Betäubungsmitteln**

Für die Dokumentation der Vergabe von Betäubungsmitteln wird in der Regel entweder ein separates Einlegeblatt oder ein spezielles „Btm-Buch“ eingesetzt. Die Verordnung für die Vergabe wird bei der „Ärztlichen Verordnung“ dokumentiert. Wird das Btm an bestimmten Tagen vergeben (trifft z. B. bei transdermalen Schmerzplastern zu), wird der Vergabetag auf den Leistungsnachweisen vorab gekennzeichnet. Bei der Vergabe von Btm ist eine Doppel- und/oder Dreifachdokumentation häufig zu beobachten (Ärztliche Verordnung, Btm-Blatt, Leistungsnachweis).

■ **Leistungsnachweis**

Im Unterschied zur Dokumentation pflegerischer Leistungen wird jede ärztlich verordnete Maßnahme, die der Behandlungspflege zuzuordnen ist, als Einzelnachweis dokumentiert. Vereinzelt wird das Richten von Arzneimitteln wohnbereichs- und nicht bewohnerbezogen dokumentiert.

■ **Leistungsnachweis für Injektionen**

Die Durchführung von Injektionen wird vielfach auf einem separaten Einlegeblatt als erbracht dokumentiert. Teilweise erfolgt eine weitere Dokumentation bei den Leistungsnachweisen.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Je nach Diagnose werden Vitalwerte regelmäßig kontrolliert. Die Verordnung wird auf dem Einlegeblatt „Fragen an den Arzt“ dokumentiert und anschließend in die Pflegeplanung aufgenommen. Teilweise wird die Maßnahme im Leistungsnachweis erneut aufgeführt und die Durchführung wird dokumentiert. Vereinzelt werden Blutzuckerwerte gesondert dokumentiert.

■ **Wunddokumentation**

Im Zusammenhang mit einer Wundversorgung wird häufig eine Wunddokumentation geführt. In dieser wird die Therapie des Arztes/der Ärztin beschrieben. Es besteht die Gefahr von Doppeldokumentation und Übertragungsfehlern, wenn Übertragungen z.B. vom Element „Ärztliche Verordnung“ in die Wunddokumentation vorgenommen werden.

■ **Sonstiges**

Häufig ist den Pflegekräften nicht bekannt, dass für jedes von ihnen eingesetzte Produkt, welches einen medizinischen Wirkstoff enthält, eine ärztliche Verordnung vorliegen muss. Die Wirkung und Nebenwirkung der vergebenen Arzneimittel werden im Pflegebericht nicht immer beschrieben.

3.11.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer ärztlichen Verordnung ausgesprochen.

3.11.4.1 Risikoeinschätzung

Bei der Medikation ist zu beachten, dass sich weitere Risiken für den Bewohner/die Bewohnerin ergeben können wie eine Sturzgefahr aufgrund der Einnahme von Diuretika, Psychopharmaka oder Schlafmitteln, Obstipation aufgrund der Vergabe von Betäubungsmitteln etc. Beachtet werden müssen u.U. auch Gefahren, die durch Alkohol- und/oder Nikotinmissbrauch im Zusammenhang mit der Einnahme bestimmter Arzneimittel entstehen können. Wenn auch das Aufdecken von Risiken für den Bewohner/die Bewohnerin primär eine ärztliche Aufgabe ist, sollte das Problem von den Pflegefachkräften doch erkannt werden. Ggf. sind ärztliche Interventionen zu initiieren. Im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Apotheken verpflichten sich die Apotheker/-innen, die Bewohner/-innen bzw. die Pflegepersonen über Besonderheiten der Medikation zu informieren.

3.11.4.2 Zusatzelemente

■ **Ärztliche Verordnung**

Damit die aktuelle Medikation/sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege auf einen Blick erkennbar sind, wird empfohlen, lediglich ein Einlegeblatt oder die Entsprechung in der EDV zur Dokumentation der ärztlichen Verordnung zu führen. Hier sind alle Verordnungen festgehalten. Das Einlegeblatt ist so aufgebaut, dass für jede Verordnung ein Feld zu nutzen ist („Bedarfsmedikation“, „Tropfen“, „Injektionen/Infusionen“). Für „Sonstige Verordnungen“ wie die Anwendung von Salben etc. an Augen, Nasen, Ohren etc., die Durchführung von Vitalwertkontrollen oder Angaben zur Ernährung über Sonde (Produkt, Menge und ggf. Fließgeschwindigkeit, zusätzliche Flüssigkeitsmenge), sind ebenfalls die entsprechenden Felder zu belegen. Das Datum der Verordnung bzw. des Absetzens wird festgehal-

ten und bei Neuschrift des Einlegeblattes bei einer manuell geführten Dokumentation übernommen. Der Grund für die Verordnung bzw. das Absetzen ist unter diesem Datum dem Pflegebericht zu entnehmen.

Die telefonische Verordnung stellt eine Form der Verordnung dar, die ein besonderes Vorgehen erfordert. In der Pflegedokumentation ist jede telefonische Verordnung als solche von der entgegennehmenden Pflegefachkraft gekennzeichnet. Das Handzeichen der ein- bzw. übertragenden Pflegefachkraft ist hinterlegt. Werden telefonische Anordnungen entgegengenommen, kann das Kürzel „vug“ (vorgelesen und genehmigt) eingesetzt werden. Wichtig ist es für die Pflegefachkraft, persönlich mit dem Arzt/der Ärztin zu sprechen, um die Gefahr eines Übertragungsfehlers durch die Informationsweitergabe, beispielsweise durch eine Arzthelferin, auszuschalten. Zusätzlich abgesprochen werden Besonderheiten bei der Vergabe und Wirkung der Medikation mit dem Hinweis im Pflegebericht auf speziell durchzuführende Krankenbeobachtungen. Das Datum der Verordnung wird dokumentiert. Die Arztunterschrift sollte beim nächsten Hausbesuch des Arztes/der Ärztin eingeholt werden, sofern sich der Arzt/die Ärztin an der Dokumentation des Heimes beteiligt. Ist dies nicht möglich, stellt die Verordnung per Fax, auf dem die Unterschrift des Arztes/der Ärztin vorliegt, eine Alternative dar. Im Zusammenhang mit telefonischen Verordnungen wird darauf hingewiesen, dass es u.U. problematisch sein kann, wenn der Arzt/die Ärztin nicht zu einem Hausbesuch kommt und sich damit kein Bild vom Bewohner/von der Bewohnerin machen kann. Auf einen solchen Besuch sollte hingewirkt werden.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln wird empfohlen, den Wirkstoff und nicht die Produktnamen aufzunehmen, da diese u.U. mit jedem neu angeforderten Rezept wechseln können.

■ **Kommunikation mit dem Arzt/der Ärztin**

Auf dieses Einlegeblatt kann grundsätzlich verzichtet werden, wenn Pflegebericht und Aktualitätssignale genutzt werden. Wird in der Einrichtung der besseren Übersicht wegen an diesem Element festgehalten, ist eine Doppeldokumentation zu verhindern.

■ **Umgang mit Betäubungsmitteln**

Die Verordnung von Betäubungsmitteln wird bei der „Ärztlichen Verordnung“ an der dafür vorgesehenen Stelle dokumentiert. Für den Bereich der stationären Altenhilfe ist grundsätzlich zu beachten, dass das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Einrichtungen der stationären Altenhilfe nicht als Abgabestelle für Betäubungsmittel nennt und damit keine besonderen Pflichten hinsichtlich des Umgangs mit diesen Arzneimitteln festlegt. Auch die Pflegefachkräfte der Einrichtungen werden nicht als besonders Verpflichtete genannt. Dennoch sollte auch in Einrichtungen der stationären Altenhilfe auf gleichem Sicherheitsniveau wie in Krankenhäusern mit Betäubungsmitteln umgegangen werden. Für die Entnahme von Betäu-

bungsmitteln ist ein separates Buch zu führen, welches gemeinsam mit den Btm in einem abschließbaren Fach deponiert wird. Vom Führen von Btm-Einlegeblättern als Loseblattsammlung wird abgeraten, es sei denn, die Formulare werden bewohnerbezogen und mit einer fortlaufenden Nummerierung versehen, gemeinsam mit dem jeweiligen Betäubungsmittel im Betäubungsmittelfach aufbewahrt und gesammelt in der Bewohnerakte abgelegt. Die Vergabe des Btm wird als erbrachte Leistung im Bereich des Leistungsnachweises Behandlungspflege als Einzelnachweis dokumentiert. Die Vernichtung bzw. Rückgabe von Betäubungsmitteln wird im Btm-Buch oder im entsprechenden Element dokumentiert.

■ **Leistungsnachweis**

Die Durchführung einer ärztlich verordneten Maßnahme wird in Form eines Einzelnachweises von der durchführenden Pflegefachkraft als erbracht dokumentiert. Hausintern wird festgelegt, wie die Dokumentation erfolgen soll. Das Richten und die Vergabe von Arzneimitteln sollten bewohner- und nicht wohnbereichsbezogen dokumentiert werden.

■ **Leistungsnachweis für Injektionen**

Auf dieses Einlegeblatt/Element kann verzichtet werden, wenn die erbrachten Leistungen als Einzelnachweis im Leistungsnachweis der Behandlungspflege dokumentiert werden.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Die ärztlich verordneten Vitalwertkontrollen werden in der entsprechenden Häufigkeit durchgeführt und die Werte werden ausschließlich im Element der Vitalwertkontrolle dokumentiert. Ein Hinweis auf die Durchführung im Leistungsnachweis ist nicht mehr erforderlich. Eine separate Dokumentation von Blutzuckerwerten macht dann Sinn, wenn dies aus Gründen der besseren Übersicht erfolgt. In der Regel reicht es bei einer manuell geführten Pflegedokumentation aus, wenn für die Dokumentation der Werte das Vitalwertkontrollblatt genutzt wird. Bei EDV-gestützten Pflegedokumentationen ist es insofern nicht relevant, als Vitalwerte einzeln oder in Gruppen aufgerufen werden können. Grundsätzlich wird empfohlen, auf ein Diabetesüberwachungsblatt zu verzichten, es sei denn, der/die Bewohner/-in erhält je nach aktuellem Blutzuckerwert eine an diesen Wert angepasste Insulinmenge und das Einlegeblatt wird zur Dokumentation der vergebenen Menge genutzt.

■ **Wunddokumentation**

Die Leitungsverantwortlichen entscheiden, ob sie jede ärztliche Verordnung zur Wundversorgung in dem dafür vorgesehenen Feld der Wunddokumentation festhalten oder ob sie, wie hier empfohlen, diese Anordnung ausschließlich im Element der „Ärztlichen Verordnung“ dokumentieren. Vermeiden sollten sie eine Doppeldokumentation, dies minimiert die Ge-

fahr von Übertragungsfehlern. Bei dem vorgeschlagenen Vorgehen kann anhand der Wunddokumentation der Wundverlauf nachvollzogen werden, nicht aber die ärztliche Verordnung.

3.11.5 Vorschläge für die Praxis

In Bezug auf die Dokumentation der ärztlichen Verordnung werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ Das sollten Sie vermeiden

- Durchführen von Leistungen ohne eindeutige ärztliche Verordnung
- Einsetzen zu vieler Dokumentationselemente im Zusammenhang mit der ärztlichen Verordnung

■ Das sollten Sie tun

- Einen Standard zur Arzneimittelorganisation erarbeiten mit Aussagen zur Beschaffung, Verwaltung, Aufbewahrung und Entsorgung, zum Richten und Vergeben von Arzneimitteln, zum Umgang mit Betäubungsmitteln, zum Anlegen und Wechseln von Verbänden. Die Umsetzung kontrollieren
- Die Voraussetzungen für die Delegation der Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen an Pflegekräfte durch ein „sauberes“ Delegationsverfahren schaffen
- Regeln aufstellen für „Ferndiagnosen“ und für telefonische Verordnungen
- Die Information und Beratung von Bewohner(n)/-innen, Betreuer(n)/-innen und/oder Bevollmächtigten über jede Veränderung der Medikation/Behandlungspflege anregen, Zustimmung oder Ablehnung der Behandlung erfragen
- Doppel- und Mehrfachdokumentation vermeiden
- Das Führen von Tropfenplänen, von Injektionsplänen z.B. auf Insulinpens oder Medikamententablets und von wohnbereichsbezogenen Übersichten zu Vitalwertkontrollen etc. verhindern
- Dokumentationsregeln aufstellen für die Beschreibung von Wirkung und Nebenwirkung der Arzneimittel im Pflegebericht und für die Weitergabe relevanter Informationen/Beobachtungen an den jeweiligen Arzt/die jeweilige Ärztin
- Einen Vergleich von ärztlicher und pflegerischer Dokumentation bezogen auf die Medikation anregen
- Eine eindeutige Verordnung von Arzneimitteln, die als Bedarfsmedikation vergeben werden, anregen; sicherstellen, dass sie entsprechend der Verordnung vergeben werden; Regeln für die Dokumentation aufstellen
- Im Rahmen des Kooperationsvertrages mit Apotheken anregen, dass alle Besonderheiten im Zusammenhang mit der aktuellen Medikation

- an die Bewohner/-innen bzw. die Betreuer/-innen oder Bevollmächtigten und/oder Pflegefachkräfte weitergeleitet werden
- Regeln aufstellen für den Fall, dass Arzneimittel zerteilt oder gemörsert werden sollen
- Das Medizinproduktegesetz umsetzen

■ **Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren**

- Dietmar Kirchberg: Das Medizinproduktegesetz: Was Pflegende wissen müssen. Bestimmungen-Beispiele-Konsequenzen. Schlütersche GmbH & Co.Kg. Hannover, 2003
- Henry Kieschnick, Ursula Mybes: Organisation der Medikamentenversorgung für Bewohner/-innen von Altenpflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, thema 148. Köln, 1999

Internet:

- Gesetz über das Apothekenwesen - Apothekengesetz (ApoG) in der seit 01.01.2004 geltenden Fassung: Hier § 12 a:
www.beckmannundnorda.de/apog.html (Stichwort Apothekengesetz. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 3.12: Multiresistente Keime und Noroviren		Seite
3.12.1	Kurzbeschreibung	137
3.12.2	Hintergrundinformationen	137
3.12.3	Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation	139
3.12.3.1	Risikoeinschätzung	140
3.12.3.2	Zusatzelemente	140
	■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen	140
	■ Trinkprotokoll	140
	■ Vitalwerteprotokoll	140
	■ Wunddokumentation	141
3.12.4	Empfehlungen	141
3.12.4.1	Risikoeinschätzung	141
3.12.4.2	Zusatzelemente	141
	■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen	142
	■ Trinkprotokoll	143
	■ Vitalwerteprotokoll	143
	■ Wunddokumentation	144
3.12.5	Vorschläge für die Praxis	144
	■ Das sollten Sie vermeiden	144
	■ Das sollten Sie tun	144
	■ Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren	145

3.12 Multiresistente Keime und Noroviren

3.12.1 Kurzbeschreibung

Multiresistente Keime sind solche, die gegen eine Vielzahl von antibiotisch wirkenden Medikamenten resistent sind. Grundsätzlich handelt es sich bei diesen Keimen um eher harmlose Bakterien oder Viren, die bei jedem Menschen vorkommen. Kommen jedoch weitere Infekte und sonstige Risikofaktoren hinzu wie eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Abwehrschwäche, offene Wunden, künstliche Harnableitung, Ernährungs sonden, Tracheostoma, kann der Körper sich häufig nicht mehr in einem ausreichenden Maße gegen die o.g. Keime wehren. Es kann zu lokal begrenzten Infektionen (Nasenvorhof, Mund- und Rachenraum, Wunden, Magen und Darm), aber auch zu einer generalisierten Infektion (Sepsis) kommen, die kaum mehr therapierbar und somit lebensbedrohlich ist.

Anders ist es bei Noroviren. Sie können grundsätzlich jeden Menschen befallen und zu Erbrechen und Durchfällen führen. Die Folgen einer Noroviren-Infektion können für geschwächte und kranke Menschen lebensbedrohlich sein.

3.12.2 Hintergrundinformationen

Im Folgenden wird auf multiresistente Staphylokokkus aureus-Stämme (MRSA), auf Keime der Extended Spectrum Beta Lactamasen-Gruppe (ESBL) und auf Noroviren eingegangen. Dies sind die zurzeit am häufigsten in Einrichtungen der stationären Altenhilfe vorkommenden Infektionserreger und sie erfordern besondere hygienische Maßnahmen. Besonders problematisch ist, dass es bei den Infektionen nicht zu einer Immunisierung kommt, sondern dass z. B. bei Noroviren ca. drei Wochen nach einer erfolgreichen Sanierung eine neue Infizierung möglich ist. Für jede dieser Infektionskrankheiten besteht eine Meldepflicht beim zuständigen Gesundheitsamt.

■ MRSA

Der Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) als grampositiver Keim ist ein nosokomialer Krankheitserreger, der für immer mehr Menschen pathologisch wird. Der Keim ist verantwortlich für die Entstehung von

- Wundinfektionen
- Abszessen
- katheterassoziierter Sepsis
- Empyemen (Eiterherde in Körperhöhlen oder Hohlorganen)
- Phlegmonen (Entzündungen des interstitiellen Bindegewebes)
- Pneumonien.

Im Krankenhaus werden meist Wundinfektionen nach Operationen, Infektionen vorhandener Wunden (Ulcus cruris, Ekzeme etc.), Pneumonien und katheterassoziierte Sepsis erworben.

Beim *Staphylokokkus aureus* handelt es sich um einen aerogen übertragbaren Keim. Eine erfolgreiche Behandlung einer MRSA-Infektion führt nicht zu einer Immunisierung. Zu den besonders gefährdeten Menschen gehören diejenigen mit

- Immunschwäche
- Dekubitus
- Diabetes mellitus
- künstlicher Körperöffnung
 - * Ernährungssonde
 - * künstlicher Harnableitung
 - * Tracheostoma
 - * Port
- onkologischer Erkrankung
- Dialysepflicht
- wiederholten Antibiotikatherapien.

Der Keim kann grundsätzlich bei jedem Menschen vorhanden sein und die Infektion kann entweder vom/von der Betroffenen selbst ausgelöst oder von anderen Personen übertragen werden. Die Übertragung erfolgt meist über die Hände, aber auch über Speichel und Atemwegssekrete. Die Erreger sind sehr überlebensfähig und können noch nach Wochen aktiv werden. Sie sind empfindlich gegenüber den DGHM-gelisteten Präparaten und werden bei Temperaturen von über 60 °C zerstört. Dies ist beim Geschirrspülen und bei der Wäschepflege zu beachten. Abfälle sollten im Zimmer in dicht verschließbaren Behältern gesammelt werden; die Betroffenen sollten nur einen Sanitärbereich benutzen und Gemeinschaftstoiletten oder -bäder meiden. Bei der Wiederaufbereitung von Instrumenten (z.B. im Zusammenhang mit einem Verbandwechsel) ist das Medizinproduktegesetz zu beachten.

■ ESBL

Bei diesem gramnegativem Keim handelt es sich ebenfalls um ein Bakterium. Es ist bei jedem Menschen vorhanden und kann eine Diarrhö und weitere Folgeinfektionen auslösen, ähnlich denen bei MRSA. Resistente Darmbakterien sind auf dem Vormarsch und stellen Einrichtungen der stationären Altenhilfe vor Probleme, wenn sie epidemieartig auftreten und sowohl Bewohner/-innen als auch Mitarbeiter/-innen infizieren. Die neben der Diarrhö durch ESBL ausgelösten weiteren Infektionen sind

- Harnwegsinfekte
- Wundinfekte
- Pneumonien
- Katheter- oder Port-assoziierte Sepsis.

Die Risikogruppe bei MRSA und ESBL ist identisch; dies gilt auch für die zu ergreifenden hygienischen Maßnahmen.

■ Noroviren (früher Norwalk-Viren)

Die Übertragung erfolgt meist fäkal-oral oder in Form einer Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch und es kommt zu Erbrechen, heftigen Durchfällen und Bauchkrämpfen. Mangelnde Hygiene kann z.B. Lebensmittel und Getränke verunreinigen, aber auch Gegenstände, die dadurch zu Infektionsquellen werden. Die besonders gefährdeten Personen sind identisch mit den in Bezug auf MRSA und ESBL genannten. Meist klingen die Symptome nach 48 Stunden ab. In dieser Zeit werden die meisten Erreger ausgeschieden, dies kann sich noch mehrere Tage nach Abklingen der Symptome fortsetzen. Empfohlen wird die Einhaltung einer intensiven Toiletten- und Händehygiene bis zu zwei Wochen nach Abklingen der Symptome. Die Infektion kann grundsätzlich zu jeder Jahreszeit auftreten, wobei eine Häufung in den Monaten Oktober bis März beobachtet wird. Das besondere Problem bei einer Noroviren-Infektion ist der meist sehr hohe Verlust an Flüssigkeit bedingt durch Erbrechen und Diarrhö. Für alte Menschen und solche, die der Risikogruppe angehören, stellt diese Infektion eine ernstzunehmende Gesundheitsgefährdung dar. Die Viren bleiben lange aktiv. Abgetötet werden sie bei Temperaturen ab 80°C, was sowohl bei der Behandlung von Wäsche als auch von Geschirr zu beachten ist. Für die einzusetzenden Desinfektionsmittel gilt, dass sie Polio- und Adenoviren abtöten müssen. Weiter wird empfohlen, dass betroffene Personen in der Akutphase den Kontakt zu anderen meiden sollen, was zumindest bei der Betreuung von mobilen Menschen mit Demenz problematisch sein kann.

3.12.3 Gegenwärtiger Umgang mit der Pflegedokumentation

Der gegenwärtige Umgang mit den Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit einer MRSA-, ESBL- oder einer Noroviren-Infektion erfolgt in der Regel sachgerecht. Sobald sich der Verdacht auf eine Infektion bestätigt, wird das Gesundheitsamt informiert (Meldepflicht) und die Richtlinien des Robert Koch Instituts bzw. der zuständigen Behörde des jeweiligen Bundeslandes finden Anwendung. In der Regel werden die durchzuführenden Maßnahmen mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt.

Eine im Krankenhaus begonnene MRSA- oder ESBL-Behandlung wird in den Einrichtungen fortgesetzt und als Leistung der Behandlungspflege nachgewiesen. Nicht immer ist sichergestellt, dass in angemessenen Abständen Kontrollabstriche der befallenen Areale durchgeführt werden. Dies hängt jedoch mehr von den Entscheidungen der Ärzte/Ärztinnen als vom Verhalten der Pflegefachkräfte ab. Bei einer MRSA- oder ESBL-Infektion wird die Pflegeplanung meist an die veränderte Situation angepasst. Bei Noroviren-Infektionen erfolgt eine solche Anpassung seltener, weil die veränderte Situation in der Regel nur kurzzeitig besteht. Vereinzelt werden Nachweise freiheitseinschränkender Maßnahmen oder Trinkprotokolle geführt.

3.12.3.1 Risikoeinschätzung

Es gibt keine Skalen zur Risikoeinschätzung. In der Regel kommen Bewohner/-innen mit einer bereits diagnostizierten MRSA-Infektion in die Einrichtung; seltener wird sie dort festgestellt. Der Kenntnisstand und das Problembewusstsein in Bezug auf die MRSA-Infektion wachsen in den Einrichtungen und bei Wunden, die sich therapieresistent zeigen oder bei andauernden Problemen im Mund-Rachenraum werden Abstriche von den Pflegefachkräften initiiert.

Bei ESBL-Infektionen ist die Diagnose häufig noch ein Zufallsprodukt. Bei auffälligen Symptomen (z.B. nicht therapierbare Durchfälle) erfolgt in Einrichtungen der stationären Altenhilfe eine entsprechende Stuhluntersuchung eher selten.

Noroviren-Infektionen treten vergleichbar einer Erkältungswelle auf. Der Infektionsweg ist häufig nicht auszumachen. Vom ersten Auftreten bis zur Erkennung können Tage vergehen. Während dieser Zeit können die Erreger nahezu ungehindert verbreitet werden.

Im Pflegebericht wird in der Regel festgehalten, wenn bei dem Bewohner/der Bewohnerin Besonderheiten auftreten. Nicht erkennbar ist jedoch, ob bei wiederholtem Auftreten dieser Situation gezielt nach Ursachen gesucht wird.

3.12.3.2 Zusatzelemente

Im Zusammenhang mit multiresistenten Keimen oder Noroviren werden der Pflegedokumentation normalerweise keine Zusatzelemente beigefügt. Die Dokumentation erfolgt in der Regel in den Basiselementen. Bei MRSA- und ESBL-Infektionen wird die Diagnose dem Arztbrief entnommen und in der Pflegedokumentation festgehalten. Bei Neueinzug sind entsprechende Hinweise auf dem für die Anmeldung vorzulegenden ärztlichen Fragebogen aufgeführt. Diese Informationen werden bei der Erstellung der Pflegeplanung berücksichtigt und die erforderlichen Maßnahmen leiten sich aus der Planung ab. Bei Noroviren beginnt die Dokumentation mit Ausbruch der Infektion.

■ Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen

Vereinzelt stellt sich die Frage der Freiheitseinschränkung von mobilen Bewohner(n)/-innen mit Demenz, um einer Gefährdung anderer Bewohner/-innen durch eine Keimverschleppung vorzubeugen. Dies gilt in besonderem Maße bei einer von Noroviren ausgelösten Infektion.

■ Trinkprotokoll

Bei einer Noroviren-Infektion werden vereinzelt kurzfristig Trinkprotokolle geführt. Meist wird die Trinkmenge aber im Pflegebericht aufgeführt, da im günstigen Fall die Infektion nach ca. drei Tagen zunächst überstanden ist.

■ Vitalwerteprotokoll

Vitalwerte werden kontrolliert, wenn der/die Bewohner/-in aufgrund von massivem Erbrechen oder Diarrhö über Kreislaufprobleme klagt bzw. wenn

solche beobachtet werden. Bei Diabetiker(n)/-innen wird bei Auffälligkeiten der Blutzuckerwert bestimmt.

■ **Wunddokumentation**

Wenn eine Wunddokumentation bei allen Wunden, für deren Behandlung eine ärztliche Verordnung vorliegt, geführt wird, gilt dies auch für mit MRSA besiedelte Wunden.

3.12.4 Empfehlungen

Es werden im Folgenden Empfehlungen zur Dokumentation im Zusammenhang mit einer durch multiresistente Keime oder Noroviren ausgelöste Infektion ausgesprochen.

3.12.4.1 Risikoeinschätzung

Zur Risikoeinschätzung wird auf die Erfahrungen der Pflegefachkräfte zurückgegriffen, da keine Instrumente zur Risikoeinschätzung vorhanden sind. Anhand der Pflegedokumentation ist erkennbar, bei welchen Personen Risikofaktoren vorhanden sind und wenn Anzeichen für eine Infektion beobachtet werden, initiieren die Pflegefachkräfte Untersuchung und Diagnosestellung.

Bei Noroviren können keine Prognosen zu möglicherweise betroffenen Personen erstellt werden. Grundsätzlich kann jeder, der Kontakt zu kontaminierten Personen hat, ebenfalls infiziert werden. Eingeschätzt werden muss, welche Risiken für die betroffenen Personen bestehen und ggf. sind prophylaktische Maßnahmen durchzuführen wie eine an den aktuellen Bedarf angepasste Flüssigkeitszufuhr. Dazu kann u.U. ein kurzfristiger Krankenhausaufenthalt erforderlich sein.

3.12.4.2 Zusatzelemente

Der Einsatz von Zusatzelementen ausschließlich im Zusammenhang mit einer Infektion durch MRSA- oder ESBL-Keime ist nicht erforderlich. Der Verzicht auf Zusatzelemente setzt jedoch voraus, dass die Diagnose in der Pflegedokumentation hinterlegt ist. In der Pflegeplanung wird das Problem aufgegriffen und entsprechende Maßnahmen, die sich aus speziell für diese Situationen erarbeiteten Standards ableiten lassen, werden geplant und im Leistungsnachweis als durchgeführt nachgewiesen. Es sind diejenigen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Infektion zu beschreiben, die dem/der Betroffenen den Umgang mit der Situation erleichtern sollen, die ihn/sie unterstützen, seine/ihre sozialen Kontakte aufrecht zu erhalten und einer Isolation vorzubeugen. Da die Betroffenen bei einer MRSA- oder ESBL-Infektion nur selten isoliert werden müssen, sind diejenigen Maßnahmen zu beschreiben, die ihnen eine Teilnahme am Gemeinschaftsleben ermöglichen. Dies gilt insbesondere, wenn sie unter Wunden oder Harnwegsinfekten leiden. Eine besonders zu berücksichtigende Gruppe sind mobile Menschen mit Demenz, die häufig die Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen nicht verstehen und diese Maßnahmen auch nicht durchführen, wie z.B. Händewa-

schen und -desinfektion nach einem Toilettenbesuch oder dem Reinigen der Nase. Bei allen Infektionen werden Beratungsgespräche mit den Betroffenen, ggf. ihren Zimmernachbar(n)/-innen, ihren Angehörigen und sonstigen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen geführt. Zeitpunkt und Inhalt dieser Beratungsgespräche werden im Pflegebericht dokumentiert. Bewährt hat es sich, den Gesprächsteilnehmer(n)/-innen eine Informationsbroschüre auszuhändigen.

Jede/r Bewohner/-in wird in Bezug auf eine mögliche Gefährdung durch eine Besiedelung mit multiresistenten Keimen beobachtet. Bei jeder Wunde, die schlecht heilt, bei jeder Diarrhö, die mit herkömmlichen Medikamenten nicht behandelbar ist, bei jedem länger bestehenden Schnupfen etc. sollte ein Abstrich/eine Stuhlprobe initiiert werden.

Treten Durchfälle bei mehreren Personen zeitgleich auf, werden Stuhlproben auf Noroviren untersucht und die im Zusammenhang mit einer Noroviren-Infektion erforderlichen hygienischen Maßnahmen werden umgehend in die Wege geleitet. U.U. kann es unumgänglich sein, für kurze Zeit und in absoluten Ausnahmefällen freiheitseinschränkende Maßnahmen zu ergreifen.

Ggf. sind weitere Formen der Dokumentation erforderlich, die jedoch nicht der Bewohnerdokumentation zugeordnet werden. Dazu zählen die Dokumentation durchgeführter Desinfektionsmaßnahmen oder das Ansetzen einer neuen Desinfektionslösung, aber auch die Dokumentation von Schulungen der Mitarbeiter/-innen zu hygienischen Maßnahmen.

■ **Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen**

Ehe der Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen erbracht wird, muss die Erforderlichkeit solcher Maßnahmen umfassend geprüft und möglichst verhindert werden.

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Noroviren-Infektion ist es ein erklärtes Ziel, die Infektion weiterer Personen zu verhindern. Dazu kann es erforderlich sein, Bewohner/-innen, die das Problem nicht verstehen und die keine der gebotenen Schutzmaßnahmen umsetzen und durchführen können, daran zu hindern, den Keim weiter zu verbreiten.

Problematisch ist, dass Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und positivem Noroviren-Infektionsbefund durch die Einschränkung ihres Aktionsradius (z.B. Zimmerservice statt Hausrestaurant oder Aufenthalt im Wohnbereich statt im Gesamthaus etc.) stark irritiert werden können und die ohnehin meist beeinträchtigte Orientierung weiter eingeschränkt wird. Das Auftreten von Angst oder anderen Missempfindungen und daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten ist zu erwarten. Aus diesen Gründen sind Isolationen grundsätzlich zu vermeiden, die den individuellen Bedürfnissen dieser Bewohner/-innen widersprechen. Derartige Maßnahmen sollten nur unter strenger Abwägung aller Möglichkeiten erwogen werden und einen Ausnahmefall darstellen. Eine konkrete Abwägung aller vorgesehenen Maßnahmen bezüglich erwartetem Nut-

zen für andere Bewohner/-innen und zu befürchtendem Schaden für den betroffenen Bewohner/die betroffene Bewohnerin muss in jedem Einzelfall erfolgen. Wenn keine der denkbaren Maßnahmen (z.B. Einzelbetreuung durch Pflegekräfte oder Angehörige etc.) greift, sollte mit allen Beteiligten die Problematik freiheitseinschränkender Maßnahmen diskutiert und die Frage gestellt werden, ob nicht der Schutz anderer Personen für kurze Zeit über die Interessen einer Einzelperson gestellt werden muss. Dabei ist die Frage zu klären, wie beide Ziele (Verhinderung der Infektion anderer Bewohner/-innen und Erhaltung der Freiheit des infizierten Bewohners/der infizierten Bewohnerin) erreicht werden können. In der Regel wird die Entscheidung, freiheitseinschränkende Maßnahmen durchzuführen, nur ausnahmsweise und selten zu treffen sein, da die Erkrankten meist sehr geschwächt sind. Dennoch sollte die Einrichtung vorbereitet sein. Alle Maßnahmen werden lückenlos dokumentiert. Die Pflegeleitung entscheidet, ob dazu kurzfristig ein Zusatzelement eingesetzt wird oder ob die Dokumentation im Pflegebericht erfolgen soll. Hat sich der Virus bereits ausgebreitet, besteht kein Grund für freiheitseinschränkende Maßnahmen. Es empfiehlt sich, mit den zuständigen Amtsrichter(n)/-innen und dem zuständigen Gesundheitsamt im Vorfeld entsprechende Absprachen zu treffen. U.U. werden unterschiedliche Entscheidungen getroffen. In diesem Fall hat die Entscheidung des Gesundheitsamtes Vorrang. Alle anderen Bewohner/-innen, ihre Angehörigen oder sonstige an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen werden beim ersten Verdacht informiert und über die erforderlichen Sofortmaßnahmen aufgeklärt, evtl. bei der Anwendung unterstützt. Werden Noroviren nur in bestimmten Bereichen der Einrichtung, z.B. in einem Wohnbereich nachgewiesen, kann eine weitere Verbreitung u.a. auch verhindert werden, indem vermehrt Desinfektionsmaßnahmen in den nicht betroffenen Bereichen durchgeführt werden.

Bei MRSA- oder ESBL-Infektionen sind Maßnahmen so zu planen, dass die Notwendigkeit einer Freiheitsbeschränkung nicht besteht.

■ **Trinkprotokoll**

Im Zusammenhang mit einer Noroviren-Infektion ist das vorübergehende Führen eines Trinkprotokolls sinnvoll und wird empfohlen.

■ **Vitalwerteprotokoll**

Vitalwertkontrollen werden im Zusammenhang mit multiresistenten Keimen und Noroviren nur dann durchgeführt, wenn dies für die Behandlung erforderlich ist. Dazu können die Bestimmung von Blutdruck und Puls gehören, wenn der/die Betroffene Anzeichen für eine Kreislaufkrise zeigt oder wenn Symptome zu beobachten sind, die auf eine Blutzuckerkrise hindeuten (z.B. bei einer Noroviren-Infektion). Diese Kontrollen erfolgen in der Regel aus pflegerischer Sicht und der Arzt/die Ärztin wird umgehend informiert. Bei einer durch MRSA-Keime verursachten Pneumonie kann die Kontrolle der Vitalwerte Blutdruck, Puls, Atmung, Temperatur und Blutzucker

angebracht sein und sie erfolgt auf ärztliche Verordnung. Die Werte werden im entsprechenden Element dokumentiert.

■ **Wunddokumentation**

Wenn eine Wunddokumentation geführt wird, geschieht dies in erster Linie, um die Entstehung einer Wunde und den Verlauf der Wundheilung nachvollziehbar darzustellen und nicht, weil die Wunde mit resistenten Keimen besiedelt ist. Die Pflegeleitung entscheidet, wo die Abnahme eines Abstriches und dessen Ergebnis dokumentiert werden. Dies kann in der Wunddokumentation oder im Pflegebericht erfolgen.

3.12.5 **Vorschläge für die Praxis**

In Bezug auf die Dokumentation der Pflege bei multiresistenten Keimen und Noroviren werden folgende Empfehlungen gegeben:

■ **Das sollten Sie vermeiden**

- Vorschnell reagieren und damit Panik verbreiten bei einer Besiedlung mit MRSA- oder ESBL-Keimen (statt erst bei einer Infektion)

■ **Das sollten Sie tun**

- Einen Hygieneplan und einen Standard erarbeiten zur Bekämpfung von MRSA-, ESBL- und Noroviren-Infektionen und Dokumentationsregeln aufstellen
- Das geplante Vorgehen vorsorglich mit dem zuständigen Gesundheitsamt und den zuständigen Amtsrichter(n)/-innen abstimmen
- Hygieneplan und Standard mit allen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen besprechen, die Umsetzung sicherstellen und alle erforderlichen Materialien vorhalten bzw. Nachbestellung und umgehende Lieferung mit der Lieferfirma vereinbaren
- Alle denkbaren Maßnahmen beschreiben, die eine Ausbreitung der Infektion, insbesondere die mit Noroviren, begrenzen
- Einen Notfallplan aufstellen für den Fall, dass sich die Noroviren-Infektion auf die Mitarbeiter/-innen überträgt
- Mitarbeiter/-innen, die an einer Hautkrankheit leiden, nicht in die Pflege von Bewohner(n)/-innen mit einem multiresistenten Keim einbeziehen
- Die hygienischen Maßnahmen bis ca. zwei Wochen nach Abklingen der Symptome weiter durchführen lassen
- Regeln aufstellen, wie in bestimmten alarmierenden Situationen (z.B. massives Erbrechen und Diarrhö bei mehreren Bewohner(n)/-innen oder Mitarbeiter(n)/-innen) zu reagieren ist; die Situationen festlegen, in denen die Pflegefachkräfte umgehend die Abnahme eines Abstriches (Rachen, Wunden etc.) oder die Untersuchung einer Stuhl- oder Urinprobe initiieren müssen

- Die Vorgehensweise vorgeben, in der die Meldung eines Noroviren-Verdachts an das zuständige Gesundheitsamt erfolgen muss
- Die Pflegenden schulen, damit sie die Infektionswege kennen, damit sie die besonders gefährdeten Personen erkennen und die erforderlichen Maßnahmen in die Wege leiten können
- Bei jeder erneut auftretenden Auffälligkeit nach einer erfolgreichen Therapie umgehend einen neuen Abstrich initiieren

■ **Das sollten Sie gelesen haben • Hier können Sie sich informieren**

- Dietmar Kirchberg: Das Medizinproduktegesetz: Was Pflegende wissen müssen. Bestimmungen - Beispiele - Konsequenzen. Schlütersche GmbH&Co.Kg, Hannover, 2003
- Annette Lauber, Petra Schmalstieg (Hrsg.): verstehen & pflegen. Prävention und Rehabilitation Band 4. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 9, Seiten 206 - 228

oder

Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann: THIEMES Pflege. 10. völlig neu bearbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2004. Kapitel 23, Seiten 388 ff

oder

Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2004. Kapitel 27, Seiten 995 ff

Internet:

- Robert Koch Institut: www.rki.de (Stichwörter: MRSA, ESBL und Noroviren. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Bundesinstitut für Risikobewertung: www.bfr.bund.de (Stichwörter: MRSA, ESBL und Noroviren. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt: www.nlga.niedersachsen.de (Stichwörter: MRSA, ESBL und Noroviren. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: www.lgl.bayern.de (Stichwörter: MRSA, ESBL und Noroviren. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)
- Evangelischer Verband für Altenarbeit im Rheinland: www.eva-rheinland.de (Stichwörter: MRSA, ESBL und Noroviren. Zuletzt eingesehen am 11.03.2007)

Kapitel 4: Pflegedokumentation im Organisations- und Leitungskontext	Seite
4.1 Pflegesystem	147
4.2 Personalstrukturentwicklung und Personaleinsatzplanung	148
■ Personelle Kontinuität	148
■ Stabilität des Tagesarbeitszeitbudgets	149
■ Stabilität des Tagesbesetzungsprofils	151
4.3 Qualifizierung und Begleitung der Pflegenden	151
■ Handlungsanleitung zur Pflegedokumentation	152
■ Innerbetriebliche Fortbildung	153
■ Überprüfung der Pflegedokumentation	154
4.4 Arbeitsablaufgestaltung	156

Kapitel 4: Pflegedokumentation im Organisations- und Leitungskontext

Eine inhaltlich aussagekräftige und in der Form knappe Pflegedokumentation ist an organisatorische Voraussetzungen und Leitungsentscheidungen geknüpft, die in diesem Kapitel dargestellt werden. Es soll der Pflegeleitung helfen, die Rahmenbedingungen des Dokumentierens und die Qualität der Begleitung der Pflegenden im eigenen Zuständigkeitsbereich einzuschätzen und ihre diesbezüglichen Arbeitsschwerpunkte richtig zu setzen.

4.1 Pflegesystem

Pflegesysteme werden in der Regel vor allem in Bezug auf ihre Vor- und Nachteile für Bewohner/-innen und Pflegenden diskutiert. In der stationären Altenpflege hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass Bezugspflegesysteme wie Bereichspflege, Gruppenpflege oder Primary Nursing anzustreben und Anteile der Funktionspflege so weit wie möglich zurückzudrängen sind. Es wird dabei zumeist erkannt, dass die genannten Pflegesysteme in der Regel nicht in „Reinkultur“ umgesetzt werden können, sondern abhängig von Personalmenge und Personalstruktur an die Gegebenheiten der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung angepasst werden müssen.

In Bezugspflegesystemen ist jede/r Pflegenden für eine überschaubare Anzahl von Bewohner(n)/-innen zuständig und die Verantwortung für Pflegeprozesssteuerung und Durchführung der Pflege rücken zusammen. Daraus ergeben sich in Bezug auf die Pflegedokumentation handfeste Vorteile gegenüber der Funktionspflege.

Sie liegen weniger in der Möglichkeit, die Zahl der Einzelnachweise zu reduzieren und zu En-bloc-Leistungsnachweisen überzugehen. Dies ist bei einer Pflegeplanung mit Tagesstruktur und bei stabilen Tagesbesetzungsprofilen u.U. auch in einem tendenziell funktionell organisierten Wohnbereich möglich. Doch in der Bezugspflege eröffnen sich weitere Möglichkeiten, die Pflegedokumentation inhaltlich „rund“ und in der Form „schlank“ zu gestalten.

Auf Zusatzelemente kann oftmals verzichtet werden, weil weniger Personen an der Pflege und Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin beteiligt sind. Sie kennen ihn/sie und die Pflegeplanung besser als dies in der Funktionspflege möglich wäre. Dadurch kann der Schwerpunkt auf die Pflegeplanung (Trinkplan, Ernährungsplan, Bewegungsplan ...) gelegt und auf Nachweise (Trinkprotokoll, Ernährungsprotokoll, Lagerungsprotokoll ...) verzichtet werden.

Zusatzelemente können in der Regel kürzer eingesetzt werden als in der Funktionspflege. Das Miktionsprotokoll z.B. kann früher evaluiert werden, weil wenige Pflegenden in seine Bearbeitung eingebunden sind und die benötigten Daten zügig zusammengetragen werden können. Das Schmerzprotokoll kann u.U. über einen kürzeren Zeitraum hinweg geführt werden, weil wenige Pflegenden den Bewohner/die Bewohnerin begleiten und verbale und nonverbale Schmerzäußerungen kontinuierlich wahrnehmen. Sie werden sie oftmals zutreffender deuten können und der/die Bewohner/-in wird sich ihnen möglicherweise eher öffnen als dies bei häufigem Wechsel der Pflegepersonen der Fall wäre. Das Zusatzelement zum Nachweis freiheitseinschränkender Maßnahmen wird selten zum Einsatz

kommen. Hier geht die Verbesserung der Pflege mit der Vereinfachung des Dokumentierens einher: Pflegende werden innerhalb der Bezugspflege eher motiviert und in der Lage sein, eine andere Lösung als die Freiheitseinschränkung zu finden.

Die Pflegeplanung kann im Bezugspflegesystem von besserer Qualität sein als dies in der Funktionspflege möglich ist. Durch die Nähe zu Bewohner(n)/-innen und Angehörigen erhalten die Pflegenden rascher und umfassender die Informationen, die sie für die Pflegeplanung benötigen, Bewohner/-innen und Angehörige werden eher in die Pflegeplanung einbezogen und Beobachtungen können besser eingeordnet und verknüpft werden. Erfahrungsgemäß „steht“ die erste Pflegeplanung nach Einzug rascher, die Anpassung erfolgt früher; die Pflegenden interessieren sich für „ihre“ Bewohner/-innen und identifizieren sich mit der Planung. Pflegeleitungen berichten, dass die Umstellung auf ein Bezugspflegesystem sie von der Vorgabe von Überarbeitungsintervallen und der Terminüberwachung entlastet - nicht entpflichtet - hat, weil die Pflegenden sich seither in höherem Maße selbst in der Pflicht sehen, Evaluation und Überarbeitung der Pflegeplanung situationsentsprechend oft vorzunehmen.

Der Pflegebericht gewinnt in der Bezugspflege oft dadurch an Qualität, dass zu den medizinisch-pflegerischen Inhalten Eintragungen hinzukommen, die sich auf die psychische Situation und Alltagsaktivitäten der Bewohner/-innen beziehen. Er sollte jedoch überwacht werden im Hinblick auf die Vollständigkeit von Eintragungen, da oftmals aus Sicht der Pflegenden innerhalb der überschaubaren Gruppe die schriftliche Informationsweitergabe an Bedeutung verliert.

Treten Dokumentationsmängel auf, sind sie im Bezugspflegesystem problemlos den sie verursachenden Mitarbeiter(n)/-innen zuzuordnen und diese können gezielt begleitet werden.

4.2 Personalstrukturentwicklung und Personaleinsatzplanung

Der Zusammenhang zwischen Personalstruktur und Personaleinsatzplanung im Fachbereich Pflege und der Qualität der Pflegedokumentation wird eher selten hergestellt, erschließt sich jedoch bei näherer Betrachtung der Ursachen von Dokumentationslücken. Die zielgerichtete Gestaltung der personalstrukturellen Voraussetzungen und der Arbeitszeit- und Dienstplanregelungen bereitet den Boden für die Bezugspflege und stellt Arbeitszeit so bereit, dass das kontinuierliche Dokumentieren gefördert wird. Im Folgenden werden diese Zusammenhänge aufgezeigt und richtungsweisende Empfehlungen gegeben; eine eingehende Darstellung der dazugehörigen Verfahren und Instrumente erfolgt nicht.

■ Personelle Kontinuität

Die personelle Kontinuität, die in Bezugspflegesystemen zu stabilen Kontakten zwischen Bewohner(n)/-innen und Pflegenden führen soll, lässt sich nicht mit jeder beliebigen Personalstruktur erreichen; sie muss - oft über Jahre hinweg - entwickelt und organisiert werden. Gelegentlich müssen dazu noch her-

kömmliche, aber falsche Regeln, wie die, dass Bezugspflege Vollzeitarbeit voraussetze, aufgegeben werden.

Die Aufgabe besteht darin, das verfügbare Personalbudget so zu bewirtschaften und in eine geeignete Personalstruktur zu „übersetzen“, dass das angestrebte Pflegesystem realisiert werden kann. Dabei wird selten eine Ideallösung, oft aber ein tragfähiger Kompromiss zwischen Besetzungsvorstellungen und Besetzungsmöglichkeiten erreicht.

Voll- und Teilzeitarbeit müssen im richtigen Verhältnis stehen und die Beschäftigungsumfänge bei Teilzeitarbeit sollten eine breite Streuung der Wochenarbeitszeiten - von einer hohen Stundenzahl knapp unterhalb der Vollzeitarbeit bis hin zur geringfügigen Beschäftigung - aufweisen. Auf dieser Grundlage können auch kleine Organisationseinheiten „standfest“ geplant werden und die Wochentage von Montag bis Sonntag können gleich stark besetzt werden ohne dass am Wochenende geteilte und/oder verlängerte Dienste zu leisten sind.

Pflegeschicht- und Pflegehilfskraftanteile müssen im richtigen Verhältnis stehen und den Qualifikationsgruppen müssen – zielführend mit Blick auf das jeweilige Konzept – die geeigneten Arbeitszeitmodelle bzw. Schichtlängen zugeordnet werden. Ein Beispiel (aber keine Empfehlung für jede Situation): Pflegefachkräfte werden bevorzugt in Vollzeitarbeit bzw. mit hohem Stundenkontingent in Teilzeitarbeit beschäftigt und in vollen Schichten eingesetzt, Pflegekräfte dagegen eher mit mittleren oder niedrigen Beschäftigungsumfängen teilzeitbeschäftigt und in mittellangen oder Kurzschichten eingesetzt.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Förderung personeller Kontinuität sind systematisch vorbeugende Maßnahmen zur Bewältigung unvermeidbarer Besetzungseinbrüche (unerwartet hohe, ungünstig zusammen treffende Ausfallzeiten, Lücken bei der Wiederbesetzung von Stellen). Auch bei guter Planung werden gelegentlich Engpass-Situationen auftreten. Es ist sinnvoll, hierfür gewisse Zeitreserven vorzuhalten; dies setzt einen entsprechenden Verzicht auf Zeitausgaben in „guten Zeiten“ voraus.

Die Personalstrukturentwicklung ist ein ständiger und u. U. langwieriger Prozess, der mit jeder zielgerichteten Einstellungsentscheidung vorangetrieben wird. Er gestaltet sich in Abhängigkeit von den örtlichen Arbeitsmarktgegebenheiten unterschiedlich schwierig, gelingt aber in der Regel dort, wo klare Vorstellungen von der für das angestrebte Pflegesystem benötigten Personalstruktur bestehen.

■ **Stabilität des Tagesarbeitszeitbudgets**

Ein im Wochen- und Jahresverlauf, abgesehen von gravierenden Belegungsveränderungen, gleichbleibendes Tagesarbeitszeitbudget fördert die kontinuierliche Arbeit mit der Pflegedokumentation. Besetzungsschwankungen gehen in aller Regel mit Schwankungen der Qualität der Pflegedokumentation einher. In Zeiten knapper Besetzung wird eher nachlässig dokumentiert und die Auswertung von Pflegeberichten und Protokollen sowie die Überarbeitung

der Pflegeplanung werden hintangestellt. Bei wieder besserer Besetzung wird Versäumtes, soweit noch möglich, nachgeholt, die angestrebte enge gedankliche und praktische Verbindung von Pflegen und Dokumentieren ist jedoch damit zeitweilig unterbrochen.

Besetzungsschwankungen und -einbrüche sind gelegentlich, aber keineswegs immer unvorhersehbare und unabwendbare Ereignisse, sondern können durchaus Ergebnis einer nicht optimierten Personaleinsatzplanung sein. Häufig wird beispielsweise die Jahresurlaubsplanung zu spät begonnen und unzulänglich durchgeführt. Dabei stellt der Urlaub der Beschäftigten den höchsten Ausfallzeitenanteil dar, die Höhe der Ansprüche ist frühzeitig bekannt und eine annähernde Gleichverteilung des Urlaubs über das Jahr ist planbar. Ebenso wird in sehr vielen Wohn-/ Pflegebereichen die nach Abzug von Ausfallzeiten netto verfügbare Arbeitszeit überschätzt und es wird mehr Arbeitszeit verbraucht als zur Verfügung steht. Auf den Aufbau von Zeitguthaben (Mehrarbeits- oder Überstunden, ggf. nicht erfolgter Freizeitausgleich für Arbeit an Wochenfeiertagen, nicht gewährter Erholungsurlaub) folgt zwangsläufig der Abbau und damit eine u. U. lang dauernde Zeit der Minderbesetzung.

Bewährt hat sich die Berechnung und Festlegung einer so genannten Normalbesetzung für den jeweiligen Wohn-/Pflegebereich. Die Normalbesetzung leitet sich ab aus der verfügbaren Nettoarbeitszeit, d. h. derjenigen Zeit, die nach Abzug aller erwartbaren Ausfallzeiten (Erholungs- und Zusatzurlaub, Arbeits- bzw. Dienstbefreiung, Fort-/Weiterbildung, Krankheit, Kuren, Mutterschutzfristen, Freistellungen, ggf. Freizeitausgleich für Arbeit an Wochenfeiertagen, Sonstiges) für die Arbeit im Wohn-/Pflegebereich übrig bleibt. In die Berechnung ist die regelmäßig verfügbare Jahresarbeitszeit des Stammpersonals sowie die unregelmäßig verfügbare, aber planbare Jahresarbeitszeit von z. B. Altenpflegeschüler(n)/-innen einzubeziehen. Die Normalbesetzung wird zum einen in Stunden (verfügbares Tagesarbeitszeitbudget) und zum anderen in Schichten, d. h. als Tagesbesetzungsprofil festgelegt.

Arbeitszeitmanagementregeln sichern die tägliche Einhaltung der Normalbesetzung: Über die Normalbesetzung hinaus verfügbare Arbeitszeit (bei unterdurchschnittlicher Ausfallzeit) wird nicht eingesetzt. Sie wird für den Abbau vorhandener Zeitguthaben genutzt oder es werden Zeitreserven in Form von Minusstunden gebildet. Bei Unterschreitung der Normalbesetzung (durch überdurchschnittlich hohe Ausfallzeiten) wird entweder zeitlich befristet mit einer definierten Mindestbesetzung gearbeitet (befristet auf X Schichten in Folge und Y Schichten pro Woche) oder Mitarbeiter/-innen springen ein (Abruf von Zeitreserven oder Einsatz von Mehrarbeits- bzw. Überstunden).

Wenn von den Pflegenden erwartet wird, dass sie kontinuierlich dokumentieren, muss ihnen hierfür kontinuierlich Zeit zur Verfügung gestellt werden. Die weitgehende Einhaltung der Normalbesetzung ist ein Beitrag dazu.

■ **Stabilität des Tagesbesetzungsprofils**

In vielen Wohn-/Pflegebereichen werden zu viele verschiedene Dienstzeiten eingesetzt mit dem Ergebnis, dass kein klares und gleichbleibendes Tagesbesetzungsprofil entsteht. Das Kommen und Gehen der Mitarbeiter/-innen im Tagesverlauf kann mit Bewohnerbedürfnissen und Arbeitsaufkommen nicht immer begründet werden und die Tage der Woche weisen je nach diensthabenden Mitarbeiter(n)/-innen unterschiedliche Besetzungsstrukturen auf.

Arbeitserleichternd ist – auch beim Erstellen des Dienstplans – ein Arbeitzeitsystem mit wenigen Diensten für das Stammpersonal; acht bis maximal zehn Dienste reichen aus, um den 24-Stunden-Tag sinnvoll abzudecken. Dabei sollten Schichten unterschiedlicher, aber aufeinander abgestimmter Länge festgelegt, in ihrer Funktion benannt (Wozu wird diese Schicht gebraucht?) und zeitlich anforderungsentsprechend platziert werden.

Eine durchdachte, im Ergebnis „einfache“ Arbeitszeitregelung für das Stammpersonal ist umso wichtiger, je mehr regelmäßige Angebote, z. B. des Sozialen Dienstes, im Wohn-/Pflegebereich stattfinden und je mehr zusätzliche Mitarbeiter/-innen (z. B. Mitarbeiter/-in im Freiwilligen Sozialen Jahr, Mitarbeiter/-in im geförderten Beschäftigungsverhältnis) zu integrieren sind. Vielfach sind bei ihnen besondere Arbeitszeitvorgaben zu beachten, die die Zahl der Dienste ansteigen lassen und weitere Zäsuren im Tagesablauf mit sich bringen.

Ein klares Tagesbesetzungsprofil fördert und vereinfacht das Führen der Pflegedokumentation.

Wird die Pflegeplanung in Form einer Tagesstruktur ausgewiesen und finden sich deren Zeitabschnitte wieder im Tagesbesetzungsprofil, können En-bloc-Leistungsnachweise geführt und Einzelnachweise deutlich reduziert werden. Die Zahl der notwendigen Handzeichen zu reduzieren, dient zum einen der Zeitersparnis, die jedoch oft überschätzt wird. Wichtiger ist, dass so dem mechanischen Abarbeiten der Pflegedokumentation entgegen gewirkt wird und dem Verdruss der Pflegenden über Aufzeichnungen, die sie als für die Pflege verzichtbar erachten.

Zum anderen sind klar definierte Zeitabschnitte im Tagesverlauf Voraussetzung einer geordneten Arbeitsablauforganisation im Wohn-/Pflegebereich und damit auch der Organisation des Dokumentierens.

4.3 Qualifizierung und Begleitung der Pflegenden

Es ist Aufgabe der Pflegeleitung, Regeln zum Führen der Pflegedokumentation aufzustellen und - zwar nicht allein, aber letztverantwortlich - dafür zu sorgen, dass die Pflegenden sie einhalten. Dies ist eine Daueraufgabe, denn ein einmal erreichtes gutes Niveau des Dokumentierens muss ständig gesichert werden. Wie die Pflegeleitung dabei vorgehen kann, wird nachfolgend beschrieben.

■ Handlungsanleitung zur Pflegedokumentation

Die Handlungsanleitung zur Pflegedokumentation stellt Aufbau und Ausgestaltung des Dokumentationssystems vor und legt Regeln zu seiner Nutzung fest.

Die Handlungsanleitung zu erstellen, verlangt der Pflegeleitung Entscheidungen ab zu allen Elementen des Dokumentationssystems und zu allen Teilaspekten des Umgangs damit. Sie muss ihre diesbezüglichen Vorstellungen „zu Ende denken“ und legt sich gegenüber den Pflegenden fest. Die bislang vorliegenden nationalen Standards und Grundsatzstellungen werden dabei berücksichtigt. Die Erarbeitung der Handlungsanleitung ist aufwendig, reduziert jedoch in der Folge Missverständnisse und Rückfragen deutlich. Die Pflegenden werden anhand der Handlungsanleitung eingearbeitet und geschult und können sie zu Rate ziehen, wenn sie unsicher sind. Sie finden darin die Kriterien, nach denen ihr Umgang mit der Pflegedokumentation beurteilt wird.

Die Handlungsanleitung erfüllt ihren Zweck, wenn sie alle relevanten Aspekte behandelt, also vollständig ist. Sie sollte enthalten

- Basisinformationen zu pflegefachlichen, rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten der Pflegedokumentation
- die Darstellung des Pflegeprozesses
- die Kurzdarstellung des Pflegesystems
- die Erläuterung der Elemente der Pflegedokumentation (Basiselemente, Zusatzelemente, Aktualitäts- und Dauersignale)
- die Vorstellung der Dokumentationsregeln (bezogen auf die Systemelemente)
- Hinweise zum Einsatz von Zusatzelementen (bezogen auf ausgewählte Pflegesituationen)
- die Legende akzeptierter Abkürzungen
- die Darstellung des Arbeitsablaufs rund um die Pflegedokumentation
- die Regelung der Zuständigkeiten in Bezug auf die Pflegedokumentation
- Vorgaben zur Organisation der Ablage.

Grundsätzlich sollte die Handlungsanleitung ca. alle drei Jahre überprüft und ggf. aktualisiert werden; von dieser Faustregel muss jedoch gelegentlich abgewichen werden. Müssen Elemente des Dokumentationssystems oder Dokumentationsregeln aufgrund neuer Rechtsvorschriften oder aktueller Rechtsprechung geändert werden, geschieht dies zeitnah. Werden neue nationale Standards oder Grundsatzstellungen veröffentlicht, ist zu prüfen, ob und inwieweit sie die bisherige Pflege und Pflegedokumentation der jeweiligen Einrichtung verändern werden. Bei deutlicher Abweichung wird das Handbuch zeitnah überarbeitet. Die vorgenommenen Veränderungen werden den Pflegenden vorgestellt. Alle übrigen Ideen und Anregungen zur Fortschreibung der Handlungsanleitung werden gesammelt und erst bei der turnusmäßigen Überprüfung berücksichtigt. Die

Form der Handlungsanleitung sollte so gestaltet werden, dass der Änderungsaufwand bei Aktualisierung möglichst gering ist.

■ Innerbetriebliche Fortbildung

Die Fortbildung von Pflegenden zum Thema Pflegedokumentation sollte innerbetrieblich und unter direkter Bezugnahme auf das im jeweiligen Heim eingesetzte Pflegedokumentationssystem, die dort geltenden Dokumentations- und Handhabungsregeln sowie die organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen erfolgen. Sie kann von externen Dozent(en)/innen oder von geeigneten im Hause tätigen Pflegeverantwortlichen durchgeführt werden.

Der Einsatz eines externen Dozenten/einer externen Dozentin setzt voraus, dass er/sie

- das eingesetzte Dokumentationssystem nicht nur in der vom Anbieter bereitgestellten Form kennt, sondern auch in seiner konkreten Ausgestaltung im jeweiligen Heim.
- Dokumentations- und Handhabungsregeln, organisatorische und personelle Rahmenbedingungen kennt.
- eine vorliegende schriftliche Handlungsanleitung zum Führen der Pflegedokumentation in die Fortbildung einbezieht.
- von der Pflegeleitung konkrete Vorgaben erhält zu den Zielen, die durch die Fortbildung erreicht werden sollen.
- über die aktuell bestehenden Fragen, Probleme und Mängel informiert wird, die durch die Fortbildung beantwortet bzw. behoben werden sollen.

Übernimmt eine Pflegefach- oder Pflegeleitungskraft aus der Einrichtung die Fortbildung, hat sie den Vorteil genauer Situationskenntnis. In Bezug auf Umfang und Aktualität ihres pflegefachlichen und auf die Pflegedokumentation bezogenen Wissens und die Fähigkeit, dieses weiterzugeben, sollten dieselben Kriterien gelten wie bei der Auswahl eines externen Dozenten/einer externen Dozentin.

Eine erfolgreiche Fortbildung setzt voraus, dass sich die Pflegeleitung darüber im Klaren ist, welche Art der Dokumentation sie wünscht. Hat sie z. B. noch nicht entschieden, in welcher Form die Pflegeplanung erfolgen soll, muss sie dies vor einer Fortbildung ihrer Mitarbeiter/-innen zu diesem Thema tun. Der/die Dozent/-in kann die Pflegeleitung ggf. beraten, ihr die Entscheidung aber nicht abnehmen.

Interne Fortbildungen, die die o. g. Kriterien erfüllen, haben gegenüber externen Fortbildungen zur Pflegedokumentation den Vorteil, dass die Pflegenden das Gelernte nicht selbständig in ihren Arbeitsalltag übertragen müssen, dieser ist bereits in die Fortbildung einbezogen. Dieser Vorteil kann weiter genutzt werden, indem Schulungen mit konkreten Umsetzungsvereinbarungen, d. h. mit der Festlegung der jetzt anstehenden Arbeitsschritte, Termine und Zuständigkeiten abgeschlossen werden. Wiederholte und

kürzer dauernde - aber zeitlich auf die zu vermittelnden Inhalte abgestimmte - und den Prozess der Weiterentwicklung begleitende Schulungen sind wirksamer als eine einmalige mehrtägige Veranstaltung.

Dies gilt in besonderer Weise bei der Umstellung auf eine EDV-gestützte Pflegedokumentation. Hier steht vor der inhaltlichen Schulung die allgemeine EDV-Schulung, ggf. abgestuft nach dem Kenntnisstand der Mitarbeiter/-innen. Wiederholungsschulungen sollten hier von vornherein vorgesehen und in die Kalkulation der Kosten einer Umstellung einbezogen werden.

Indem die Pflegeleitung nicht nur zu Beginn der Fortbildung Dozent/-in und Teilnehmer/-innen begrüßt und der Veranstaltung einen guten Verlauf wünscht, sondern selbst daran teilnimmt und z. B. auch alle Übungen mit absolviert, vermittelt sie, dass ihr das Thema wichtig ist. Möglicherweise werden ihr alle Unterrichtsinhalte bekannt sein und sie wird von keiner Übung profitieren. Aber sie wird durch die Beiträge von Dozent/-in und Teilnehmer(n)/-innen

- auf Probleme des Dokumentierens im bestehenden System hingewiesen. Die Pflegeleitung nutzt die Pflegedokumentation anders als die Pflegenden und kennt Detailprobleme oft nicht.
- auf Fragestellungen stoßen, denen sie nachgehen will.
- auf pflegfachliche Wissenslücken von Mitarbeiter(n)/-innen aufmerksam werden, die behoben werden müssen.
- besondere Fähigkeiten oder den besonderen Unterstützungsbedarf ihrer Mitarbeiter/-innen, vielleicht auch der Wohnbereichsleitungen, in Bezug auf das Führen der Pflegedokumentation erkennen.

■ Überprüfung der Pflegedokumentation

Der Pflegeleitung stellen sich in Bezug auf die Überprüfung der Pflegedokumentation in der Regel zwei Fragen:

1. Wie prüfe ich effektiv?
2. Wie finde ich regelmäßig Zeit dafür?

Die Durchsicht von Pflegedokumentationen beim morgendlichen Besuch der Pflegeleitung im Wohnbereich führt eher zu Zufallsbefunden. Wirksam ist die Überprüfung der Pflegedokumentation, wenn sie folgende Kriterien erfüllt:

- Es ist festgelegt, welche Aspekte regelmäßig geprüft werden (Elemente der Pflegedokumentation, Pflegesituationen).
- Die einzelne Prüfung erfolgt unter einer klaren und in der Regel begrenzten Fragestellung (thematischer Ausschnitt).
- Der/die Prüfende weiß, welche Elemente der Pflegedokumentation dabei einbezogen werden müssen.
- Die Überprüfung bezieht turnusmäßig und systematisch alle Pflegedokumentationen ein.

- Die Prüfkriterien sind schriftlich festgelegt und den Pflegenden bekannt.
- Die Prüfergebnisse werden in einer für die Pflegenden nachvollziehbaren Form dokumentiert.
- Den Mitarbeiter(n)/-innen werden positive und kritische Befunde zurückgemeldet.
- Es werden Maßnahmen, Termine und Zuständigkeiten zur Behebung von Mängeln vereinbart.
- Die Umsetzung dieser Vereinbarungen wird kontrolliert.
- Überprüfungen der Pflegedokumentation finden kontinuierlich und mit definiertem Zeiteinsatz statt.
- Es wird regelmäßig geprüft, ob und wie Pflegefach- und -leitungskräfte (Wohnbereichsleitungen, Bezugspflegekräfte) ihre Aufgaben in Bezug auf das Führen der Pflegedokumentation wahrnehmen.
- Die Prüfergebnisse werden in Bezug auf notwendige Leitungsentscheidungen ausgewertet.

Mit der Pflegevisite werden Durchführung und Wirkung der geplanten Pflege und Betreuung auf den/die Bewohner/-in geprüft und die Zufriedenheit von Bewohner/-in und Angehörigen mit der Leistung der Pflegenden wird erfragt. Dabei wird die Pflegedokumentation einbezogen und es findet ein Gespräch mit der Bezugspflegefachkraft statt. Die Pflegevisite ergänzt die eher formale Prüfung der Pflegedokumentation, indem sie die Situation des Bewohners/der Bewohnerin und den in der Pflegedokumentation abgebildeten Pflegeprozess zusammen und aufeinander bezogen betrachtet.

Es ist Aufgabe der Pflegeleitung, geeignete Checklisten für die Überprüfung der Pflegedokumentation und die Durchführung der Pflegevisite bereitzustellen und ein Prüfschema festzulegen:

- Was wird wo, wie oft, von wem geprüft?
- Wie wird mit Prüfergebnissen umgegangen?

An der Überprüfung der Pflegedokumentation und der Durchführung der Pflegevisite kann die Pflegeleitung die Wohnbereichsleitungen, den Qualitätsbeauftragten/die Qualitätsbeauftragte, Praxisanleiter/-innen und ausgewählte geeignete Pflegefachkräfte (interne Expert(en)/-innen für bestimmte Pflege Themen) beteiligen; sie kann ihnen diese Aufgaben jedoch weder ganz überlassen noch sollte sie alle Prüfaufgaben einer Person übertragen.

Der Prüfauftrag muss der Funktion des/der Prüfenden entsprechen. So wird sich zum Beispiel die Pflegeleitung auf die Frage konzentrieren, ob und wie die Wohnbereichsleitungen ihre auf die Pflegedokumentation bezogenen Aufgaben erfüllen, ob sie die Qualität der Pflegedokumentation in ihrem Zuständigkeitsbereich zutreffend einschätzen und ob sie geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung planen. Wohnbereichsleitungen und Qualitätsbeauftragte/r werden alle Aspekte des Dokumentierens sowie die Dokumentationsleistung der Pflegenden im jeweiligen Wohnbereich regelmäßig und umfassend in den Blick nehmen, die Praxisanleiter/-innen die Mit-

arbeiter/-innen in der Probezeit und die Altenpflegeschüler/-innen. Die entsprechend spezialisierte Pflegefachkraft dagegen wird sich der Überprüfung der Qualität der Pflege und der Pflegedokumentation in Bezug auf „ihr“ Thema, z. B. den Sturz, widmen.

Es hat sich bewährt, die genannten Mit-Prüfenden nicht nur zur Dokumentationsprüfung und Pflegevisite im „eigenen“ Wohnbereich, sondern auch wohnbereichsübergreifend einzusetzen. Bei Prüfungen im „eigenen“ Bereich werden der Dokumentation nicht zu entnehmende Informationen oft gedanklich ergänzt und nicht vermisst und Nachlässigkeiten werden entschuldigt, weil der/die Prüfende z. B. hohe Arbeitsbelastung und Besetzungseingpässe selbst miterlebt hat.

Bei der Festlegung der Prüfhäufigkeit (pro Teilaspekt, pro Pflegedokumentation bzw. pro Bewohner/-in) ist zu beachten, dass Zeit bleiben muss für die Überprüfung der Pflegedokumentation und die Durchführung der Pflegevisite in besonderen Situationen (Eingewöhnungsphase nach Einzug, Rückkehr aus dem Krankenhaus, akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes etc.). Eine mögliche Schwachstelle ist die Nachschau, bei der geprüft wird, ob die zur Beseitigung festgestellter Mängel vereinbarten Maßnahmen erfolgreich umgesetzt wurden; auch hierfür ist Zeit einzuplanen.

Die zur Durchführung von Dokumentationsprüfungen und Pflegevisiten erforderlichen Zeiten werden ermittelt und es wird ein Zeitkontingent (pro Prüfer/-in und insgesamt) festgelegt, das sowohl eine ausreichende Prüfdichte ermöglicht als auch realistisch ist, d. h. von den Beteiligten tatsächlich erbracht werden kann. Die Planung der Prüftermine erfolgt spätestens zu Jahresbeginn, die Prüfbeteiligten tragen sie ebenso wie die regelmäßig stattfindenden Besprechungen, Qualitätszirkeltreffen o. ä. in ihre Jahreskalendarer ein.

Indem kontinuierlich und sowohl bereichsintern als auch bereichsübergreifend geprüft wird, indem die einzelne Prüfung mit begrenztem Zeitaufwand erfolgt und indem Aufgaben und zeitliche Inanspruchnahme breit verteilt sind, verstetigt sich die Überprüfung der Pflegedokumentation. Sie ist mit dem Arbeitsalltag zeitlich und personell „vernäht“ und wird eben dadurch leistbar.

4.4 Arbeitsablaufgestaltung

Zur Einbindung der Pflegedokumentation in den täglichen Arbeitsablauf müssen zum einen Zeit und Ort des Dokumentierens festgelegt und zum anderen Dienstübergaberegulungen und Umgang mit der Pflegedokumentation aufeinander abgestimmt werden.

Dokumentiert werden sollte zum einen zeitnah, d.h. unmittelbar nach der Pflege eines oder zweier (Doppelzimmer) Bewohner/-innen statt am Ende der Schicht oder gar während der Dienstübergabe. Dokumentiert werden sollte zum anderen bewohnernah, d.h. im oder vor dem Bewohnerzimmer statt im

Dienstzimmer. So stehen die für die Pflege benötigten Informationen bei dem Bewohner/der Bewohnerin zur Verfügung und was bei ihm/ihr beobachtet und für ihn/sie getan wurde, wird sofort notiert. Pflegen und Dokumentieren werden so von den Pflegenden als zusammengehörende Handlungen erlebt. Sie sind entlastet, weil sie sich nicht eine Fülle zu dokumentierender Fakten über Stunden hinweg merken oder sie durch eine Notiz in der „Kittel“-tasche sichern müssen. Die Gefahr, beim Dokumentieren etwas zu vergessen, ist erheblich geringer, unnötige Wegezeiten und der „Dokumentationsstau“ im Dienstzimmer entfallen.

Das zeit- und bewohnernahe Dokumentieren setzt bei manueller Pflegedokumentation dem Pflegesystem entsprechend beschickte Sichtplanetten oder Hängeregisterboxen sowie einen Pflegearbeitswagen voraus, in dem die Dokumentationsmappen mitgeführt, während der Pflege eingeschlossen und auf dem sie vor und nach der Pflege zum Lesen und Schreiben abgelegt werden können. Diese Bedingungen sind in etlichen Heimen bereits erfüllt. Schlechtere ablauforganisatorische Voraussetzungen finden die Pflegenden dagegen vielerorts bei EDV-gestützter Pflegedokumentation vor. Obwohl die Entscheidungsträger von ihr neben der Erleichterung der Zusammenarbeit der Pflege mit den anderen Fachbereichen des Hauses die Einsparung von Arbeitszeit im Wohnbereich erwarten, investieren sie zu oft nicht genug in eine angemessene, auf das bewohner- und zeitnahe Dokumentieren ausgerichtete Ausstattung (Notebook am Pflegewagen). Stattdessen ist vorgesehen, dass im Dienstzimmer dokumentiert wird, wo jedoch oft zu wenige PC-Arbeitsplätze zur Verfügung stehen. Wenn nicht zwei oder mehrere Pflegenden gleichzeitig dokumentieren können und wenn keine getrennten Arbeitsplätze für die aktuelle Dokumentation und die zeitaufwendigere Evaluation und Überarbeitung der Pflegedokumentation zur Verfügung stehen, entstehen Wartezeiten oder Arbeitsabläufe werden ausgerichtet an der Verfügbarkeit von Tastatur und Bildschirm. Leitungsverantwortlichen, die vor der Entscheidung für oder gegen die Umstellung auf eine EDV-gestützte Pflegedokumentation stehen, kann nur empfohlen werden: Wenn, dann richtig.

Bei manueller bewohner- und zeitnaher Dokumentation ist zu regeln, wie vermieden werden kann, dass die Pflegedokumentation gleichzeitig im Bewohnerzimmer bei der Pflege und im Dienstzimmer zur Vorbereitung der flüssigen oralen Arzneimittel benötigt wird. Eine allgemeingültige Empfehlung kann hierzu nicht gegeben werden; eine geeignete Regelung muss im jeweiligen Heim abhängig von Pflegesystem, Personalsituation und praktiziertem Verfahren zur Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen gefunden werden. Die Lösung sollte jedoch weder in der Wiedereinführung des „Tropfenplans“ noch im frühzeitigen Richten von Tropfen lange vor ihrer Vergabe bestehen.

Der Zeitbedarf für Dienstübergaben bei Schichtwechsel ist im Bezugspflegesystem deutlich geringer als bei tendenziell funktionell organisierter Pflege. Er kann weiter reduziert werden, indem darauf verzichtet wird, die dokumentierten Informationen zusätzlich mündlich auszutauschen. Einer kompakten und aussagekräftigen Pflegedokumentation können die Pflegenden mit geringem

Zeitaufwand die Informationen entnehmen, die sie für die Pflege brauchen. Zwischen-Übergaben innerhalb der Schicht (an/von Pflegende/n, deren Dienst zeitversetzt beginnt und/oder endet) können entfallen. Die Durchsicht der Pflegedokumentationen aller in einer Schicht zu betreuenden Bewohner/-innen kann vermieden werden, indem Aktualitätssignale genutzt werden. Sie führen zum Pflegebericht, der so gestaltet sein sollte, dass benötigte Informationen sofort aufgefunden werden können (Zuordnung von Eintragungen zu Schichten durch Farben und/oder Angabe der Uhrzeit des Eintrags).

Die Reduzierung von Dienstübergabezeiten sollte nicht in jedem Fall zur Verkürzung von Schichtüberlappungszeiten führen. Die nach der Übergabe verbleibende Zeit der Anwesenheit zweier Schichten (z.B. Überlappung von Früh- und Spätschicht 30', Übergabe 10', verbleibende Zeit 20') kann genutzt werden für die Anpassung der Pflegeplanung, arbeitsorganisatorische Absprachen, das Lesen von Protokollen, den Austausch über eine Angehörigenbeschwerde, die Mitteilung von Neuerungen u.a.m. Die Zeitreserve verhindert den Aufbau von Pluszeiten durch ein unpünktliches Dienstende.

Für die Überarbeitung und Evaluation der Pflegedokumentation durch die Pflegefachkräfte sollten Zeiten konkret benannt werden. Es sind zum einen die o.g. Zeiten innerhalb von Überlappungszeiten, zum anderen sollten Zeiten - keine vollen Schichten, sondern Kurzschichten oder Zeitabschnitte innerhalb voller Schichten - über den Dienstplan bereit gestellt werden.

Kapitel 5: Pflegeleitung und Pflegedokumentation		Seite
5.1	Kenntnisstand und Informationsverhalten	160
5.2	Entscheidungen zur Ausgestaltung des Pflegedokumentationssystems	161
	■ Systemveränderungen und Systemwechsel	162
	■ Einsatz von Zusatzelementen	164
	■ Eigenentwicklungen	165
5.3	Umgang mit Einflüssen von außen	168
	■ Einstufungsbegutachtung	168
	■ Prüfsituationen	170
	■ Beschwerden von Angehörigen	173
	■ Vorgesetzte und Träger	174

Kapitel 5: Pflegeleitung und Pflegedokumentation

Die Auswahl eines geeigneten Pflegedokumentationssystems, seine Ausgestaltung, die (Weiter-) Entwicklung von Dokumentations- und Handhabungsregeln, die Schaffung hilfreicher Rahmenbedingungen, die Sicherstellung des Dokumentierens auf gleich bleibend gutem Niveau sowie das Vertreten der dokumentationsbezogenen Entscheidungen gegenüber Mitarbeiter(n)/-innen, Vorgesetzten und Prüfinstanzen bilden zusammen einen fachlich und führungsbezogen anspruchsvollen Aufgabenkomplex. Dieser nimmt zu Recht einen Großteil der Arbeitszeit der Pflegeleitung in Anspruch, zumal die Qualität der Pflege und die Qualität der Pflegedokumentation untrennbar verbunden sind.

Pflegeleitungen werden jedoch in ihren auf die Pflegedokumentation bezogenen Entscheidungen und Leistungen nicht ausschließlich von pflegfachlichen Anforderungen und Überzeugungen geleitet, sondern auch beeinflusst vom Grad der Bereitschaft und Fähigkeit der Mitarbeiter/-innen zu dokumentieren, von Erfahrungen bei Einstufungsbegutachtungen (Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI) und bei Qualitätsprüfungen durch den MDK (Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI) sowie durch Heimbegehungen durch die Heimaufsicht, von Gerüchten und Berichten von Kolleg(en)/-innen, von Veröffentlichungen, von Informationen und Offerten der Anbieter von Pflegedokumentationssystemen sowie von den Erwartungen und ggf. Vorgaben ihrer Vorgesetzten und Träger.

Pflegeleitungen gehen mit ihren auf die Dokumentation bezogenen Aufgaben und den o. g. Einflüssen sehr unterschiedlich um; dies belegen neben den Ergebnissen der eingangs erwähnten im Auftrag des BMFSFJ durchgeführten Entbürokratisierungsstudie auch Fortbildungs-, Beratungs- und praktische Arbeitserfahrung.

Dieses abschließende Kapitel geht der Frage nach, welche Arbeits- und Entscheidungsweisen Pflegeleitungen auszeichnen, in deren Zuständigkeitsbereich erfolgreich, d. h. fachgerecht und unbürokratisch, dokumentiert wird.

5.1 Kenntnisstand und Informationsverhalten

Über lange Zeit hinweg wurde pflegfachlichen Themen in der stationären Altenhilfe, verglichen mit Fragen des Wohnens und der Betreuung/Begleitung der Bewohner/-innen, eine eher geringe Bedeutung beigemessen; nicht selten wurden sie weitgehend den Pflegemitarbeiter(n)/-innen überlassen. Hier vollzieht sich seit einigen Jahren ein Wandel. Pflegefachliche Fragestellungen werden (beispielsweise im Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, vom MDS oder in pflegewissenschaftlichen Projekten) systematisch aufbereitet und (beispielsweise in Form von Expertenstandards, Grundsatzstellungennahmen und Projektberichten) publiziert. Dadurch wurden Pflegeleitungen mit vorrangig administrativ-organisatorischer Arbeitsorientierung daran erinnert und vorrangig pflegeorientierte Pflegeleitungen in ihrer Auffassung bestärkt, dass es ihre Kernaufgabe ist, die Pflege der Bewohner/-innen auf dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sicherzustellen. Gleichzeitig werden die Anforderungen an die Pflegedokumentation bewusster wahrgenommen und/oder durch externe Prüfungen aufgezeigt.

Die thematische Vielfalt, die ungewohnte Menge der in rascher Folge erscheinenden Veröffentlichungen und die Fülle neuer Informationsquellen beunruhigen und verunsichern derzeit manche Pflegeleitung. Dies kann für sie Anlass sein, ihr bisheriges Informationsverhalten zu überdenken sowie Umfang und Aktualität der eigenen Fachkenntnisse zu prüfen. Dabei kann es hilfreich sein, sich an Pflegeleitungen zu orientieren, in deren Zuständigkeitsbereich auf gutem Niveau gepflegt und dokumentiert wird: Von welchen Vorstellungen/Überzeugungen lassen sie sich leiten und welchen Regeln folgen sie? Im Wesentlichen sind es diese:

- Die eigene pflegefachliche Entwicklung wird auch dann weiter betrieben, wenn man schon lange eine Leitungsposition innehat. Es kann und soll interne Pflegeexperten, Qualitätsbeauftragte und Pflegeverantwortliche auf Trägerebene geben, die die Pflegeleitung unterstützen und entlasten. Doch die Pflegeleitung darf nicht pflegefachlich auf sie angewiesen sein.
- Die theoretischen Grundlagen der Pflege (Pflegetheorie, Pflegeprozess, Pflegesystem, ...) werden von der Pflegeleitung sicher beherrscht. Sie kann sie den Pflegemitarbeiter(n)/-innen überzeugend und konkret auf den pflegerischen Alltag bezogen nahe bringen.
- Die Pflegedokumentation wird von der Pflegeleitung sicher beherrscht. Sie kann selbst, was sie ihren Mitarbeiter(n)/-innen abverlangt, z. B. eine Pflegeplanung erstellen und evaluieren. Erstellte Pflegeplanungen zu beurteilen, ist etwas anderes als sie selbst zu erstellen. Manche Pflegeleitung hatte, anders als ihre Mitarbeiter/-innen, keine Gelegenheit, dies in Aus- oder Fortbildung zu lernen.
- Das Arbeitszeitmanagement der Pflegeleitung berücksichtigt, dass regelmäßig Zeit benötigt wird für Recherche, Lektüre und Auswertung von Fachliteratur. Die Pflegeleitung verlässt sich nicht allein auf die herkömmlichen Informationsquellen (einige abonnierte Fachzeitschriften, Treffen der Pflegeleitungen, Mitteilungen des Trägers/Spitzenverbandes) und nicht auf Zufallsbefunde, sondern übt das Recherchieren und findet neue Wege der Informationsbeschaffung. (Einige Anregungen hierzu bieten die Internet-Adressen in Kapitel 3.)
- Die Pflegeleitung verbringt einen Gutteil ihrer Arbeitszeit pflegenah, d. h. bei den Bewohner(n)/-innen und den Pflegemitarbeiter(n)/-innen. Sie ist dabei im Vorteil, wenn sie sich die physischen, arbeitsorganisatorischen und fachpraktischen Voraussetzungen einer gelegentlichen Mitarbeit in der Pflege – nicht als teuerste Aushilfe der Einrichtung, sondern in ihrer Funktion als Pflegeleitung – erhalten hat. Die Begleitung der Mitarbeiter/-innen in der direkten Pflege ist die einfachste Möglichkeit, zutreffende Informationen über die Situation in der Pflege zu erhalten und auf die Pflegenden unmittelbar Einfluss zu nehmen.

5.2 Entscheidungen zur Ausgestaltung des Pflegedokumentationssystems

In der im Auftrag des BMFSFJ durchgeführten bundesweiten Untersuchung von 29 Referenzheimen wurden als wesentliche Belastungsfaktoren für die Pflegemitarbeiter/-innen

- häufige Systemwechsel bzw. Veränderungen der Pflegedokumentation
- der Einsatz zahlreicher Zusatzelemente
- die Eigenentwicklung einzelner Elemente oder der gesamten Pflegedokumentation

identifiziert. Diese Befunde werden im Folgenden aufgegriffen.

■ **Systemveränderungen und Systemwechsel**

In der stationären Altenpflege wird die Lösung vorhandener Dokumentationsprobleme zu oft in der Veränderung (Austausch oder Ergänzung von Elementen) oder im Wechsel des Pflegedokumentationssystems gesucht. Es wird zuviel investiert in die Veränderung des Systems und zu wenig in die Weiterentwicklung des Dokumentierens im vorhandenen System.

Die Pflegeleitung, die von einer Fortbildung mit einer neuen Risikoerfassungsskala zurückkommt oder die bei einem Arbeitstreffen mit Kolleg(en)/-innen erfahren hat, dass die Heimaufsicht zum Einsatz eines bestimmten Zusatzelementes geraten hat, sollte darauf verzichten, dieses Element spontan der vorhandenen Pflegedokumentation hinzuzufügen. Stattdessen sollte sie prüfen, wo die im betreffenden Element zu erfassenden Informationen im derzeit angewandten System untergebracht werden können. Ergänzungen der vorhandenen Pflegedokumentation erfolgen jedoch auch im Wohnbereich selbst; dem sollte durch regelmäßige Kontrollen vorgebeugt werden. Jedes neue Element verändert die Dokumentationsregeln und verlangt den Pflegenden eine Umstellung ihrer Dokumentationspraxis ab. Mängel in der Dokumentation und Verdruss auf Mitarbeiterseite resultieren oft auch aus wiederholten und unbedachten „Schnellschüssen“ der Pflegeverantwortlichen.

Wenn ein/e Mitarbeiter/-in in der Wohnbereichsleitungs- oder Gerontopsychiatrie -Weiterbildung im Rahmen einer Projektarbeit ein neues Dokumentationssystem oder Teile dessen für den gerontopsychiatrischen Wohnbereich entwickelt hat, will er/sie es in der Regel auch praktisch anwenden. Dies und die Freude dieses Mitarbeiters/dieser Mitarbeiterin über das Produkt sind verständlich, jedoch nicht Grund genug, das vorhandene Dokumentationssystem zu ergänzen oder in einem Wohnbereich zu ersetzen. (Möglicherweise regt die Pflegeleitung beim Anbieter der Fortbildung die Vergabe von Projektarbeitsthemen an, die dem Aufgabenbild der Teilnehmer/-innen besser entsprechen.)

Ein nicht unwesentliches Kriterium für die Auswahl eines Anbieters von Pflegedokumentationssystemen ist dessen Umgang mit Veränderungen. Es sollte z.B. nicht hingenommen werden, dass bei der Nachbestellung eines Einlegeblattes kommentarlos dessen veränderte Neuauflage geliefert wird. Der Anbieter sollte zusagen können, dass er das ausgewählte Einlegeblatt langfristig liefern wird und dass er zwar über vorgenommene Veränderungen von Einlegeblättern informieren, jedoch nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Pflegeverantwortlichen den neuen Vordruck liefern wird.

Die Qualität der Vorbereitung einer Systemveränderung/eines Systemwechsels entscheidet maßgeblich darüber, wie bald erneute Veränderungen notwendig sein werden. Mindestens drei Jahre sollte ein Dokumentationssystem unverändert Bestand haben. Von der praktischen Erprobung einzelner Einlegeblätter oder eines ganzen Pflegedokumentationssystems in einem Teilbereich des Hauses zur Vorbereitung einer Entscheidung wird abgeraten, sie führt zu unnötigen Irritationen der Pflegenden. Es ist Aufgabe der Pflegeverantwortlichen, alle möglichen Dokumentationsanforderungen gedanklich zu antizipieren und ihre Auswahlentscheidungen daran auszurichten. Die Pflegemitarbeiter/-innen dürfen von ihrer Pflegeleitung erwarten, dass diese „zu Ende denkt“, bevor sie Pflegedokumentation verändert. Jede Pflegeleitung sollte mit Blick auf ihre Mitarbeiter/-innen Auswahlentscheidungen mit der notwendigen Sorgfalt vorbereiten und häufige sowie abrupte Richtungswechsel vermeiden.

Die EDV-gestützte Pflegedokumentation bietet, die angemessene technische Ausstattung der Wohnbereiche vorausgesetzt, Vorteile für die Pflegenden (z.B. Zeitersparnis bei der Überarbeitung der Pflegeplanung), fördert das vollständige Dokumentieren (z.B. durch den Hinweis auf zwingend erforderliche nächste Dokumentationsschritte) und liefert der Pflegeleitung zeitnah benötigte Daten (z.B. gebündelte Informationen über Stürze, Gewichtsverluste, Wunden u.a.m.). Aber gerade bei der Umstellung auf eine EDV-gestützte Pflegedokumentation werden oft Fehlentscheidungen getroffen, die nicht selten die Rückkehr zur manuellen Dokumentation zur Folge haben.

Anders als bei der manuellen Pflegedokumentation wird das EDV-Dokumentationssystem oft nicht aus Sicht und unter Beteiligung der Pflegeverantwortlichen ausgewählt, sondern aus der Perspektive der Verwaltung und von dieser bzw. von Heimleitung/Geschäftsführung. Ausschlaggebend ist oft ein vermeintlich günstiger Preis oder die Tatsache, dass bereits das Heimverwaltungsprogramm des betreffenden Anbieters angewendet wird. Fällt dabei die Wahl auf ein ungeeignetes oder noch nicht ausgereiftes Produkt, haben die Pflegeverantwortlichen Monate, zum Teil Jahre der (in der Regel kostenlosen) Entwicklungsarbeit für den Anbieter und der mangelhaften Dokumentation vor sich. Die Auswahl eines EDV-Dokumentationssystems muss anhand eines umfassenden Kriterienkatalogs erfolgen und durch Rückfragen bei Referenzeinrichtungen, Testinstallation und Probeanwendungen u.a.m. abgesichert werden.

Die Umstellung auf eine EDV-Pflegedokumentation wird gelegentlich mit der Hoffnung verbunden, dass diese die bei manueller Pflegedokumentation bestehenden Probleme lösen wird. Wenn z.B. die Pflegeplanung Schwierigkeiten bereitet, wird Erleichterung durch die Anwendung der Textbausteine des Programms erwartet. Doch hier gilt: Wer die manuelle Pflegedokumentation nicht beherrscht, wird in der EDV-Dokumentation erst recht scheitern. Im Prozess der Umstellung von der manuellen auf die elektronische Dokumentation verlagert sich das Interesse von dem Bemühen um die Verbesserung der Formulierungen und Vervollständigung der Inhalte auf die Bewältigung der Technik. Unterdessen sinkt die Qualität der Dokumentation weiter.

Der Prozess der Auswahl und Implementierung gerade auch einer EDV-gestützten Pflegedokumentation bedarf einer sorgfältigen inhaltlichen Vorbereitung und Begleitung sowie einer realistischen Maßnahmen-, Zeit- und Kostenplanung. Der Schulungsbedarf (allgemeine EDV-Schulung, Schulung zur Programmanwendung, Nachschulung nach einer Zeit der praktischen Anwendung, Schulung bei Up-Dates des Programms) wird oft unterschätzt und damit fehlkalkuliert. Der Zeitpunkt der Umstellung muss gut bedacht sein. Ein Handbuch sollte rechtzeitig erstellt werden und Grundlage der Schulungen sein. Zu klären und festzulegen sind weiter die Verantwortlichkeiten für den Prozess der Umstellung, die konkreten Arbeitsschritte und Sicherheitsvorkehrungen (z.B. kurzdauernde Paralleldokumentation).

■ **Einsatz von Zusatzelementen**

Seit rund sieben Jahren wird die Bürokratie in der Pflegedokumentation in der Fachöffentlichkeit unter allen erdenklichen Gesichtspunkten diskutiert und es wurden gangbare Wege zur Entbürokratisierung aufgezeigt. Dennoch berichten bei Abschluss der Arbeit an diesem Handbuch im Frühjahr 2007 die Anbieter von Pflegedokumentationssystemen über Nachfragen nach Zusatzelementen in bisher nicht gekanntem Ausmaß. Berater/-innen und Prüfer/-innen berichten über Pflegedokumentationen, die durch eine Vielzahl von Einlegeblättern (oft Eigenentwicklungen) aufgebläht sind.

Ein typisches Zusatzelement ist beispielsweise der Durchführungsnachweis Mundpflege. Auslöser für seinen Einsatz ist in der Regel ein Schlüsselerlebnis der Pflegeverantwortlichen, beispielsweise die Diagnose einer gravierenden vermeidbaren Munderkrankung, kritische MDK-Prüfergebnisse, Pflegevisitenergebnisse oder eine alarmierende Veröffentlichung. Die Pflegeleitung will sicherstellen, dass ihre Mitarbeiter/-innen die Mundpflege regelmäßig durchführen und sie will überprüfen können, ob dies geschieht. Dazu setzt sie den Durchführungsnachweis Mundpflege gezielt bei gefährdeten Bewohner(n)/-innen ein. Ist das Zusatzelement beim Anbieter des verwendeten Pflegedokumentationssystems nicht erhältlich, wird es selbst entwickelt. Das inhaltlich nicht neue, aber aktuell ins Bewusstsein der Pflegeleitung gerückte Pflegeproblem führt zu einem neuen Element in der Pflegedokumentation. Es ist überflüssig. Sinnvoller ist es, den Pflegenden Informationen und Fortbildung zum Thema Mundpflege anzubieten und dessen Berücksichtigung in der Pflegeplanung sicherzustellen. Sowohl die im Rahmen von Morgen- und Abendtoilette anzubietende als auch die z. B. bei Bewohner(n)/-innen mit PEG im Tagesverlauf häufiger erforderliche Mundpflege können in Pflegeplan und Leistungsnachweis ohne Mehraufwand dokumentiert werden. Bezweifelt die Pflegeleitung, dass die Mundpflege tatsächlich durchgeführt wird, hilft auch der Einzelnachweis nicht, nur gezielte Kontrollen sind hier Erfolg versprechend.

Wird von den Pflegeverantwortlichen selbst oder von externen Pflegefachkräften festgestellt, dass bei weitgehend immobilen Bewohner(n)/-innen, die den Tag teilweise im Bett und teilweise im Rollstuhl verbringen, keine 24-Stunden-Dokumentation erfolgt, sondern nur die Lagerungen im Bett geplant und pro-

tolliert werden, wird häufig ein Zusatzelement „Bewegungsprotokoll Rollstuhl“, in der Regel in Form einer Eigenentwicklung, eingeführt. Die Dokumentationslücke wird geschlossen, indem der Transfer vom Bett in den Rollstuhl und von dort zurück ins Bett, der Einsatz von Lagerungshilfsmitteln sowie die Veränderung der Sitzposition im Rollstuhl dokumentiert werden. Auch dieses Element ist entbehrlich. Übersichtlicher, besser auffindbar und weniger aufwendig sind dieselben Informationen integriert im Pflegeplan.

Das Zusatzelement „Durchführungskontrolle Hilfsmittel“ wird häufig eingesetzt, um die Reinigung und Instandhaltung von Rollstühlen, Rollatoren etc. sicherzustellen. Nimmt die Pflege und nicht die Hauswirtschaft diese Aufgabe wahr, ist zunächst zu überlegen, ob ein bewohnerbezogener Nachweis tatsächlich erforderlich ist. Wird dies bejaht, kann der Sachverhalt in die Pflegeplanung aufgenommen werden. In der Regel genügt es jedoch, durch geeignete organisatorische Vorkehrungen (Festlegung von Häufigkeiten und Zeiten, Kalkulation des Zeitbedarfs, Berücksichtigung im Dienstplan und in der Ablaufplanung) die regelmäßige Pflege der Hilfsmittel sicherzustellen.

In einem „Nachweis Sondennahrung“ werden die Nahrungs-/Flüssigkeitsvergabe, deren Unterbrechung, ggf. das Spülen der Sonde und ggf. die Ausfuhr in Früh-, Spät- und Nachtdienst dokumentiert. Der Nachweis ist verzichtbar. Der Umgang mit Sonden sollte in einem Standard geregelt sein, die Häufigkeit bzw. die Zeiten der Vergabe sind im Element Ärztliche Verordnung festgelegt. Als weitere Elemente genügen Pflegeplan, Leistungsnachweis und Pflegebericht.

Diese Beispiele mögen genügen. Die Pflegeleitung, die ihren Mitarbeiter(n)/-innen das Auffinden von Informationen in der Pflegedokumentation erleichtern und die Aufzeichnungen unaufwendig gestalten will, zwingt sich dazu, mit den in Kapitel 2 beschriebenen Elementen der Pflegedokumentation auszukommen. Stellt sie fest, dass eine Pflegesituation unzulänglich dokumentiert wird, prüft sie, ob die bereits bestehenden Dokumentationsregeln ausreichen. Ist dies der Fall, muss die Regeleinhaltung durch Anleitung und Kontrolle sichergestellt werden. Bei Bedarf erstellt sie neue Dokumentationsregeln, führt aber keine neuen Zusatzelemente ein. Dies ist, wenn dazu z. B. die Form der Pflegeplanung geändert werden muss, der für die Pflegeleitung anstrengendere, aber der fachliche richtige Weg. Hat die Pflegeleitung Grund zu der Annahme, dass ihre Mitarbeiter/-innen pflegerische Aufgaben, wie z. B. die Mundpflege, nicht oder nachlässig wahrnehmen, ist die Einführung eines Einzelnachweises kein geeignetes Mittel. Damit mag für einige Tage die Aufmerksamkeit der Pflegenden geweckt sein, aber mit der Einführung von Zusatzelementen kann pflegerischen Versäumnissen weder vorgebeugt noch beigegeben werden. Dies ist nur im direkten Kontakt mit Bewohner(n)/-innen und Pflegenden durch die Überprüfung der Pflegeergebnisse zu erreichen.

■ **Eigenentwicklungen**

Die Mehrzahl der Altenpflegeeinrichtungen arbeitet mit einem käuflichen Pflegedokumentationssystem. Vielerorts wird es ergänzt durch selbst entwickelte

Einlegeblätter, seltener wird das gesamte System selbst erarbeitet. Systemmodifikationen sind bei manuell geführter häufiger als bei EDV-gestützter Pflegedokumentation zu beobachten.

Die Eigenentwicklung einzelner Einlegeblätter wird von den Pflegeverantwortlichen damit begründet, dass man das betreffende Formular beim Anbieter entweder nicht oder nicht in der gewünschten Form erhalten könne. Wer selbst entwickelte Einlegeblätter einsetzt oder dies plant, sollte sich folgende Fragen stellen:

- Was soll mit dem betreffenden Einlegeblatt erreicht werden und wird es wirklich benötigt? Bei der überwiegenden Zahl der selbst entwickelten Einlegeblätter handelt es sich um verzichtbare Zusatzelemente, deren jeweilige Inhalte in der Kerndokumentation untergebracht werden sollten.
- Ist die inhaltliche Verknüpfung mit den übrigen Elementen der Pflegedokumentation gelungen und für die Pflegenden erkennbar?
- Ist das Ergebnis formal befriedigend, d. h. ist das Einlegeblatt so sorgfältig gestaltet wie die übrigen Elemente des Pflegedokumentationssystems? Improvisiert wirkende Einlegeblätter werden von den Mitarbeiter(n)/-innen, die sie nutzen sollen, erfahrungsgemäß nicht wahrgenommen oder nicht ernst genommen.
- Ist die gute Handhabbarkeit sichergestellt, d. h. passt das Formular z. B. vom Format her zur vorhandenen Pflegedokumentation?

Diese Fragen können selten positiv beantwortet werden.

Wer sich für eine Eigenentwicklung des gesamten Systems (für alle Bewohner/-innen oder für einen speziellen, z. B. den gerontopsychiatrischen Wohnbereich) entscheidet, führt dafür in der Regel mindestens eines der folgenden Argumente an:

- Mit einem selbst entwickelten Pflegedokumentationssystem werden sich die Pflegenden eher identifizieren als mit einem käuflich erworbenen System.
- Keines der angebotenen Pflegedokumentationssysteme entspricht den eigenen Ansprüchen. Neue Ideen können im selbst entwickelten System schneller umgesetzt werden.
- Die Eigenentwicklung ist kostengünstiger.

Die Stichhaltigkeit dieser Argumente ist zu prüfen.

Zur Frage der Akzeptanz: Der Kreis derjenigen Pflegenden in einer Einrichtung/bei einem Träger, die das Dokumentationssystem anwenden, ist immer beträchtlich größer als der Kreis derer, die es entwickelt haben. Die Pflegenden interessiert es in aller Regel kaum, ob das Dokumentationssystem intern oder extern entwickelt wurde; ihre Zustimmung findet es dann, wenn es übersichtlich, verständlich, kompakt und gut zu handhaben ist. Dies gilt umso mehr je länger die Einführung des Systems zurückliegt.

Zur Frage der Anforderungen an das System: Die Entwicklung eines eigenen Pflegedokumentationssystems nimmt ihren Ausgang bei dem bisher angewandten oder einem vergleichsweise positiv beurteilten System; in anderen

Fällen werden die Systeme mehrerer Anbieter systematisch ausgewertet und verglichen. Es werden diejenigen Anforderungen benannt, die das eigene Produkt zusätzlich erfüllen soll. Das Ergebnis von Eigenentwicklungen, die fachgerechtes Dokumentieren erlauben, muss diesen Vorlagen inhaltlich zwangsläufig in hohem Maße entsprechen. Es muss die gängigen Basis- und Zusatzelemente enthalten und auch bezüglich der aufzunehmenden Informationen ist der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum begrenzt. Vielen Eigenentwicklungen ist anzusehen, an welcher Vorlage sich die Erarbeiter/-innen letztlich orientierten, wobei sie dies in der Regel ursprünglich nicht beabsichtigten. Die Unterschiede finden sich bei Eigenentwicklungen in Details, deren Gestaltung die Verantwortlichen einen hohen Stellenwert einräumen.

Für fachkundige Außenstehende stellt sich dabei die Frage, ob die Vor- und Nachteile der Eigenentwicklung angemessen gewichtet wurden.

Wer sich für ein eigenes System entscheidet, sollte bedenken, dass er auch dessen Weiterentwicklung sicherstellen muss. Wer sich für das System eines qualifizierten Anbieters entscheidet, weiß, dass dessen Systementwickler/-in neue fachliche und rechtliche Entwicklungen kontinuierlich verfolgt, einarbeitet und darüber informiert. Der Kunde/die Kundin profitiert dabei außerdem von der Erfahrung der Fachleute mit unterschiedlichsten Praxissituationen und mit zahlreichen Prüfinstanzen. Die Mitarbeiter/-innen der Druckerei, in der die selbstentwickelten Vordrucke vervielfältigt werden, können dies nicht leisten. Verlässt diejenige Person, die die Eigenentwicklung betrieben hat, das Heim/den Träger, wird das System selten weiter gepflegt, sondern meist von dem/der Nachfolger/-in rasch durch ein am Markt erhältliches ersetzt. Regionale Arbeitskreise, in denen Pflegefach- und Leitungskräfte, z. B. eines Wohlfahrtsverbandes, gemeinsam ein Pflegedokumentationssystem entwickeln, bestehen in der Regel nicht fort und die Aufgabe der Weiterentwicklung wurde vorab nicht verbindlich zugeordnet. Die einzelne Pflegeleitung arbeitet in der Folge mit einem System, von dem sie weiß, dass es aktualisiert werden müsste, aber sie findet weder Zeit noch Mitstreiter/-innen, um dies zu tun.

Auf lange Sicht eher Erfolg versprechend erscheint eine andere Vorgehensweise:

- Es wird ein Katalog derjenigen Anforderungen erstellt, die das künftige System erfüllen muss.
- Die am Markt erhältlichen Dokumentationssysteme werden beschafft und anhand des erstellten Anforderungskatalogs bewertet und verglichen.
- Die von keinem geprüften System erfüllten Anforderungen werden bewertet: Welchen Stellenwert haben sie?
- Die Anbieter der beiden am besten beurteilten Dokumentationssysteme werden eingeladen und ihre Bereitschaft, das System den Kundenwünschen entsprechend zu modifizieren sowie die Konditionen werden erfragt.

Qualifizierte Anbieter sind zu Modifikationen bereit, beziehen aber Stellung, wenn sie diese für fachlich oder rechtlich fragwürdig halten. Der Kosten wegen kommen „Sonderanfertigungen“ in der Regel weniger für Solitäreinrich-

tungen, sondern eher für Träger mehrerer Einrichtungen in Frage. Auch wenn eine nicht nur im Detail modifizierte, sondern in ihren Grundstrukturen neue Pflegedokumentation gewünscht wird, empfiehlt sich aus den o. g. Gründen die Kooperation mit einer Fachfirma.

Zur Frage der Kosten: Wer die Eigenentwicklung, sei es die des einzelnen Einlegeblatts oder die eines gesamten Systems, für kostengünstiger hält als dessen Kauf, rechnet in aller Regel falsch. Der Arbeitszeitaufwand der an der Entwicklung, Pflege und laufenden Bereitstellung beteiligten Fach- und Leitungspersonen wird nicht oder nicht realistisch veranschlagt. Schon die Vervielfältigung eines Einlegeblattes auf farbigem Papier in der Heimverwaltung ist meist teurer als der Kauf des entsprechenden Vordrucks.

Auch wenn die Begründung stets anders lautet, die Entscheidung für eine Eigenentwicklung beruht selten auf der nüchternen Abwägung ihrer Vor- und Nachteile. Formulare und Systeme werden weit überwiegend deshalb selbst entwickelt, weil die Pflegeverantwortlichen diese Vorgehensweise der gedanklichen Aneignung und Prüfung eines bereits bestehenden fremden Systems vorziehen.

Nicht zuletzt mit Blick auf den Aufwand bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter/-innen erscheint es sinnvoll, die Zahl der in der stationären Altenpflege eingesetzten Systeme nicht um Eigenentwicklungen weiter zu vermehren, sondern stattdessen in die Weiterentwicklung der organisatorischen Rahmenbedingungen und der Dokumentationsregeln zu investieren.

5.3 Umgang mit Einflüssen von außen

▪ Einstufungsbegutachtung

In vielen Heimen wird die Pflegedokumentation aufgrund von Erfahrungen mit Einstufungsbegutachtungen verändert. Dazu ein Beispiel:

In der betroffenen Einrichtung enthält die Pflegeplanung eine handlungsleitende Tagesstruktur (24-Stunden-Plan). Die geplanten Maßnahmen und die Häufigkeit ihrer Durchführung werden mehrstündigen Zeitabschnitten zugeordnet. Erbrachte Leistungen werden en bloc nachgewiesen, Abweichungen vom Plan im Pflegebericht festgehalten und begründet.

Im konkreten Beispielfall erhält die Bewohnerin morgens ein Diuretikum. Der Pflegeplan sieht vor, dass sie zwischen 08.30 und 12.00 Uhr viermal zur Toilette begleitet wird. Der MDK-Mitarbeiter, der die Einstufungsbegutachtung durchführt, anerkennt diese Toilettengänge nicht. Er bezweifelt, dass die Häufigkeitsangaben im Pflegeplan zutreffen und vermisst den Einzelnachweis der Toilettengänge.

Eine mögliche und häufig zu beobachtende Reaktion auf eine solche Rückmeldung ist der umgehende Einsatz des Miktionsprotokolls zum Nachweis von Toilettengängen. Damit wird das Zusatzelement zweckentfremdet, Doppeldokumentation eingeführt und das Miktionsprotokoll künftig ohne Nutzen für die Pflege der Bewohnerin „für den Gutachter“ geführt.

Der Pflegeleitung, die ihre ursprünglichen Entscheidungen und Anweisungen in solcher Weise „vom Tisch fegen“ lässt, muss bewusst sein, dass der Schaden nicht auf das unnötige Führen von Miktionsprotokollen für alle potenziell betroffenen Bewohner/-innen begrenzt sein wird. Die Mitarbeiter/-innen erleben eindrücklich, dass die Pflegeleitung fachlich richtige und bislang verbindliche Anweisungen von Außenstehenden in Frage stellen und entwerfen lässt und sie nicht verteidigt. Wie richtig, wichtig und verbindlich mögen die sonstigen Anweisungen der Pflegeleitung sein?

Mit mehr Anstrengung verbunden, aber sachlich angemessen und erwiesenermaßen langfristig erfolgreicher ist eine andere Vorgehensweise.

Die Pflegeleitung, die in der Regel nicht selbst an Einstufungsbeurteilungen teilnimmt, stellt sicher, dass sie von den Wohnbereichsleitungen bzw. beteiligten Pflegefachkräften über relevante Aussagen von Gutachter(n)/-innen informiert wird. Im Beispielfall nimmt sie Kontakt mit dem Gutachter auf und stellt ihm Informationen über das im Haus angestrebte Pflegedokumentationssystem (Mustermappe) und die geltenden Dokumentationsregeln (Handlungsanleitung) zur Verfügung. (Es hat sich bewährt, dies nicht erst im Konfliktfall, sondern vorab anzubieten, zumal viele Gutachter/-innen immer wieder ins Haus kommen.)

In Bezug auf die aktuell durchgeführte Begutachtung erläutert sie,

- in welchen Elementen der Pflegedokumentation die relevanten Informationen zu finden sind (Ärztliche Verordnung, Pflegeplanung, Leistungsnachweis, Pflegebericht).
- dass das Miktionsprotokoll nicht als zweiter Leistungsnachweis geführt, sondern stets zeitlich begrenzt und mit dem Ziel eingesetzt wird, für die Bewohner/-innen (weitgehend) Kontinenz zu erreichen.
- dass die hausinternen Vorgaben zum Umgang mit den Elementen der Pflegedokumentation für die Mitarbeiter/-innen verbindlich sind und der Pflegeplan eine verpflichtende Arbeitsvorgabe darstellt.

Die Pflegeleitung erwägt hier nicht, die Dokumentationsregeln zu ändern, sondern sie sieht den Informationsbedarf des Gutachters. Zwar ist es seine Aufgabe, die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zu beurteilen und nicht das Pflegedokumentationssystem, aber der Gutachter soll dieses verstehen. Sie spricht ihn sachbezogen und fachlich selbstbewusst an. Sie weiß, dass der MDK-Mitarbeiter seine u. U. kostenträchtigen Entscheidungen vertreten können muss und bedenkt, dass er in seiner Arbeit immer wieder auch mit undurchsichtigen und unwahren Angaben konfrontiert wird, deshalb setzt sie auf vertrauensbildende Maßnahmen.

Wie dieser MDK-Mitarbeiter wird die Mehrzahl der Gutachter/-innen, so angesprochen, letztlich positiv reagieren und ihre Vorgehensweise überdenken.

Wird keine Annäherung erreicht, sollte die Pflegeleitung dem/der Gutachter/-in gegenüber darstellen, welchen nächsten Schritt sie vorhat und diesen dann auch tun. Er kann bestehen in einem Anschreiben an die zuständige

Landesgeschäftsstelle des MDK und sollte unter Bezugnahme auf den konkreten Fall enthalten

- die Darstellung der Dokumentationspraxis: Die Maßnahmen, Häufigkeiten und Zeiten sind konkret geplant (Tagesstruktur im Pflegeplan). Sie sind plausibel (Medikation, ersichtlich im Element Ärztliche Verordnung). Den Leistungsnachweis erbringt die durchführende Pflegeperson en bloc für den Zeitraum von 08.30 bis 12.00 Uhr (Zeitabschnitt nach Morgentoilette/Frühstück bis Mittagessen). Abweichungen vom Pflegeplan weist sie im Pflegebericht aus.
- die Aussagen des Gutachters: Er bezweifelt, dass die im Pflegeplan festgelegten und im Leistungsnachweis bestätigten Toilettengänge durchgeführt werden. Er würde sie akzeptieren, wenn sie in einem Miktionsprotokoll nachgewiesen würden.
- die Darstellung des derzeitigen Einsatzes von Miktionsprotokollen: Zeitlich befristet mit dem Ziel der Erhaltung/Wiederherstellung von Kontinenz, nicht dauerhaft als zweiter Leistungsnachweis.
- den Hinweis darauf, dass keine Vorschrift bekannt ist, nach der so zu dokumentieren ist wie vom Gutachter gefordert.
- den Hinweis darauf, dass die Dokumentationsregeln für die Mitarbeiter/-innen verbindlich sind. Wenn Angaben in Pflegeplan und Leistungsnachweis vom Gutachter in Frage gestellt werden, ist nicht erkennbar, weshalb dieser dann Angaben im Miktionsprotokoll trauen sollte.
- die Bitte um zeitnahe Stellungnahme.

Der Gutachter selbst sollte das Schreiben nachrichtlich erhalten. Bleibt eine Antwort aus bzw. ist keine Einigung möglich, kann z. B. der MDS in die Anfrage einbezogen werden.

Beide Schritte sollten mit der vorgesetzten Stelle bzw. dem Träger abgestimmt werden.

■ **Prüfsituationen**

Erfolgreiche Pflegeleitungen zeigen im Umgang mit den Prüfinstanzen MDK und Heimaufsicht sowie gegenüber externen Pflegeberater(n)/-innen andere Verhaltensweisen als ihre fachlich und/oder leitungsbezogen unsicheren Kolleg(en)/-innen. Sie begegnen den Prüfenden „auf Augenhöhe“ und erleben sie vor allem als Beratende. Sie vergessen zu keinem Zeitpunkt, dass es die Pflegeleitung ist, die in ihrer Einrichtung die Stimmigkeit von dokumentationsbezogenen Entscheidungen und die Qualität der Pflegedokumentation verantwortet. Umgekehrt schätzen die meisten Prüfpersonen fachlich ebenbürtige Pflegeleitungen und beschreiben die Zusammenarbeit dann als sachbezogen, unaufwendig und konstruktiv, „wenn man in der selben Liga spielt“.

Die erfolgreiche Pflegeleitung gestaltet die Zusammenarbeit mit den Prüfinstanzen aktiv – zugehend. Sie stellt MDK und Heimaufsicht vor oder in Prüfsituationen oder auch ohne konkreten Anlass Informationen über das Pflegedokumentationssystem und die Dokumentationsregeln zur Verfügung (Vorab-Zusendung oder Aushändigen von Mustermappe und Handlungsanleitung).

Dieser „Service“, der den Dialog mit den Prüfinstanzen erleichtern und qualifizieren soll, darf nicht verwechselt werden mit Handlungsweisen, die aus einer Haltung des voreilenden Gehorsams erwachsen (z. B. Einholen der Zustimmung von MDK oder Heimaufsicht vor Veränderungen der Dokumentation, Anpassung der Dokumentation an die Vorstellung des/der Prüfenden). Solche Strategien stehen eher für die Absicht, sich zu entpflichten, anstehende Leitungsentscheidungen an Prüfinstanzen abzugeben und sich das mühsame fachliche Argumentieren gegenüber Mitarbeiter(n)/-innen zu ersparen durch den Hinweis, der MDK oder die Heimaufsicht fordere diese Form der Dokumentation. Dieser Weg mag bequem erscheinen, schwächt aber die Position der Pflegeleitung und die erhoffte Sicherheit ist oft schon beim Wechsel des zuständigen Mitarbeiters/der zuständigen Mitarbeiterin bei MDK oder Heimaufsicht dahin. Vielfach steht dahinter auch das Bedürfnis, die Harmonie nach innen wie nach außen aufrecht zu erhalten: Nach außen wird gegenüber dem MDK Anpassungsbereitschaft signalisiert, nach innen der Schulterschluss mit den Mitarbeiter(n)/-innen gesucht. Ein fachlicher Gesichtsverlust nach beiden Seiten ist dabei kaum zu vermeiden.

Die erfolgreiche Pflegeleitung nimmt angekündigte Prüfungen durch MDK oder Heimaufsicht ernst, geht jedoch gelassen damit um und vermittelt diese Haltung auch ihren Mitarbeiter(n)/-innen. Sie bereitet sich auf die Prüfung sorgfältig vor und hält auch ihre Mitarbeiter/-innen dazu an. Auf aufwendige Kontrollaktionen unmittelbar vor der externen Prüfung und auf hektische Nachbesserungsarbeiten an der Pflegedokumentation kann sie verzichten, weil sie kontinuierlich prüft, Rückmeldung gibt und Dokumentationsmängel beheben lässt. Sie zeigt damit den Pflegenden, dass das Dokumentieren zum Pflegealltag gehört und sie gewöhnt sie an Prüfsituationen. Die Pflegeleitung dagegen, die erst unmittelbar vor angekündigten externen Prüfungen die Pflegedokumentation gründlich in Augenschein nimmt, von ihren Befunden überrascht wird, deshalb klagt, tadelt, droht und Sofortmaßnahmen anordnet, bringt sich selbst und ihre Mitarbeiter/-innen in eine fachlich wie emotional ungünstige Ausgangslage für die externe Prüfung und vermittelt nebenbei, überspitzt formuliert, die Botschaft: Dokumentiert wird für die Prüfer/-innen.

Mündliche Aussagen der Prüfenden zur Pflegedokumentation nimmt die erfolgreiche Pflegeleitung zunächst zur Kenntnis. Kritik, die sie für berechtigt und Änderungsvorschläge, die sie zumindest für bedenkenswert hält, greift sie sofort auf, ansonsten wartet sie in Ruhe den Prüfbericht ab, denn längst nicht alle mündlich benannten Forderungen finden sich dort in Form von Empfehlungen oder gar Auflagen wieder.

Im Bedarfsfall widerspricht sie und sucht die fachliche Auseinandersetzung. Dazu drei Beispiele:

- Die MDK-Prüferin beanstandet, dass die Anamnese den Zustand der Bewohner/-innen bei Einzug und nicht ihren aktuellen Zustand beschreibt. Sie fordert die regelmäßige Neuschrift der Anamnese und will die Pflegeplanung anhand der Anamnese prüfen können. Stattdessen muss sie Einblick in die Bewohnerakte nehmen, um den Pflegeverlauf anhand abgelegter

Pflegeplanungen und Pflegeberichte nachvollziehen zu können. Die Forderung, dass die Pflegeanamnese den aktuellen Zustand der Bewohner/-innen darstellen soll, findet sich zwar in der MDK-Prüfanleitung, sie wird jedoch dadurch nicht zu einer verbindlichen Vorgabe. Nachteile für die Pflege der Bewohner/-innen ergeben sich durch den Verzicht auf die Neuschrift und die Beschränkung auf die Anpassung des Pflegeplans nicht und die Pflegeleitung kann ihren Mitarbeiter(n)/-innen den damit verbundenen Aufwand ersparen.

- Ein Mitarbeiter der Heimaufsicht stellt Forderungen zur Häufigkeit von Eintragungen im Pflegebericht auf und verknüpft dabei die Eintragungshäufigkeit mit der Pflegestufe. So soll z. B. bei Bewohner(n)/-innen der Pflegestufe III täglich in Früh-, Spät- und Nachtschicht ein Eintrag im Pflegebericht erfolgen, für Bewohner/-innen der Pflegestufen II und I werden entsprechend geringere Eintragungshäufigkeiten pauschal festgelegt. Derartige Vorgaben – die andernorts nicht selten die Pflegeleitung selbst formuliert – entbehren jeder pflegfachlichen Grundlage und es gibt keinen Grund, ihnen nachzukommen. Die Pflegeleitung sollte durchaus an ihrer Regelung festhalten, dass Eintragungen im Pflegebericht bewohner- und situationsabhängig erfolgen, beispielsweise bei Abweichungen vom Pflegeplan, bei aktuellen Problemen und Veränderungen, und dass ein zusammenfassender ausführlicher Eintrag jeweils beim Wechsel der Bezugspflegekraft erfolgt. Werden die Pflegenden zu turnusmäßigen Eintragungen in den Pflegebericht gezwungen, verliert dieser zwangsläufig an Gehalt und Qualität.
- Die vom Heimträger mit einer Qualitätsprüfung beauftragte externe Pflegeberaterin beanstandet, dass die Braden-Skala bei einem dekubitusgefährdeten Bewohner seit Monaten nicht angewandt wurde und fordert den turnusmäßigen Einsatz im 4-Wochen-Rhythmus.

In der Einrichtung gilt die Regel, dass die Braden-Skala eingesetzt wird, sobald die Dekubitusgefährdung eines Bewohners/einer Bewohnerin erkennbar ist. Der Handlungsbedarf wird ermittelt und Pflegemaßnahmen werden geplant. Sind sie geeignet, entsteht kein Dekubitus. Die Skala wird erst dann wieder angewandt, wenn neue Risikofaktoren auftreten (z. B. Immobilität, Fieber, Schwitzen) und die Pflegeplanung überarbeitet werden muss.

Die Pflegeleitung entscheidet sowohl pflegfachlich als auch führungsbezogen angemessen, wenn sie den Pflegenden die Kenntnis der Risikofaktoren, die Beobachtung des Bewohners/der Bewohnerin und den situationsentsprechenden Einsatz der Skala abverlangt und sie damit fachlich fördert. Wird die Skala in festgesetzten Intervallen eingesetzt, kann dies zu früh oder zu spät sein und die Pflegenden werden zu einem schematischen Bearbeiten der Pflegedokumentation angeregt. Die Pflegeleitung tut gut daran, dem Rat der Pflegeberaterin nicht zu folgen.

Viele Pflegeleitungen geben jedoch selbst Intervalle z. B. zur Anwendung von Skalen vor, weil sie der Fachlichkeit und/oder Verlässlichkeit der Pflegenden nicht trauen. Das Misstrauen mag oft berechtigt sein, es wird jedoch der falsche Weg gewählt. Die angestrebte Sicherheit ist in Wahrheit

eine Scheinsicherheit, der Dokumentationsaufwand ist unnötig hoch und die Fachlichkeit der Pflegenden wird nicht herausgefordert. Erfolgversprechend ist dagegen der regelmäßige Dialog mit den Pflegenden über Pflegeprozess und Pflegedokumentation zum Beispiel auf der Basis der Ergebnisse der Überprüfung der Pflegedokumentation und der Durchführung von Pflegevisiten.

Die Annahme mancher Pflegeleitung, fachlich begründeter Widerspruch – nicht zu verwechseln mit dem persönlichen Kräftemessen oder Machtspielen zwischen Pflegeleitung und Prüfperson – führe zu Nachteilen, z. B. in Form vertiefter oder ausgeweiteter Prüfungen, und Nachgiebigkeit stimme die Prüfenden milde, wird durch praktische Erfahrungen widerlegt. Die Pflegeleitung, die sich schont, indem sie unangemessene Dokumentationsanforderungen widerstandslos annimmt und ohne Überzeugung mit Verweis auf Heimaufsicht oder MDK an ihre Mitarbeiter/-innen weiter gibt, kommt ihrer Aufgabe nicht nach. Die Pflegeleitung sollte sich selbst dazu verpflichten, gegenüber den Pflegenden jede Dokumentationsregel pflegefachlich zu begründen, ihnen unnötigen Dokumentationsaufwand zu ersparen und so die Identifikation mit der Pflegedokumentation zu ermöglichen.

Die erfolgreiche Pflegeleitung ereifert sich nicht vor oder gemeinsam mit ihren Mitarbeiter(n)/-innen über externe Prüfungen, Prüfer/-innen und Prüfberichte, sondern trägt zur Versachlichung und Beruhigung der Situation vor, während und nach der Prüfung bei. Sie äußert sich den Pflegenden gegenüber z. B. nicht verärgert oder enttäuscht über den Prüfbericht, weil dieser lediglich die kritikwürdigen Aspekte aufgreift, denn sie weiß: „Was nicht beanstandet wird, ist in Ordnung“. Viel mehr informiert sie ihre Mitarbeiter/-innen darüber, dass die Prüfenden sich mündlich zu etlichen Aspekten der Arbeit anerkennend geäußert haben. Die Aufregungsbereitschaft ist in vielen Pflegeteams hoch und muss nicht von Leitungsseite neue Nahrung erhalten. Geeignete Gesprächspartner/-innen, denen die Pflegeleitung ihre Prüferfahrungen schildern, mit denen sie diese reflektieren und bei denen sie bei Bedarf „Dampf ablassen“ kann, sind dagegen ihre Kolleg(en)/-innen und Vorgesetzten.

■ **Beschwerden von Angehörigen**

Gelegentlich sind Beschwerden von Angehörigen oder Betreuer(n)/-innen Auslöser für den Einsatz von Zusatzelementen. Ein Beispiel:

Eine Angehörige moniert immer wieder das ihrer Ansicht nach verstaubte Bettgestell und die unsaubere Bettwäsche ihrer Mutter. Sie richtet diese Beschwerde zunächst an die Pflegenden, dann nacheinander an die Wohnbereichsleitung, die Pflegeleitung und die Heimleitung. Die Pflegeleitung ordnet schließlich entnervt an, dass ein Hygieneblatt geführt und darin dokumentiert wird, wann und von wem das Bettgestell abgewaschen und die Bettwäsche teilweise oder vollständig gewechselt wurde. So könne man der Angehörigen beweisen, dass die Leistungen erbracht wurden.

Die Pflegedokumentation wird in Folge dieser Entscheidung erweitert und das Problem wird nicht gelöst. Die Angehörige kann weiterhin den Zustand von Bett

und Bettwäsche kritisieren, die Aufzeichnungen ignorieren oder anzweifeln oder sich einem neuen Beschwerdegrund zuwenden.

Eine erfolgreiche Pflegeleitung wird nicht versuchen, das Problem durch Aufzeichnungen zu lösen. Sie wird gemeinsam mit der Wohnbereichsleitung sicherstellen, dass kein Anlass zu berechtigter Klage besteht. Sie wird einschätzen, ob die Beschwerde tatsächlich dem Zustand von Bett und Bettwäsche gilt oder Ausdruck einer misslungenen Kommunikation zwischen der Angehörigen und den Pflegenden oder eines gestörten Vertrauensverhältnisses ist. Beidem ist mit den Mitteln des Beschwerdemanagements zu begegnen und nicht mit den Mitteln der Pflegedokumentation.

■ **Vorgesetzte und Träger**

Von ihrem/ihrer direkten Vorgesetzten und den Verantwortlichen auf Trägerebene erwartet die Pflegeleitung auch im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation aktive Unterstützung, Rückendeckung und qualifizierte Entscheidungen.

Sie braucht ihre Vorgesetzten, wenn sich im Rahmen von Einstufungsbegutachtungen, MDK-Qualitätsprüfungen oder Prüfterminen der Heimaufsicht ein fachlicher Dissens zwischen Pflegeleitung und Prüfpersonen ergibt, der nur mit Beharrlichkeit und Nachdruck seitens des Heims behoben werden kann.

Sie erwartet von ihren Vorgesetzten, über den u. U. kostenträchtigen Wechsel des Dokumentationssystems selbst entscheiden zu können, zumindest aber maßgeblich an der Entscheidung beteiligt zu sein.

Sie braucht ihre Vorgesetzten, um sich notfalls von einer Pflegefachkraft trennen oder sie als Hilfskraft weiterbeschäftigen zu können, wenn der/die betreffende Mitarbeiter/-in ihrem Ausbildungsabschluss und allen heiminternen Qualifikationsbemühungen zum Trotz nicht willens oder imstande ist, Pflegepläne zu erstellen und zu evaluieren geschweige ebenso wie ihre Fachkolleg(en)/-innen die Verantwortung für die Pflegedokumentationen einer Gruppe von Bewohner(n)/-innen zu übernehmen.

Die direkten Vorgesetzten der Pflegeleitung kommen keineswegs immer aus der Pflege und auf Trägerebene finden sich meist nur in größeren Unternehmen pflegefachliche Ansprechpartner/-innen. Pflegeleitungen beschwerten sich immer wieder darüber, dass der Träger selbst zur Bürokratie in der Pflegedokumentation beitrage, indem er aus einem für ihn eindrücklich negativen Erlebnis in einer Einrichtung Anweisungen für alle seine Einrichtungen ableite. (Ein skurriles, jedoch nicht erfundenes Beispiel: Der Träger ordnet, weil er „so etwas nie wieder erleben will“ für alle seine Einrichtungen die Erhebung des Mund-/Zahnstatus' bei allen neu einziehenden Bewohner(n)/-innen an. Auslöser ist die Klageandrohung der Angehörigen eines Bewohners mit einer gravierenden Munderkrankung, wobei die Leistungen der zuständigen Pflegenden nicht nachvollzogen werden können.) Manche Pflegeleitung sieht sich „im Regen stehen gelassen“, wenn der Träger darauf beharrt, dass Empfehlungen

von Prüfinstanzen, seien sie sinnvoll oder nicht, in jedem Fall „sicherheitshalber“ Folge zu leisten ist.

Die erfolgreiche Pflegeleitung hilft sich selbst und ihren Mitarbeiter(n)/-innen, indem sie problematische Anweisungen nicht einfach umsetzt, sondern für die von ihr als richtig erachteten Lösungen kämpft. Dazu ist es erforderlich, dass sie ihren Vorgesetzten konkret aufzeigt, was es praktisch bedeutet, „bloß dieses eine Einlegeblatt“ der Heimaufsicht zuliebe zu führen oder die dokumentationsunwillige Altenpflegerin „mitzutragen und eben anders einzusetzen“. Der von ihr abgelehnten Vorgehensweise wird sie eine konkrete, mit belastbaren Argumenten begründete und ggf. auch für nicht pflegerisch ausgebildete Vorgesetzte verständliche Alternative entgegensetzen. Bei Bedarf wird sie den Vorgesetzten zusätzlich Sicherheit verschaffen, indem sie eine Veröffentlichung zum Thema zur Verfügung stellt oder den Gesprächskontakt herstellt zu einem anderen Träger, einer anderen Pflegeleitung oder einem Pflegeberater/einer Pflegeberaterin, bei denen sich die Vorgesetzten vergewissern können, die richtige Entscheidung zu treffen. Und sie bedenkt auch dies: Bei manchen Heimleiter(n)/-innen und Trägervertreter(n)/-innen hat das in der Vergangenheit uneingeschränkte Vertrauen in die Pflegeleitung in den letzten Jahren gelitten. Die Pflegeleitung, die ihren Vorgesetzten über Jahre hinweg den Eindruck vermittelt hat, ihren Zuständigkeitsbereich fachlich, organisatorisch und führungsbezogen „im Griff“ zu haben, erschien ihnen nach externen Prüfungen in anderem Licht. Vertrauen und Rückendeckung ihrer Vorgesetzten muss sich die Pflegeleitung daher mancherorts erst wieder erarbeiten.

6: Schlussbemerkung

Dieses Handbuch erfüllt seinen Zweck, wenn es

- der Pflegeleitung die Bestandsaufnahme zur Pflegedokumentation in ihrem Zuständigkeitsbereich erleichtert
- der Pflegeleitung Sicherheit vermittelt bei der Auswahl und Ausgestaltung des Pflegedokumentationssystems und der Festlegung von Dokumentationsregeln
- der Pflegeleitung hilft, ihr Leitungshandeln zu reflektieren und nach innen wie außen fachliche Standfestigkeit zu beweisen
- aufzuzeigen hilft, dass das Dokumentieren kein gegen die praktische Pflege gerichtetes Tun ist, sondern dass Pflegen und Dokumentieren zwei Teile ein und derselben Aufgabe sind
- das Interesse der Pflegeleitung an dem für sie oft verdrießlichen Thema Pflegedokumentation wieder neu weckt
- dazu beiträgt, die Diskussion um die „Bürokratie“ in der Pflegedokumentation zum Abschluss zu bringen.

Die Autorinnen und die die Handbucherstellung begleitenden Pflegeexpert(en)/-innen hoffen, dass diese Ziele aus Sicht der Leser/-innen trotz der notwendigen thematischen Beschränkungen weitgehend erreicht wurden.

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
Rochusstr. 8-10
53123 Bonn
Tel.: 0 18 88/5 55-0
E-Mail: poststelle@bmfsfj.bund.de
Internet: www.bmfsfj.de

Autorinnen:

Angelika Mahlberg-Breuer, Pflegeberaterin
Altenpflegerin und Dipl. Pflegemanagerin (FH)
Ursula Mybes, Organisationsberaterin
Dipl. Haushaltswissenschaftlerin

Büro Ursula Mybes
Grundlagenarbeit, Beratung und Fortbildung für die Praxis der Altenhilfe
Kolumbahauss
Glockengasse 2a
50667 Köln
Tel.: 0221/9 32 20 51
E-Mail: info@buero-mybes.com

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 0 18 05/77 80 90*
Fax: 0 18 05/77 80 94*
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Internet: www.bmfsfj.de

Stand:

März 2007

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 0 18 01/90 70 50**
Fax: 0 30 18/5 55 44 00
Montag–Donnerstag 7–19 Uhr
E-Mail: info@bmfsfj-service.bund.de

* jeder Anruf kostet 12 Cent pro Minute
** nur Anrufe aus dem Festnetz, 3,9 Cent
pro angefangene Minute