

aerzteblatt.de

02.05.2014

POLITIK

Entbürokratisierung in der Pflege: Konkrete Projekte versprechen Entlastung

Köln - Dtsch Arztebl 2014; 111(18): A-773 / B-665 / C-633 - Ankowitsch, Eugenie; Osterloh, Falk

Viele Pflegekräfte empfinden ihre Dokumentationspflichten als Belastung. Mit Hilfe eines neuen Systems will das Bundesgesundheitsministerium den Aufwand reduzieren. Zudem wollen Heimaufsicht und Krankenkassen bei der Prüfung von Pflegeheimen künftig besser kooperieren.

Der bürokratische Aufwand in der Pflege soll sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mit dem neuen Dokumentationssystem SIS verringert werden. Foto: mauritius images

Es bewegt sich etwas in der Pflege. Nachdem es seitens der Politik jahrelang bei Ankündigungen und Absichtserklärungen geblieben ist, folgt derzeit ein Vorhaben dem nächsten. Anfang April hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) einen Referentenentwurf für den ersten Teil der Pflegereform vorgelegt; zugleich gab er zusammen mit der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer, den Startschuss für die Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Mitte April dann einigten sich Bund und Länder darauf, Anfang kommenden Jahres sowohl ein Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auf den Weg zu bringen als auch das lang erwartete Gesetz zur Vereinheitlichung der Pflegeausbildung.

Und nun hat ebenfalls die Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege, Elisabeth Beikirch, ihren Abschlussbericht zu einem Modellprojekt vorgelegt, mit dem Dokumentationspflichten in der Pflege reduziert werden sollten. Ziel war es, heute verwendete Dokumentationsmodelle, allen voran die Strukturierungshilfe "Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens", durch eine "Strukturierte Informationssammlung" (SIS) abzulösen (Kasten).

Dieses neue Konzept wurde zwischen Oktober 2013 und Januar 2014 in 26 stationären Pflegeeinrichtungen sowie von 31 ambulanten Pflegediensten in fünf Testregionen in den Ländern Brandenburg, Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen erprobt. Ergebnis: "Die Pflegedokumentation wird mehrheitlich nunmehr nicht mehr als Belastung erlebt, sondern als ein praxistaugliches Instrument zur Sicherstellung der Information untereinander sowie zur Darlegung und der Weiterentwicklung qualitativ guter Pflege", heißt es in dem Abschlussbericht. Vor dem Projekt hätten die Teilnehmer angegeben, dass "die umfangreichen Dokumentationen kaum noch wirklich gelesen würden". Im Anschluss erklärten vier von fünf Teilnehmern, SIS habe zu einer Erleichterung der eigenen Arbeit geführt. Als Gründe dafür wurden angegeben: "Steigerung von Motivation und Zufriedenheit sowie Effizienz durch Reduzierung auf wesentliche Inhalte

(Zeitersparnis)", "Erleichterung durch Maßnahmenpläne", "Austausch im Team über Pflegeplanung angeregt" und "Betonung der eigenen Fachlichkeit".

Insgesamt könne festgestellt werden, dass die erprobte Grundstruktur eine "sehr gute Grundlage zur Ausrichtung einer standardisierten Pflegedokumentation biete und trotzdem vielfältige Varianten zulasse", heißt es resümierend im Abschlussbericht. Ein weiteres, "breit angelegtes" Modellvorhaben sei nun nicht mehr nötig. Stattdessen wird eine "bundes- und landesweite Implementierungsstrategie" empfohlen, die über einen Zeitraum von zwei Jahren auf diesen beiden Ebenen zentral gesteuert und begleitet werden soll.

Gröhe: Die Erfahrungen nun in die Fläche bringen

Im Anschluss an das Modellprojekt haben der GKV-Spitzenverband sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ein Beschlussverfahren eingeleitet, mit dem die Ergebnisse des Berichts umgesetzt werden sollen. "Nun geht es darum, die Erfahrungen aus dem Projekt in die Fläche zu tragen", sagte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). "Ich freue mich über die große Bereitschaft aller Beteiligten, den begonnenen Prozess fortzusetzen."

Neben einer überbordenden Dokumentation wurde in der Vergangenheit häufig auch kritisiert, dass sich die Aufsichtsinstanzen von Pflegeeinrichtungen bei ihren Kontrollen zu wenig absprechen. Schon die Liste der prüfberechtigten Institutionen ist lang: Sie reicht vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) über die staatliche Heimaufsicht und die Unfallversicherungsträger bis hin zur Gewerbeaufsicht und dem Gesundheitsamt.

Zwei Drittel der geprüften Qualitätskriterien sind gleich

Die am weitesten gehenden Prüfaufträge haben der MDK und die Heimaufsicht. Der Paritätische Landesverband Baden-Württemberg hat im Jahr 2012 die entsprechenden gesetzlichen Prüfkriterien miteinander verglichen. Ergebnis: Zwei Drittel der Qualitätskriterien sind nahezu identisch. Im Bereich der Strukturqualität gab es mit fast 90 Prozent die meisten Übereinstimmungen. Die einzelnen Fragen seien in den Prüfanleitungen lediglich anders formuliert und strukturiert, so der Paritätische Landesverband. Bei der Ergebnisqualität seien zudem 75 Prozent der Kriterien gleich, bei der Prozessqualität etwa 40 Prozent. Und auch mit anderen Aufsichtsbehörden ließen sich Überschneidungen finden.

Bereits 2005 hat die Arbeitsgruppe Entbürokratisierung des Runden Tisches Pflege nachdrücklich empfohlen, die Prüfinhalte der Aufsichtsinstanzen eindeutig abzugrenzen und aufeinander abzustimmen. So sollten die Bereiche Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz, Sicherheitstechnik und Trinkwasser bei einer Behörde zusammengefasst oder zumindest von der Heimaufsicht koordiniert werden. Passiert ist seitdem wenig. Dennoch gibt es einzelne Initiativen, die eine Kooperation der Prüfinstanzen in Gang bringen wollen.

So starteten etwa die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2011 einen

Gesprächsprozess zu Kooperationen von Aufsichts- und Prüfinstitutionen in der Pflege. Diese Gespräche mündeten 2012 in die Gründung eines Arbeitskreises "Kooperatives Aufsichtshandeln". "Das Ziel ist unter anderem, an einem gemeinsamen Prüf- und Beratungsverständnis zu arbeiten, Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation zu überprüfen und thematische Schnittstellen zu identifizieren. Auch durch Kooperationen im Tagesgeschäft können wir zur Entbürokratisierung beitragen", erklärte Erhard Weiß, BGW-Beauftragter für gesundheitspolitische Kooperationen, dem Deutschen Ärzteblatt.

Heimaufsicht und MDK stimmen Prüftermine ab

Der Arbeitskreis soll die Erfahrungen einzelner Initiativen sammeln und neue regionale Kooperationen anstoßen - beispielsweise im Bodenseekreis. "Zunächst haben die einzelnen Instanzen ihren jeweiligen Prüfauftrag genau erfasst und bei einem Treffen im Februar 2014 den anderen Beteiligten vorgestellt", erläuterte Patricia Gallé-Moßmann, Sachbearbeiterin bei der Heimaufsicht im Bodenseekreis. Dabei seien einige Schnittstellenthemen deutlich zutage getreten.

Um einen Dialogprozess mit ansässigen Unternehmen zu starten und deren Anregungen und Wünsche an die Aufsichtsinstanzen aufzunehmen, soll im Mai ein weiteres Treffen stattfinden. Geplant ist zudem eine Online-Plattform, die den Austausch zwischen den Behörden verbessern soll. Auf dieser Plattform könnten die einzelnen Instanzen beispielsweise ihre Termine oder ihre Prüfergebnisse sichtbar machen. Ein genaues Konzept wird laut Gallé-Moßmann derzeit noch erarbeitet.

Eine Kooperation zwischen Heimaufsicht und MDK finde jedoch bereits heute statt, zum Beispiel bei der Abstimmung der Prüftermine. "Wir haben vereinbart, dass wir möglichst einen Abstand von vier Monaten zwischen den Prüfungen einhalten, so dass es zu keiner übermäßigen Belastung in den Einrichtungen kommt", betonte die Vertreterin der Heimaufsicht. Bei Überschneidungen in den Prüfverfahren seien den Institutionen aber oftmals die Hände gebunden. "Prüfkataloge haben eine gesetzliche Grundlage. Eine Institution kann nicht einfach auf einen Teil mit der Begründung verzichten, dass es eine andere Instanz macht", erläuterte Gallé-Moßmann. An dieser Stelle sei die Politik gefragt.

Eugenie Ankowitsch, Falk Osterloh –

Strukturierte Informationssammlung

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) wird von den Pflegekräften während des Erstgesprächs mit den Pflegebedürftigen vorgenommen. Diese werden zunächst gebeten, ihre Wünsche und Vorstellungen zu einem selbstbestimmten Leben sowie die Wahrnehmungen ihrer individuellen Situation zu schildern. Die erhaltenen Informationen werden von den Pflegekräften "ungefiltert" und "im Originalwortlaut" festgehalten. Anhand von "pflegerelevanten Kontextkategorien" (zum Beispiel "Kognition und Kommunikation" oder "Mobilität und Bewegung") nehmen die Pflegekräfte im Anschluss eine fachliche Einschätzung der erhaltenen Informationen vor und dokumentieren die individuellen "pflegesensitiven Risiken und Phänomene" der Pflegebedürftigen.

Idee des Modells ist es, "sich grundsätzlich von dem schematischen Ankreuzverfahren bei der Maßnahmen- und Pflegeplanung zu lösen sowie pflege- und betreuungsrelevante biografische Daten

integrativ zu erfassen", wie es in dem Abschlussbericht der Ombudsfrau für die Entbürokratisierung in der Pflege heißt. Auf der Grundlage der erfassten Informationen erfolgt im Anschluss die "individuelle Maßnahmenplanung". Diese umfasst - entweder in Form einer Tagesstrukturierung im stationären Sektor oder mit Hilfe von Leistungskomplexen im ambulanten Sektor - die regelmäßig wiederkehrenden und routinemäßigen Versorgungsabläufe. Auf dieser Grundlage sollen im Pflegebericht dann nur noch die Abweichungen von der Routine dokumentiert werden.