

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziale
Department Pflege und Management
Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung und Management

**Die Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegekräfte.
Eine qualitative Studie**

Bachelor- Thesis

Tag der Abgabe: 31. 08. 10

Vorgelegt von: Nicoleta Andreea Grimm

Betreuende Prüfende:

Prof. Dr. C. Petersen-Ewert

Zweite Prüfende:

Prof. Dr. S. Busch

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Abbildungen- und Tabellenverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Theoretische Grundlagen	6
2.1 Definition und Funktion der Pflegedokumentation	6
2.2 Formale Aspekte: rechtliche Grundlagen	8
2.3 Vorstellung des Dokumentationssystems in Pflegedienst A	10
2.3.1 Strukturaspekte: Pflegeprozess.....	12
2.3.2 Inhaltliche Aspekte: Pflegemodell.....	15
2.4 Stand der Literatur	16
3 Eigene Untersuchung	22
3.1 Fragestellung	22
3.2 Der Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument.....	23
3.3 Auswahl der Interviewpartner	24
3.4 Aufbereitung des Materials: Transkription.....	25
3.5 Auswertungsverfahren	26
3.6 Darstellung der Ergebnisse.....	28
4 Diskussion	42
5 Literaturverzeichnis	46
6 Anhang	51
6.1 Anhang A: Interviewleitfaden	52
6.2 Anhang B: Transkribierte Interviews	53
6.3 Anhang C: Auswertungstabelle.....	92
7 Eidesstaatliche Erklärung.....	115

Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsanweisung
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AltPflG	Altenpflegegesetz
Anh.	Anhang
Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
BSG	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
d. h.	das heißt
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege
ebd.	ebenda
e.V.	eingetragener Verein
et. al.	et alia (Neutrum)
etc.	et cetera
ff	fortfolgende
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IP	Interviewpartner
Hrsg.	Herausgeber
KrPflG	Krankenpflegegesetz
LA	Lebensaktivitäten
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MPS	Multiplikatoren-Sprechstunde
Nr.	Nummer
P1,P2,...P5	Bezeichnung der Interviewpartner im Interview
PB	Prozessbeschreibung
PflWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PDL	Pflegedienstleitung
S.	Seite
S	Student (hier Interviewerin)
SGB	Sozialgesetzbuch
Std.	Stunde
Tab.	Tabelle
teilw.	teilweise
vgl.	vergleiche
vs.	versus
Z.	Zeile
z. B.	zum Beispiel

Abbildungen- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Das Pflegemodell von Roper.....	16
Abbildung 2: Die Bedeutung der Pflegedokumentation.....	32
Tabelle 1: Auswahl an internationalen Studien.....	21
Tabelle 2: Ausgewählte Ergebnisse der Studie von Howse u.Bailey (1992).....	22
Tabelle 3: Die meist genannten Gründe für Qualitätsmängel.....	40

1 Einleitung

Die Pflegedokumentation wird nicht selten in Berichten des „Medizinischen Dienst der Krankenkassen“ (MDK) als „Hauptmangel“ der Pflege bezeichnet (MDS 2005, Roth 2003). Weitere Artikel mit dem Titel: „Platz 1 in den `Mängelcharts` des MDK: Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege“ (Ruhe 2005) sind nicht selten zu lesen.

Die Pflegedokumentation wird in einem Spannungsfeld verschiedenster Problemkreise thematisiert. Die fortschreitende Professionalisierung der Pflege, die mit zusätzlichen Anforderungen mit der Leistungserbringung einhergeht sowie die Forderungen von Seiten des Kostenträgers nach einer effizienteren und kostengünstigeren Pflege stehen im Widerspruch (vgl. Schrems 2006). Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen in beiden Fällen zur Begründung der Pflegeleistungen, deren Finanzierung und Wirksamkeit (ebd.).

Anforderungen und Vorschläge, wie sie geführt werden muss, kommen u. a. vom Gesetzgeber und dem Pflegemanagement. Dabei werden oft die Ansprüche derjenigen, die Dokumentationsarbeit leisten, außer Acht gelassen.

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieser Bachelor-Thesis das Thema Pflegedokumentation so zu untersuchen und zu beschreiben, wie sie sich in den erlebten Erfahrungen von Pflegekräften¹ eines ambulanten Pflegedienstes darstellt. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen Anregungen zur Gestaltung der Rahmenbedingungen zur Führung der Dokumentationsarbeit in ambulanten Pflegediensten geben.

Ein Pflegedokumentationssystem kann erst als eine Einheit betrachtet werden, wenn die formalen (Gesetzgebung), strukturellen (Pflegeprozess) und inhaltlichen (Pflegemodell) Aspekte der Dokumentation miteinander verknüpft werden (vgl. Weidner 1994). Um einen Einblick in die formalen Aspekte zu gewährleisten, werden im ersten Kapitel die rechtlichen Grundlagen zur Durchführung der

¹ In Arbeit wird der Begriff „Pflegekraft“ verwendet. Pflegekräfte sind Mitarbeiter, die über eine formale Qualifikation in der Pflege verfügen im Vergleich zu Pflegefachkräften, die keine dreijährige Ausbildung und staatliche Abschlussprüfung, wie z. B. Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger etc. haben (vgl. Müller 2008). An der Pflegedokumentation sind aber nicht nur die Pflegefachkräfte beteiligt. Grundsätzlich ist jeder dazu verpflichtet, der pflegerische Maßnahmen an Patienten durchführt (Roßbruch 1998). Der Begriff „Pflegekraft“ schließt die beiden Berufsgruppen mit ein und wird aufgrund der Leserfreundlichkeit angewendet.

Pflegedokumentation sowie die aktuellen Anforderungen seitens des MDK hinsichtlich der Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff SGBXI vorgestellt. Des Weiteren werden anhand der Darstellung des Pflegedokumentationssystems in einem ambulanten Pflegedienst in Hamburg (Pflegedienst A) die Schritte des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier (1998) und das Pflegemodell nach Roper et.al.(2009) beschrieben. Das erste Kapitel schließt mit dem Stand der nationalen und internationalen Literatur bezüglich der Pflegedokumentationsproblematik. Das zweite Kapitel stellt die eigene Untersuchung dar. Mittels qualitativen Interviews wurden fünf Pflegekräfte des Pflegedienstes A interviewt. Nachdem die Erhebungs- und Auswertungsmethoden abgebildet werden, erfolgt die Ergebnisdarstellung. Die Arbeit schließt mit der Diskussion der Ergebnisse ab.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Definition und Funktion der Pflegedokumentation

Vor 150 Jahren forderte Florence Nightingale die Pflegekräfte auf, ihre Arbeit zu dokumentieren, falls es für sie hilfreich sein sollte. So sagt sie: „Findet ihr, daß [sic] es euch unterstützt, wenn ihr euch das Alles mit Bleistift aufzeichnet, so unterläßt [sic] es ja nicht.“ (Nightingale 1860, S. 117). Ein Jahrhundert später, Mitte der siebziger Jahre, fand das Pflegeprozessmodell von der Schweizerin Liliane Juchli in Deutschland eine breite Anwendung (Höhmann et. al. 1996). Im Jahr 1985 mit der Einführung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) wurde die Arbeit mit der Pflegeprozessmethode und seiner Dokumentation „professionelle Pflicht“ (ebd., S. 9).

Bereits zu Beginn der Recherche für diese Arbeit ist aufgefallen, wie sehr die Pflegedokumentation in deutschsprachigen Veröffentlichungen an den Pflegeprozess gebunden ist. In der Tat wird die Pflegedokumentation als die Dokumentation des Pflegeprozesses definiert, (vgl. Höhmann et al. 1996; Brucker et. al. 2005). Dennoch stellt die Pflegedokumentation die gesamten Arbeitsabläufe aller pflegerischen Maßnahmen dar. Das bedeutet, dass sie sowohl die Dokumentation² des Pflegeprozesses als auch die Dokumentation der ärztlichen Anordnungen beinhaltet. (Seelos, 1990 zit. nach Ammenwerth et.al. 2000). Mahler et. al.

² Die Bezeichnungen Pflegedokumentation und Dokumentation werden aus sprachlichen Gründen abwechselnd verwendet. Sie sind synonym zu verstehen.

bestätigt diese Ausführung und ist der Auffassung, dass die Pflegedokumentation eine „systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung und Auswertung von pflege- und behandlungsrelevanten Daten“ ist (Mahler et.al. 2002, S.5).

Eine ausführliche Definition liefert ein Vertreter des „Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.“ (MDS): „Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der Kompetenz des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzukommen, dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen, dem Festlegen von Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen. In der Dokumentation wird die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und allen am Prozess Beteiligten werden die notwendigen Informationen zugänglich gemacht. Das individuelle und aktuelle Bild des Pflegebedürftigen soll sich darin widerspiegeln, sodass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht“ (Brucker et al. 2005, S. 10).

Es werden hier der Pflegedokumentation auch schon einige Funktionen zugeschrieben, werden aber von Höhmann et al. (1996) in ihrem Forschungsbericht noch detaillierter beschrieben:

- innerprofessionelles und möglichst auch berufsübergreifendes Informationsmedium zur Weitergabe, Koordination und Sicherung der Kontinuität einzelner Pflegehandlungen,
- Nachweis professionellen und patientenbezogenen Handelns auf dem Stand aktueller pflegerisch/medizinischer Erkenntnisse,
- innerprofessionelle Erfolgskontrolle und Qualitätsnachweis,
- Nachweis einer effizienten Verwendung knapper finanzieller Mittel und
- juristischer Nachweis der Pflegequalität (Ellenbecker/Shea 1994 zit. n. Höhmann et.al. 1996, S.15).

Die Pflegedokumentation ist in erster Linie „ein fachliches Planungsinstrument, welches unter organisatorischen Aspekten den Informationsaustausch der an der Betreuung, Versorgung, Pflege und Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen gewährleisten soll.“ (Jakobs/ Kramm 2007, S. 555). Wenn sie

diesen Zweck berücksichtigt und darüber hinaus die Verlaufskontrolle mittels der Pflegeplanung darstellt, sollten die rechtlichen Anforderungen ebenfalls erfüllt sein (ebd.).

Festzuhalten ist, dass die Pflegedokumentation ein fachliches Arbeitsinstrument ist. „Dabei liegt das Initiativ- und Gestaltungsrecht bezüglich Form und Inhalten der Pflegedokumentation bei der Einrichtung, nicht bei MDK oder Aufsichtsbehörde“ (Jakobs/ Kramm 2007, S. 555).

Die Definition der Pflegedokumentation für die vorliegende Arbeit lässt sich wie folgt zusammenfassen: Die Pflegedokumentation ist ein fachliches Arbeitsinstrument, das die systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung sowie die Auswertung von pflege- und behandlungsrelevanten Daten ermöglicht.

2.2 Formale Aspekte: rechtliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen zur Durchführung der Pflegedokumentation bilden die folgenden Paragraphen.

In § 3 Abs.2 Nr.1a des Gesetzes über die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (KrPflG) wird das Ausbildungsziel erläutert. Dementsprechend soll die Ausbildung u. a. ausdrücklich dazu befähigen, dass die Pflegekräfte eigenverantwortlich „die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege“ ausführen.

Das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) besagt:

„[...] § 3 Ausbildungsziel

Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch- pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege [...]

Neu sind die Regelungen der Pflegefachkräfte-Berufsordnung in Hamburg vom 29. September 2009. Sie sind für alle Pflegekräfte verbindlich. Sie regelt nicht nur Berufsaufgaben und Berufspflichten, sondern auch das jährliche Maß an

Fortbildung und sieht u. a. vor, dass die Pflegefachkräfte „in Absprache mit den Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen insbesondere verantwortlich für die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes sowie für Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege“ sind (BSG 2010, ohne S.).

Die Pflicht zu dokumentieren wird auch in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI des jeweiligen Bundeslandes festgelegt. Der Wortlaut in § 14 des Rahmenvertrags in Hamburg: „Der Pflegedienst hat auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und beinhaltet u. a. - die Pflegeanamnese, - die Pflegeplanung, - den Pflegebericht, - Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln, - Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen. Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muß [sic] jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.“

Gemäß § 113 SGB XI des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PflWG) vereinbaren die dort genannten Institutionen miteinander Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege. Die Vereinbarungen sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Demzufolge sind Anforderungen an eine „praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinaus gehen dürfen“ (§113, Abs. 1, Nr. 1) zu regeln.

Die Einrichtungen und Dienste der Pflege werden in Verträgen zur Anwendung der Expertenstandards verpflichtet (vgl. § 71 a und § 113a SGB XI). Die Expertenstandards werden damit nicht nur fachlicher Orientierungsmaßstab, sondern sie sind zu einer gesetzlichen Verpflichtung für Pflegeeinrichtungen im Kontext der Pflegeversicherung geworden. In den Vereinbarungen sollte versucht werden, entsprechende Fristeten zur Einführung der Expertenstandards einzuwilligen, damit den Einrichtungen auch Zeit bleibt, Pflegekräfte in die Expertenstandards einzuführen und zu schulen (vgl. § 113a SGB XI).

Prinzipiell sind aber Art, Inhalt und Umfang einer Pflegedokumentation nicht unmittelbar im SGB XI festgelegt.

Die Anforderungen an eine Dokumentation im ambulanten Pflegebereich werden explizit seitens der Pflegekassen und des Medizinischen Dienst der Krankenkassen gestellt und geprüft. Diese sind in der „Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege“ (MDS, 2009) zu lesen: „Ein Pflegedokumentationssystem (soll) die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglichen“ (ebd., S. 100).

Ebenso sind laut der §§ 114 ff SGB XI jährliche, unangemeldete Qualitätsprüfungen der Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege durch den MDK durchzuführen. Die Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität der ambulanten Pflegedienste wird anhand von 49 pflegerelevanten Kriterien (Transparenzkriterien) in vier Themen geprüft: Pflegerische Leistungen, Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen, Dienstleistung und Organisation, Befragung der Kunden. Die 17 Kriterien zu pflegerischen Leistungen werden anhand der Pflegedokumentation beurteilt. Beispielsweise die Frage: „Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?“ wird anhand der vorliegenden Pflegeanamnese beantwortet (vgl. MDS 2009, S. 184ff).

Obwohl die Pflegedokumentation in erster Linie ein fachliches Arbeitsinstrument ist, steht sie zwischen rechtlichen Anforderungen, Vorgabe des Managements, Aufbau der Formulare und Vereinbarungen und -nicht zuletzt- persönlicher Auffassung der Pflegekräfte (vgl. Abt- Zegelin 2005).

2.3 Vorstellung des Dokumentationssystems in Pflegedienst A

Die Grundlage der Pflegedokumentation ist ein Pflegedokumentationssystem, das in der Einrichtung einheitlich angewendet wird und dadurch zu allen pflegerelevanten Themen eine systematische Dokumentation möglich ist (vgl. MDS 2005). Das Dokumentationssystem im Pflegedienst A ist ein auf Formularen

basierendes System. Die Formulare sind an das Pflegemodell von Roper et. al. angepasst (dazu mehr in Abs. 2.3.2, S. 15).

Die folgenden Darstellungen basieren auf dem Qualitätsmanagementhandbuch³ des Pflegedienstes A. Daraus folgend werden in der Pflegedokumentation „alle ausgeführten Tätigkeiten, der gesundheitliche Zustand des zu Pflegenden sowie die Pflegeplanung dokumentiert.“ (QM Handbuch, AA 05, S.2). Das Führen der Pflegedokumentation ist in dem Qualitätsmanagementhandbuch unter Arbeitsanweisungen (AA 05) ausführlich dargestellt und ist für alle Mitarbeiter des Pflegedienstes verbindlich:

- Die Zuständigkeit und Verantwortlichkeiten im Pflege- und Betreuungsprozess sind in Pflegestation A schriftlich zu regeln und auf einem aktuellen Stand zu halten.
- Für die Führung der Pflegedokumentation sind die eingesetzten Mitarbeiter verantwortlich. Die Dokumentation ist täglich auf dem aktuellen Stand zu halten, d. h. von jedem Pflegemitarbeiter vor Pflegebeginn zu lesen und nach Beendigung der Tätigkeit mit den erforderlichen Angaben zu versehen.
- Die Dokumentation ist sorgfältig und in einem ordentlichen Zustand zu führen. Streichungen und Ergänzungen sind grundsätzlich mit Datum und dem Handzeichnen des Mitarbeiters zu versehen.
- Die Dokumentation bleibt für die Dauer der Pflege in der Wohnung der zu betreuenden Person. (vgl. QM Handbuch, AA 05, S. 3ff)

Um ein Dokumentationssystem zu beschreiben, ist es notwendig, seine formalen und inhaltlichen Aspekte sowie seine Strukturaspekte darzustellen (Weidner, 1994). Die formalen Aspekte werden u.a. durch die Gesetzgebung gegeben. Diese wurden ausführlicher im vorherigen Kapitel vorgestellt. Im Folgenden werden die Struktur und die inhaltlichen Aspekte des Dokumentationssystems geschildert.

³ „Das Qualitätsmanagementhandbuch ist die Dokumentation eines Qualitätsmanagementsystems und gibt gleichzeitig die grundsätzlichen Einstellungen des Managements sowie ihre Absichten und Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität im Unternehmen wieder“ (Kamiske/Brauer 2006, S. 217).

2.3.1 Strukturaspekte: Pflegeprozess

Das pflegerische Handeln wird anhand des Pflegeprozessmodells nach Fiechter und Meier (1998) geplant und organisiert. Es hat zum Ziel, „auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen. Der Pflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne des Regelkreises einen Rückkoppelungseffekt (Feedback) in Form von Beurteilung von Neuanpassungen enthalten.“ (Fiechter und Meier 1998, S. 19). Der Regelkreis des Pflegeprozessmodells setzt sich aus sechs Teilschritten zusammen (ebd.). Der Pflegeprozess dient im Pflegedienst A zur Planung und Strukturierung des pflegerischen Handelns und lässt sich in Anlehnung an Fiechter und Meier (1998) wie folgt darstellen (QM Handbuch).

I. Informationssammlung = Pflegeanamnese

Der erste Schritt des Pflegeprozesses beginnt mit dem ersten Zusammentreffen mit dem zu Pflegenden und wird im Laufe der gesamten Pflegebeziehung ergänzt. Die direkt (Gespräch, körperliche Untersuchung, Beobachtung) und indirekt (Patientenpapiere, Verwandte und Freunde etc.) gewonnenen Informationen werden im Stammbblatt und in der Pflegeanamnese festgehalten. Das Pflegeanamneseformular ist wie folgt aufgebaut: in der linken Spalte werden die Gewohnheiten, Möglichkeiten und Fähigkeiten aus der Sicht des pflegebedürftigen Menschen, seine Perspektive für die Pflegesituation sowie die Einschätzung durch die Pflegekraft aus professioneller Sicht erhoben. In der rechten Spalte werden aktuelle Pflegeprobleme des Pflegekunden beschrieben, wobei „ausschließlich für die Lebensaktivitäten Probleme formuliert werden, in denen der zu Pflegende Einschränkungen aufweist.“ (QM Handbuch, AA 05, S.5). Darüber hinaus werden „konkrete, übergreifende und handlungsleitende Pflegeprobleme (was hat der Patient, warum hat er das Pflegeproblem, woran erkenne ich das Pflegeproblem)“ formuliert (ebd.).

Mithilfe des Dokumentationsblattes „Allgemeine Risikoeinschätzung“, das im Rahmen der Pflegeanamnese ausgefüllt wird und zur Erhebung der pflegerischen Risiken laut den aktuellen Expertenstandards dient, werden die Risiken in

folgenden Bereichen erhoben: Dekubitus, Harnkontinenz, Schmerz, Sturz, chronische Wunden und Ernährung. Besteht eine Gefahr in einem oder mehreren Komplexen, erfolgt eine „umfassende Information und Beratung“ der zu Pflegenden statt, die einschließlich auf nachfolgenden Formblättern dokumentiert wird (ebd.). Wird die Maßnahme von den Patienten abgelehnt, wird dieses entsprechend dokumentiert. Laut § 37 Abs.3 SGB XI müssen die Beratungseinsätze bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und II halbjährlich und bei denen mit Pflegestufe III vierteljährlich erfolgen (ebd.; SGB XI). Des Weiteren finden Folgerhebungen bei gravierenden pflegerischen oder akuten Veränderungen statt.

II. Erkennen von Problemen und Ressourcen der Patienten = Pflegediagnose

In diesem Schritt erfolgt gemeinsam mit dem zu Pflegenden die Einschätzung des Pflegebedarfs. Ein Problem liegt dann vor, wenn der zu Pflegende in seiner Lebensaktivität (LA) so beeinträchtigt ist, dass seine Selbständigkeit eingeschränkt ist und die Umstände eine besondere Belastung für ihn darstellen. Ressourcen sind Möglichkeiten und Fähigkeiten, die dem zu Pflegenden zur Verfügung stehen, um seine Lebenssituation zu verbessern, zu gestalten und zu beeinflussen (vgl. QM Handbuch; Fiechter und Meier 1998).

III. Festlegung der Pflegeziele

Die Pflegeziele werden mit dem zu Pflegenden zusammen definiert, um die zuvor festgestellten Probleme zu lindern und/oder zu lösen. Die Formulierung der Ziele dient der Beteiligung der zu Pflegenden an der Pflege, der Lenkung der Pflegeinterventionen, der Erstellung von Kriterien für die Effektivität der Pflege sowie der Problemlösung,- vermindern,- vorbeugung, und - stabilisierung (QM Handbuch).

IV. Planung der Pflegemaßnahmen

Die Pflegeplanung ist das Ergebnis aus Informationssammlung, Probleme und Ressourcen erfassen und Pflegeziele setzen. Sie erfolgt mit dem zu Pflegenden zusammen und auf dessen Wunsch unter Einbeziehung seiner Angehörigen oder anderen Bezugspersonen. Aus ihr ist abzuleiten:

WAS	soll getan werden
WIE	soll es getan werden
WANN	soll die Maßnahme durchgeführt werden
VON WEM	soll sie durchgeführt werden
WIE HÄUFIG	soll sie durchgeführt werden
WOMIT	soll sie durchgeführt werden

Im Dokumentationsblatt Pflegeziele/ Pflegeplanung werden die letzten zwei Schritte des Pflegeprozesses erfasst. Der obere Bereich des Formulars ist für die Formulierung von Nah- und Fernzielen vorgesehen, wobei Nahziele sich auf Tage und Wochen, Fernziele auf Monate und Jahre beziehen. Sie sollen realistisch, überprüfbar und durch Pflegemaßnahmen erreichbar sein. Der überwiegende Teil des Dokumentationsblattes ist für die Beschreibung des Einsatzes bzw. der Pflegemaßnahmen. Sie sollen „ausführlich, präzise und handlungsleitend“ formuliert werden, sodass „jederzeit eine andere Pflegekraft die Pflege ohne Informationsverluste für den zu Pflegenden übernehmen kann“ (QM Handbuch, AA 05, S. 7).

V. Durchführung der Pflege

Die geplanten Pflegemaßnahmen werden von den Pflegekräften nachvollziehbar durchgeführt und im „Pflegenachweis“ dokumentiert. Darüber hinaus erfolgt eine kontinuierliche Dokumentation über die Ausführung der geplanten Maßnahmen, beobachtbare Veränderungen, Befindlichkeiten des Pflegekunden, unerwünschte Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen sowie Abweichungen von geplanten Maßnahmen. Diese werden hauptsächlich auf dem Dokumentationsblatt Pflegebericht notiert. Es ist unterteilt in Beobachtungen und Maßnahmen/Konsequenzen, um eine übersichtliche Abbildung zu gewährleisten. Des Weiteren wird gefordert, dass die Bezugspflegekraft einmal wöchentlich eine kurze Stellungnahme zum Befinden des zu Pflegenden abgibt (ebd.).

VI. Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten = Pflegeevaluation

Die Evaluation der Pflegeanamnese und ggf. Anpassung der Pflegeprobleme, Pflegeziele und die daraus resultierenden Pflegemaßnahmen erfolgen einmal monatlich in Zusammenhang mit der Pflegebeurteilung.

Grundlage der Beurteilung der Wirksamkeit der Pflege sind die zuvor festgelegten

Ziele mit den dort festgelegten Überprüfungszeiträumen. Im Anschluss der Wirksamkeitsprüfung erfolgt die Aktualisierung der Pflegeplanung und wird ggf. in Dokumentationsblatt „Pflegeziele/Pflegeplanung“ schriftlich festgehalten (ebd.).

„Mit dem Pflegeprozess ist ein Strukturmodell geschaffen worden, welches die Dynamik und die Gestaltbarkeit des Pflegealltags durch die Pflegekraft und die Patienten berücksichtigen soll“ (Weidner 1994, S. 169). Es wird aber nicht verdeutlicht, wie dieses geschehen soll und was erfolgen muss, um die Organisation des Pflegealltags zu bewältigen (vgl. ebd.). Die unterschiedlichen Pflegemodelle sollen dabei Kriterien liefern, um den Pflegekräften einen Orientierungsrahmen zu bieten (Weidner 1994). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass erst die Verknüpfung zwischen der Struktur des Pflegeprozesses mit dem inhaltlichen Bild des jeweiligen Pflegemodells eine sinnvolle Einheit ergibt und die Pflegepraxis mit Leben erfüllt (ebd.). Aus diesem Grund ist bspw. das Dokumentationsblatt zur Erhebung der Pflegeanamnese in Anlehnung an die zwölf Lebensaktivitäten (LA) von Roper et.al. aufgebaut.

2.3.2 Inhaltliche Aspekte: Pflegemodell

Das Pflegemodell von Nancy Roper et. al. (2009) gibt die inhaltliche Orientierung des im Pflegedienst A verwendeten Dokumentationssystems. Nach Roper et. al. (ebd.) bestimmen unser Leben vier Komponenten: Lebensaktivitäten (LA), Lebensspanne, Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten sowie die Lebensfaktoren, die die LA beeinflussen (siehe Abb.1, S. 16). Deren Zweck liegt in der „Bestimmung der individuellen Lebensmuster des einzelnen Menschen (...) damit der Pflegenden die Pflege eines Menschen individualisieren kann, indem er dessen Lebensstil - und bei Bedarf den der Familie und/ oder wichtiger Bezugspersonen - berücksichtigt.“(Roper et.al. 2009, S. 96). Die Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis, die bei Roper et. al. aus vier Schritten besteht (Einschätzen, Planen, Durchführen, Bewerten) führt dazu, dass die Individualisierung der Pflege erreicht wird (ebd.). Die Hauptkomponente des Modells sind die zwölf LA. Sie sind der „Fokus des Modells, weil sie den Kern unseres Verständnisses von professioneller Pflege darstellen und `den Menschen` charakterisieren, der zentraler Aspekt des Modells ist.“ (ebd., S. 99). In Anlehnung an das Pflegemodell von Roper et. al.

definiert Pflegedienst A das Ziel seines pflegerischen Handelns:
 Ziel unseres pflegerischen Handelns ist es, dem zu pflegenden Menschen eine Unterstützung zu gewähren, damit dieser seine Gesundheit erhält oder wiedererlangt oder sich auf einen veränderten Gesundheitszustand einstellen kann. Das heißt, die Ziele unseres Handelns sind keine anderen, als die persönlichen Lebensziele des zu Pflegenden. Unser Handeln soll den zu Pflegenden befähigen in direkter oder indirekter Weise sein Maximum an Selbstpflege/Unabhängigkeit zu erreichen, zu erhalten oder wiederherzustellen bzw. mit seiner Abhängigkeit bei der Ausführung der Lebensaktivitäten zurechtzukommen.“ (QM Handbuch, PB 12, S.2).

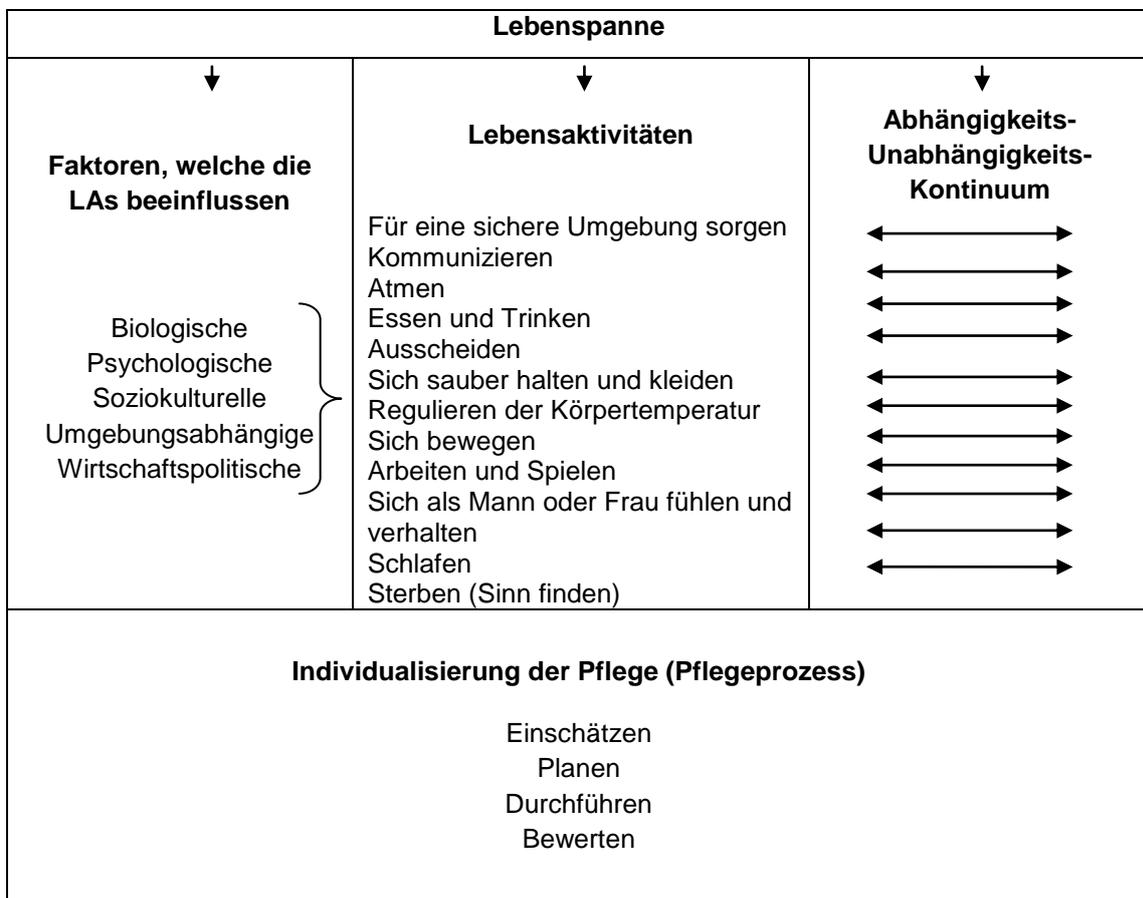


Abb. 1: Das Pflegemodell von Roper (entnommen aus Roper et. al. 2009, S. 97)

2.4 Stand der Literatur

Über eine vorher erfolgte Literaturrecherche und Auswertung in qualitativen Studien sind die Forscher geteilter Meinung (vgl. Flick 2007; Morse / Field 1998). Einige vertreten den Standpunkt von Glaser und Strauss (1978, S. 31 zit. n. Morse/Field 1998), dass „die Forschungsliteratur nicht vor dem Beginn der

Feldarbeit zu konsultieren“ (Morse/Field 1998, S.43) ist. Diese Position wird damit argumentiert, „daß [sic] die vorhandenen Arbeiten die Wahrnehmung des Forschers möglicherweise ablenken oder irre führen sowie seine Fähigkeiten, aus der Situation wertfreie Entscheidungen zu treffen, beeinträchtigen könnte“ (ebd.). Dass diese Ansicht überholt ist, bestätigt z.B. Flick (2007): „Strauss insbesondere hat diese Ansicht vor langer Zeit revidiert, aber der Begriff prägt immer noch viele Vorstellungen über qualitative Forschung“ (Flick 2007, 73).

In der vorliegenden Arbeit wird der Standpunkt vertreten, dass die theoretische sowie die empirische Literatur zu früheren Untersuchungen hilfreich sein können, um die Aussagen und Beobachtungen bezüglich der Pflegedokumentation besser einordnen zu können (vgl. Flick 2007). Darüber hinaus können die vorliegenden Untersuchungen Anregungen für die eigene Studie sowie für Fragen in Interviews bieten und nicht zuletzt welche Fehler man vermeiden kann (ebd.). Anhand der vorhandenen Literatur können folgende Fragen geklärt werden:

- Welche Theorien und Begriffe werden in diesem Bereich verwendet bzw. diskutiert?
- Welche Fragen sind noch offen oder wurden bislang nicht untersucht?
- Gibt es widersprüchliche oder ähnliche Ergebnisse, die sich mit der eigenen Studie decken? (ebd.).

Die Recherche nach theoretischer und empirischer Literatur zur Pflegedokumentation begann als Erstes in den Datenbanken der HAW-Bibliothek. Dabei wurden die folgenden Schlagwörter Pflegedokumentation, Pflegeprozessdokumentation, ambulante/häusliche Pflege, Pflegeprozess, Einstellungen und Pflegekräfte benutzt. Mithilfe des Schneeballsystems wurden relevante Bücher, Studien und bedeutsame Aufsätze zusammengestellt und, soweit erforderlich, in weiteren Datenbanken (elektronische Datenbank der GBV, Bibliomed, Cinahl, PubMed) recherchiert. Die Studien wurden gelesen und ein Teil davon nach Behrens und Langer (2006) beurteilt. Da viele Veröffentlichungen in Englisch stattfinden, wurde hier mit folgenden Übersetzungen/ Suchbegriffen recherchiert: nursing documentation, nurse attitude/ attitude of health personnel, nursing record/ report, home care services/ home nursing, nursing care plan/patient care planning.

Der Fokus der Recherche lag auf der Pflegedokumentationsproblematik und ihren möglichen Ursachen aus Sicht der Pflegekräfte. Eine Auswahl der analysierten internationalen Studien und deren Fokus sind in der Tabelle 1, S. 21 zu finden. Im Folgenden werden die relevanten nationalen Arbeiten vorgestellt.

Günther Roth (2001) führte in seiner Studie Expertenbefragungen mit Benutzern der ambulanten Dienste u. a. auch mit Vertretern des MDK. Die Pflegedokumentation wurde von diesem als „*Hauptmangel*“ der Pflege überhaupt benannt“ (Hervorhebung des Autors, Roth 2001, S. 161). Kritisiert wird, dass die Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar sei. Des Weiteren sind „...die mangelnde Aktualisierung oder Anpassung an sich verändernde Bedarfe, die fehlende Kundenorientierung oder Transparenz für die Patienten und die fehlende Motivation für die Dokumentation oder die dafür nicht ausreichende Qualifizierung“ (ebd.) als Mängel angegeben worden.

In einer früheren Untersuchung hat Höhmann et. al. (1996) im Hinblick auf die Dokumentation des Pflegeprozesses folgende Defizite festgestellt. Bezüglich der inhaltlichen Vollständigkeit der Dokumentation wurden die unvollständigen und veralteten Informationssammlungen sowie die Evaluation der Pflegeplanung benannt. Darüber hinaus wurden eine unzureichende Darstellung des Pflegeprozesses sowie der mangelnde handlungsweisende Informationsgehalt von Patientenproblemen, -fähigkeiten und Pflegezielen festgestellt. Weitere genannte Punkte sind die unüberschaubare Formularvielfalt sowie die Doppeldokumentation. Die Hauptgründe der Dokumentationsproblematik können wie folgt zusammengefasst werden:

- mangelndes Pflegeprozessverständnis
- Formulierungsschwierigkeiten (insbesondere bei der psychosozialen Situation des Patienten)
- Zeitproblem/Arbeitsorganisation
- fehlende Einsicht in die Notwendigkeit der Dokumentation und
- mangelnde Praktikabilität des Dokumentationssystems (ebd.).

Ähnliche Aspekte der Dokumentationsproblematik wurden auch von Abt-Zegelin et. al. (2003) genannt. Eine Ist-Analyse im Rahmen eines Projektes zur

Verbesserung der Dokumentation auf einer Krankenkenhausstation ergab, dass die Dokumentation insgesamt unvollständig und fragmentiert war (Abt- Zegelin et. al. 2003). Die typischen Dokumentationsprobleme liegen u. a. auch darin, dass es Schwierigkeiten gibt, seelisches Befinden und Verhalten des Patienten zu beschreiben. Stattdessen dominiert die Dokumentation medizinische und /oder organisatorische Handlungsabläufe. Eine mögliche Ursache wurde von den Pflegekräften benannt: es fehle an „...Ruhe und Konzentration zum Schreiben (...) durch ständige Unterbrechungen sei man froh, überhaupt kurze Sätze formulieren zu können“ (ebd., S.300). Ein weiteres wesentliches Problem in der Durchführung der Pflegedokumentation liegt in der „Versprachlichung der Pflege (...). Insgesamt scheint es schwierig, Inhalte, Erfahrungen und Ergebnisse einer sozialen Dienstleistung wie der Pflege in fachsprachliche Begriffe zu ordnen“ (ebd., S.298). Die Formulierungsschwierigkeiten der Pflegenden und die berufspolitische Regelungen (z.B. „Verrichtungen“ etc.) machen es nicht einfacher (ebd.).

Auch in internationalen Studien sieht es nicht anders als hierzulande aus. Frank-Stromborg und Christensen (2001) zit. nach Jefferies et. al. (2010) haben die Motive der Pflegekräfte zusammengefasst, die dazu führen, dass die psychosozialen Aspekte in der Betreuung/ Pflege nicht dokumentiert werden. Die Schwierigkeit der Pflegekräfte liegt darin, dass sie keine geeignete Pflegesprache entwickelt haben, um die psychosozialen Probleme darzustellen. Dies liegt vor allem daran, dass die Pflegedokumentation den Fokus mehr auf „Routineaspekte“ hat und eher den bio-medizinischen Aspekt bevorzugt. Des Weiteren empfinden die Pflegekräfte die verbale Kommunikation als viel einfacher, um psychosoziale Aspekte zu beschreiben, weil sie keine ausreichenden Kenntnisse haben, die Pflegepraxis zu beschreiben (ebd.).

Die Problematik der Pflegesprache wurde von Abt- Zegelin (2005) in ihrer Arbeit wie folgt zusammengefasst: „Nach wie vor stellt sich die Pflegesprache als uneinheitliches Mixtum dar, dominiert von der medizinischen Fachterminologie, durchsetzt von sozialwissenschaftlichen Begriffen, zu einem Großteil aus Alltagssprache bestehend und durch Fachjargon gekennzeichnet“ (ebd., S. 117). Davis et. al. (1994) kam in seiner Studie zu ähnlichen Ergebnissen wie Abt-Zegelin et. al. (2003) bezüglich der Pflegedokumentationsproblematik. Ehrenberg (2001) zit. nach Björvell et. al. (2003) nannte zusätzlich hemmende Faktoren wie

fehlende Unterstützung durch die Leitung und Arbeitskollegen sowie organisatorische Hindernisse, wie fehlende Räumlichkeiten.

Positive Aspekte der Pflegedokumentation wurden in der quasiexperimentellen Studie von Björvell et. al. (2003) entdeckt. So wurde die Dokumentation nach der Implementierung des VIPS- Modell⁴ in einem Krankenhaus in Schweden von den befragten Pflegekräften als hilfreich für deren alltägliche Tätigkeit und für die Steigerung der Patientensicherheit wahrgenommen.

Die qualitative Studie von Cheevakasemsook et al. (2006) hat die Komplexität der Pflegedokumentation und die in Beziehung stehenden Faktoren in einem privaten Krankenhaus in Bangkok untersucht. Die Autoren kamen zu dem Fazit, dass die Hindernisse in der Dokumentation selbst (Diskontinuität, Unvollständigkeit und Unzweckmäßigkeit) in Zusammenhang mit

- der begrenzten Fähigkeit, Motivation und Zutrauen der Pflegekräfte,
- den ineffektiven Abläufen und Arbeitsschritten und
- dem mangelhaften Feedback und Kontrolle durch die Leitung sowie
- fehlende Fort- und Weiterbildungen stehen.

⁴ VIPS= Akronym von schwedischer Bezeichnung für Wohlbefinden, Ganzheitlichkeit, Prävention und Sicherheit. VIPS ist ein Pflegeprozessmodell, das für den Akutpflegebereich in Schweden angewendet wird. Es wurde erstmals von Ehnfors et. al. in 1991 vorgestellt.(Björvell 2003).

Tab.1: Auswahl an internationalen Studien

Autor/ Jahr	Art der Studie	Fokus
Björvell et.al. 2003	Quasi-experimentelle Längsschnittsstudie	Qualität vs. Quantität der Pflegedokumentation/ Nutzungsverhalten der Pflegekräfte
Björvell et.al. 2002	Fall-Kontroll Studie	Schlüsselbegriffe zur Strukturierung des Pflegeprozesses nach dem VIPS-Modell eines Akut- Krankenhauses in Schweden
Cheevakasemsook et.al. 2006	Tiefeninterviews Teilnehmende Beobachtung Fokusgruppen etc.	Die Komplexität der Pflegedokumentation und die in Beziehung stehenden Faktoren
Davis et. al. 1994	Standardisierte Auswertung von 42 Pflegedokumentationen (Akut KH) und Befragung der Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen	Identifikation der Pflegeprozessdokumentation im Pflegeteam.
Howse et.al. 1992	Qualitativer Multi-Methodenmix aus Feldstudie, Selbstbeobachtungen, Befragungen und Gruppendiskussionen in vier Akut-Pflegestationen	Einsicht in der Problematik der Pflegedokumentation aus Sicht der pflegenden. Teamdynamik und Dokumentationsverhalten
Jansson et.al. 2009	Querschnittsstudie, Retrospektiv	Pflegeplanung als Voraussetzung zur Messung der Pflegequalität.
Jefferies et. al. 2010	Meta-Analyse	Relevante Aspekte der Pflegedokumentationsqualität.
Kärkkäinen et.al. 2005	Meta- Synthese	Die Abbildung der patientenzentrierten Pflege.
Saranto et.al. 2009	Internationale Literaturanalyse	Evaluation der Pflegedokumentation/ Prüfinstrumente (audit instrument)
Voutilainen et.al. 2004	Standardisierte Erhebung der Dokumentationsqualität bei 332 stationär versorgten Patienten mittels eines Instruments zum Monitoring der Pflegequalität aus professioneller Sicht (Senior Monitoring Instrument)	Umsetzung der Pflegedokumentation entlang des Pflegeprozesses / Verhalten der Pflegekräfte

Howse und Bailey (1992) hatten mittels eines qualitativen Multi-Methodenmix aus Feldstudie, Selbstbeobachtungen, Befragungen und Gruppendiskussionen in vier Akut-Pflegestationen die generelle Einstellung von vier Pflegekräften bzw. deren Abneigung gegen das Dokumentieren untersucht. Den Forschern ist eine Beschreibung der intrinsischen und extrinsischen Faktoren, die eine Abneigung der Pflegekräfte gegenüber der Pflegedokumentation hervorrufen, gelungen (siehe auch Tab. 2, S. 22).

Tab. 2: Ausgewählte Ergebnisse der Studie von Howse und Bailey (1992).

Selbstberichte		Gruppendiskussion	
Extrinsische Faktoren	Intrinsische Faktoren	Extrinsische Faktoren	Intrinsische Faktoren
Fragmentierung der Pflegedokumentation: Ärzte und PK	Begrenzte Anerkennung der Pflegeplanung	Umgebungs-faktoren: Unterbrechung	Kognitive Herausforderung
Zeitproblematik	„Unterdrückte Kommunikation“	Detaillierungs-grad der Pflege-dokumentation	Emotionale Herausforderung
			Soziale Herausforderung

3 Eigene Untersuchung

3.1 Fragestellung

Die oben erwähnten Studien wurden überwiegend in unterschiedlichen Settings durchgeführt, meistens im Krankenhaus und können nur bedingt auf die ambulante Pflege übertragen werden. Die Studie von Howse und Bailey (1992) hat die Abneigung von vier Pflegekräften aus einem Akut- Krankenhaus Bereich gegenüber der Pflegedokumentation untersucht. Dennoch wurde aus dieser Studie nicht deutlich, woher die These: die Pflegekräfte würden grundsätzlich eine Resistenz gegenüber der Dokumentation aufweisen, stammt (vgl. ebd.).

Die Grenzen internationaler Studien sind auch dadurch gekennzeichnet, dass das jeweilige Gesundheitssystem andere Anforderungen an die Pflege stellt, als das deutsche, und somit die Ergebnisse nur bedingt übertragbar sind (Roth 2001).

Frühere Forschungsprojekte, die sich speziell mit der Dokumentation aus Sicht der Pflegekräfte im ambulanten Pflegebereich beschäftigen, sind national sowie international nicht zu finden. Lediglich Arbeiten zur allgemeinen Problematik der Pflegedokumentation im Krankenhaus und stationäre Pflege lassen sich nachlesen. Daher lautet die Hauptfragestellung der Untersuchung: Welche Erfahrungen machen die Pflegekräfte in der Entwicklung und Durchführung der Pflegedokumentation? Um Erfahrungen zu untersuchen, eignet sich der phänomenologische Ansatz (Morse/Field 1998). Der Forscher versucht dabei die Bedeutung der Erfahrungen der Untersuchungspersonen (Pflegekräfte) bezüglich

eines bestimmten Phänomens (Pflegedokumentation) in vollem Umfang zu beschreiben (vgl. ebd.). „Unter Erfahrungen wird die Wahrnehmung der eigenen Gegenwart in der Welt in dem Moment verstanden, in dem sich Dinge, Wahrheiten oder Werte konstituieren“ (ebd., S. 146).

3.2 Der Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument

Die Interviewtechnik eignet sich am besten, um Erfahrungen der Untersuchungspersonen zu erforschen (vgl. Morse/Field 1998). Um die Vergleichbarkeit der Daten und die Strukturierung der Fragen zu gewährleisten, wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Dieser dient der Interviewerin als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen (Flick 2007).

Der Interviewleitfaden (siehe 6.1 Anhang A) basiert hauptsächlich auf persönlichen Erfahrungen mit der Pflegedokumentation und auf Erkenntnissen aus vorher recherchierten Studien.

Als geringfügig Beschäftigte im Pflegedienst A bin ich öfters an Wochenenden eingesetzt. Nicht selten ist vorgekommen, dass keine Möglichkeit bestand, mich vorher über Zustandsänderungen des Patienten zu informieren und ich mich auf die Dokumentation vor Ort verlassen musste. Das führte beispielweise dazu, dass der Interviewleitfaden die Vorstellungsfrage enthält: „Stellen Sie sich vor: Sie kommen aus dem Urlaub und müssen einen Patienten versorgen, den Sie noch nicht kennen. Inwiefern ist die Dokumentation für Ihre Tätigkeit hilfreich?“

Der Leitfaden behandelt folgende Themen: die Bedeutung der Pflegedokumentation für die Pflegekräfte bei deren täglicher Arbeit am Patienten, Kritik/Lob an das Dokumentationssystem, das Erleben der bevorstehenden Qualitätsprüfungen durch den MDK und die organisatorischen Rahmenbedingungen des Pflegedienstes.

Bei den Gesprächen handelt es sich um offene, teilstrukturierte Interviews. Das heißt, ich hatte einen Leitfaden mit Fragen, deren konkrete Formulierung und Reihenfolge, je nach Gesprächsverlauf verändert werden konnte. Die Interviewpartner konnten auf die Fragen frei antworten (Atteslander 2006). Die Interviews fanden in einer neutralen, entspannten Atmosphäre statt und wurden eher als Unterhaltung geführt. Die Besonderheiten bei der Durchführung der Interviews sind im Anhang zu finden.

Darüber hinaus habe ich darauf geachtet, dass ich meine Erfahrungen bzw. Einstellungen zur Pflegedokumentation verberge, damit ich keine Beeinflussung der Meinung meines Gegenübers hervorrufe. Eine direkte Zustimmung oder Ablenkung wurde vermieden, dennoch eine freundliche, zugewandte Haltung bewahrt (vgl. Atteslander 2006).

3.3 Auswahl der Interviewpartner

Ein entscheidendes Kriterium war der Zugang zu den Interviewpartnern. Aus diesem Grund bot sich an, eine Auswahl unter den Arbeitskollegen zu treffen. Dadurch, dass zwischen den Interviewten und Interviewender eine Arbeitsbeziehung besteht, war eine Vertrauensbasis vorhanden und dies erleichterte den Zugang zu Untersuchungspersonen. Die Zahl der Interviewpartner wurde im Voraus auf fünf festgelegt. Dies geschah aufgrund der zeitlichen Begrenzung zur Durchführung der Studie in Rahmen der Bachelor- Thesis und ist somit nicht wissenschaftlich begründet. Des Weiteren waren der Ausbildungsabschluss und die Position der Pflegekräfte für die Auswahl nicht relevant, da grundsätzlich jeder verpflichtet ist, zu dokumentieren, der pflegerische Maßnahmen durchführt (Roßbruch 1998). So haben die Befragten unterschiedliche Ausbildungsabschlüsse im Gesundheitswesen (Pflegehelfer, Alten- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Krankenpfleger). Zwei von ihnen erfüllen im Pflegedienst A eine mittlere Führungsposition. Ihre Berufserfahrung liegt zwischen 5 und 21 Jahren.

Bei der Auswahl der Untersuchungspersonen stand vor allem die Freiwilligkeit der Pflegekräfte im Vordergrund und kann somit nicht als repräsentativ gelten.

Schließlich können die Ergebnisse der Studie Tendenzen aufzeigen.

Informationen über das Interviewthema, Dauer des Interviews (ca. 30 Min.) sowie der Grund der Erhebung wurden am Ende einer Dienstbesprechung vorgestellt und in das Dienstbesprechungsprotokoll aufgenommen. Drei anwesende Mitarbeiter haben sich während der Besprechung zum Interview bereit geklärt, die anderen zwei wurden von mir direkt angesprochen.

3.4 Aufbereitung des Materials: Transkription

Im ersten Schritt zur Datenauswertung wurde das aufgezeichnete Material transkribiert. Die Abschrift erfolgte mit der Transkriptionssoftware „f4“ und wurde für die spätere Nachvollziehbarkeit und Auswertung mit einer Zeilennummerierung versehen. Der Schwerpunkt der Informationen lag vor allem in thematisch-inhaltlichen Aspekten. Beim Transkribieren wurde auf die folgenden Regeln geachtet:

- Es wird wörtlich transkribiert; evtl. vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
- Die Sprache und Interpunktion wird leicht geebnet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielweise wird aus „ich hab`s nicht gewusst“ → „ich habe es nicht gewusst“.
- Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
- Deutliche längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert;
- Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
- Zustimmungde bzw. bestätigende Lautäußerungen (Mhm, Aha etc.) werden nicht mit transkribiert.
- Lautäußerungen der befragten Person, die eine Aussage verdeutlichen/ unterstützen (z.B. Lachen) werden in Klammern notiert.
- Die Interviewende Person wird durch ein „S“, die befragte Person durch ein „P“, gefolgt von ihrer Kennnummer gekennzeichnet (z.B. P1). (Vgl. Kuckartz et.al. 2008).

Die Protokolle haben einen Umfang von 44 DIN A4 Seiten und wurden mithilfe des qualitativen inhaltsanalytischen Verfahrens nach Mayring (2008) ausgewertet.

3.5 Auswertungsverfahren

Die Auswertung der auf diese Weise verankerten Daten erfolgt nach Mayring (2008) und orientiert sich an seinem Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, daß [sic] die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring 2008, S. 58). Als Vorbereitung für die Zusammenfassung müssen die Kodiereinheiten und Kontexteinheiten definiert werden (ebd.). Unter Kodiereinheit versteht man den kleinsten Textbestandteil, der in einer der Kategorien eingeordnet werden kann. Die Kontexteinheit legt dabei den größten Textbestandteil fest (ebd.). Als Kodiereinheit wird ein Satz d. h. jede Aussage der befragten Pflegekräfte zum interessierenden Sachverhalt und als Kontexteinheit alle Fundstellen innerhalb eines Interviews festgelegt. Die Auswertungsschritte wurden in einer Tabelle niedergeschrieben (siehe 6.3 Anhang C). Auf diese Weise ist der Ablauf der Analyse gut nachzuvollziehen.

Der Interviewleitfaden sowie die transkribierten Interviews bilden die Grundlage, aus der die Kategorien gebildet werden. Erstens sollen sie in Hinblick auf die Fragestellung ergiebig und zweitens sollen sie praktikabel auf das Datenmaterial anwendbar sein (Kuckartz et. al. 2008).

Die einzelnen Interviews wurden nach den von Mayring (2008) empfohlenen Schritten der Zusammenfassung analysiert.

1. Der erste Schritt ist die „Paraphrasierung“
 - Nicht oder wenig inhaltstragende Textbestandteile wie Ausschmückungen oder Wiederholungen werden gestrichen.
 - Die inhaltstragenden Textbestandteile werden auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt.
 - Umwandlung auf eine grammatikalische Kurzform.
2. Als zweiter Schritt folgt die „Generalisierung“. Die Paraphrasen müssen nun auf ein Abstraktionsniveau verallgemeinert werden. Die Regeln dazu lauten:
 - Generalisierung der Gegenstände der Paraphrasen auf die Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten enthalten sind.

- Paraphrasen, die über dem Abstraktionsniveau liegen, werden unverändert belassen.
 - Bei Zweifelsfällen werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen.
3. Dadurch entstehen teilweise inhaltsgleiche Paraphrasen, an denen in einem dritten Schritt eine „erste Reduktion“ vorgenommen wird:
- Bedeutungsgleiche und nicht inhaltstragende Paraphrasen werden gestrichen.
 - Es werden nur Paraphrasen übernommen, die als zentral wichtig erscheinen.
 - Bei Zweifelsfällen werden theoretische Vorannahmen zu Hilfe genommen.
4. Das so gekürzte bzw. komprimierte Textmaterial wird einer „zweiten Reduktion“ unterworfen:
- Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussagen werden zusammengefasst.
 - Paraphrasen mit mehreren Aussagen werden zu einem Gegenstand zusammengefasst.
 - Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand und verschiedener Aussage werden zusammengefasst.

Die entstandenen komprimierten Aussagen können als Kategoriensystem verstanden werden.

Des Weiteren empfiehlt Kuckartz et.al. (2008) für die Bildung der Kategorien die folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- nicht zu feingliedrig und nicht zu umfangreich, damit in den einzelnen Kategorien ausreichend viele Textstellen zu finden sind und somit die Auswertung nicht zu umfangreich wird.
- Trennschärfe
- es werden möglichst Kategorien gebildet, die im späteren Bericht als Überschriften angewendet werden können
- in Beziehung zu den Fragestellungen definiert sein
- an ein bis zwei Interviews getestet werden.(Kuckartz et. al. 2008)

Nach der Reduktion des Materials und unter Berücksichtigung der o. g. Kriterien sind die folgenden Kategorien entstanden, die in Form von Fragestellungen an das Material gestellt worden sind und zur Ergebnisdarstellung beitragen:

- A. Inwiefern unterstützt die Pflegedokumentation die tägliche Arbeit?
- B. Welche Strukturen sind im Pflegedienst A vorhanden und welche Auswirkungen haben sie auf die Durchführung der Dokumentation?
- C. Welche Kritik gibt es an den verwendeten Dokumentationsblättern?
- D. Welche möglichen Faktoren haben Auswirkungen auf die Qualität der Pflegedokumentation?
- E. Wie erleben die Pflegekräfte die bevorstehende MDK-Qualitätsprüfung?

3.6 Darstellung der Ergebnisse

A. Inwiefern unterstützt die Pflegedokumentation die tägliche Arbeit?

Die Bedeutung der Pflegedokumentation für die tägliche Arbeit mit und am Patienten wurde von allen Interviewten als wichtig bis sehr wichtig betrachtet:

„Also, ich wüsste nicht, was ich bei manchen Patienten machen würde, wenn ich keine Dokumentation hätte ...(...)“ (IP4, Z. 91ff). Allgemein besteht die Auffassung, dass eine „gut geführte“ Pflegedokumentation eine patientenorientierte Pflege fördert. Aber was bedeutet eine gut geführte Pflegedokumentation und was kann sie bewirken?

Eine gut geführte Dokumentation zeichnet sich durch *„lesbare Handschrift, klare und deutliche Formulierung“* (IP1, Z. 63ff) aus. Des Weiteren enthält sie plausible Aussagen, was als wichtiger Faktor gesehen wird, um die Dokumentation als Orientierung im Pflegealltag zu nutzen und somit „gute Pflege“ zu leisten: *„Wenn es eine gut geführte Pflegedoku ist, ist sie sehr rund und plausibel und man kann sich ganz gut daran orientieren. Man bekommt alle wichtigen Informationen, um gute Pflege machen zu können (...)“* (IP1, Z. 70ff)

Ein weiteres Merkmal ist die Aktualität die Dokumentation. Sie muss *„auf dem neusten Stand“* sein. Das bedeutet, sie ist in regelmäßigen Abständen, sowie bei Veränderungen des Patientenzustandes, anzupassen (IP 5, Z. 62ff).

Die Übersichtlichkeit der Dokumentationsblätter und deren Zuordnung sind in der Station A gewährleistet. Sie wird dadurch erreicht, dass die Pflegedokumentationsmappe *„... farblich differenziert ist, dass alles schnell zu finden ist. Bei uns ist eine bestimmte Reihenfolge festgelegt, was den Umgang mit der Pflegedokumentation erleichtert, also, man kann sich sicher sein: es ist immer*

alles an seinem Platz und man muss nicht jedes Mal von Neuem auf die Suche gehen: wo ist jetzt die Biografie abgeheftet? Es ist alles chronologisch sortiert. Das ist das, was positiv ist. Des Weiteren ist es auch verständlich und einfach beschrieben. Man weiß gleich, was erfasst werden soll, was man aufnehmen soll, wie man sich ausdrücken soll, sodass da keine offenen Fragen auftauchen können, hinsichtlich der Pflegedokumentation“ (IP3, Z.12ff).

Als eine der häufigsten Funktionen der Pflegedokumentation wurde die interne (zwischen den Mitarbeitern) und die externe (mit anderen Berufsgruppen) Informationsweitergabe genannt. Dies kann daran liegen, dass die Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes nur bedingt die Möglichkeit haben, eine mündliche „Übergabe“ durchzuführen, so wie es von stationären Pflegeeinrichtungen oder vom Krankenhaus bekannt ist. Diese Art von „Übergabe“ geschieht eher zufällig und informell, wenn sich die Pflegekräfte eines Spät- oder Frühdienstes im Büro bei der Schlüsselannahme- oder abgabe begegnen. Alle interviewten Pflegekräfte sehen die Pflegedokumentation als Instrument, um wichtige Informationen über den Patienten festzuhalten und somit an ihre Arbeitskollegen weiterzugeben.

Darüber hinaus ist die Pflegedokumentation die Grundlage für den Datenaustausch zwischen dem Pflegedienst und dem Arzt. Als Beispiel wurde hier die von Fachpflegekräften durchgeführte Behandlungspflege genannt: wenn die ärztliche Verordnung vorschreibt, dass bei einem Patienten täglich Blutzucker gemessen und dementsprechend Insulin gespritzt wird, dann ist das „Kotrollblatt“, je nach Zustand und Blutzuckerwerten des Patienten an den zuständigen Arzt (hier Diabetologe) zu faxen. Die enge Zusammenarbeit mit dem Diabetologen erfolgt besonders intensiv, wenn hohe Schwankungen der Blutzuckerwerte eintreten. Des Weiteren dienen die dokumentierten Blutzuckerwerte als Beratungs- und Gesprächsgrundlage für die Pflegekräfte:

„Das Blatt wird, je nach Zustand und BZ Werten des Patienten an den Arzt gefaxt, um die Menge an Insulin entsprechend anzupassen. Dann kann man anhand der Schwankungen von BZ Werten sehen, wann und in welchem Maß diese sich ändern. Dann führt man ein Gespräch mit dem Patienten und bei Bedarf findet auch eine Beratung statt“ (IP1, Z. 101ff).

Überraschend war die Benennung der Dienstbesprechungsprotokolle als zusätzliche Informationsquelle für die Pflegekräfte. Sie werden vor dem Einsatz

gelesen, besonders dann, wenn der zu versorgende Patient ihnen unbekannt ist, oder wenn während des Urlaubs eine Neuaufnahme stattgefunden hat: *„Das mach ich, weil in diesen Protokollen immer wichtige Informationen über die Patienten stehen: was zu beachten ist. Wenn ich sehe: ich habe einen neuen Patienten, dann lese ich mir erst mal alles durch“* (IP2, Z. 156ff). Sie dienen als Informationsquelle, weil sie ausführliche Angaben bezüglich Neuaufnahmen oder Besonderheiten beim Patienten beinhalten (ebd).

Den Pflegekräften bietet die Pflegedokumentation eine Grundlage zur Orientierung für die tägliche Arbeit und fungiert somit als Handwerkzeug für sie: *„...sie ist ja das Handwerkzeug, womit man arbeitet und wenn das nicht ordentlich geführt ist, dann bringt es halt nichts“* (IP 4, Z. 131ff). Eine gut geführte Dokumentation ist handlungsleitend, wenn die Pflegekraft einen Patienten vor sich hat, der sich nicht richtig ausdrücken kann, beispielweise im Falle einer dementiellen Erkrankung: *„Ich kann erstmals anhand der Biografie daraus ersehen, was für einen Menschen ich vor mir habe, wie ich mit ihm umzugehen habe. Dann kann ich anhand der Pflegeanamnese sehen, was kann er noch, was kann er nicht, wo muss ich aufpassen (...) wenn er dement ist oder so. In wie weit kann ich ihm etwas zumuten? Pflegeplanung (...) ja daran kann ich sehen in wie weit und wobei er überhaupt Hilfe braucht“* (IP2, Z. 64ff).

Der Nutzen einer gut geführten Pflegedokumentation wird von drei der interviewten Pflegekräfte in der Zeitersparnis und der Arbeitserleichterung gesehen: *„Ich spare Zeit in dem Moment, wenn die Pflegedokumentation gut geführt ist, weil ich nicht selbst herausfinden muss, wie mobil der Kunde eigentlich ist; muss ich einen Gehwagen benutzen? Kann er selbstständig Richtung Toilette gehen? Wo liegen vielleicht bestimmte Pflegeutensilien, die ich für die Pflege brauche? Das empfinde ich definitiv als Erleichterung und wenn ich dann, was oft passiert ist, eine Pflegedokumentation vorfinde, die dementsprechend nicht geführt wurde (...) war das schon enttäuschend und für mich hat es Mehrarbeit bedeutet“* (IP3, Z.92ff).

Die Biografiearbeit und eine inhaltlich vollständige Pflegeanamnese werden von drei Pflegekräften als sehr wichtig betrachtet. Sie dient dazu, Patienten besser zu verstehen, um Biografie gerecht pflegen zu können (vgl. IP2, Z. 75ff).

Des Weiteren werden die erhobenen Daten als Grundlage angewendet, um neue Mitarbeiter einzuarbeiten sowie zur Weitergabe von „wertvollem Wissen“ der

Mitarbeiter bezüglich der Patienten: „ *Man erfährt so viel über die Person, wie sie ist, wie sie tickt, was für Wünsche und Bedürfnisse sie hat. Wenn der Patient sich tatsächlich irgendwann in seinem Gesundheitszustand verändert, sagen wir, dass plötzlich eine Demenz eintritt, oder er einen Schlaganfall bekommt, oder sonst irgendwas passiert (...) und alle diese Wünsche und Bedürfnisse nicht dokumentiert sind, (...) kann das schon zu großen Schwierigkeiten führen*“. (IP3, Z. 103ff).

Die Wichtigkeit der Wissensweitergabe durch die Dokumentierung der Patientendaten, sei es die Biografie oder die Pflegeanamnese, wird von P3 dadurch begründet, dass im Pflegebereich eine hohe Mitarbeiterfluktuation besteht (IP3, Z. 114ff): „*...Pflegekräfte (denken) in ihrer eigenen pflegerischen Arroganz manchmal: `Wieso, das wissen wir doch alle und das machen wir doch alle, dafür sind wir doch da`, aber du bist nicht immer bei dem Patienten und irgendwann ersetzt dich jemand und plötzlich wird dieses komplette wertvolle Wissen mitgenommen, zu Lasten des Patienten.*“ (IP3 Z. 118ff).

Des Weiteren ist die Dokumentierung der Patientendaten besonders wichtig, wenn es um die Gewohnheiten des Patienten geht. Ein neuer Mitarbeiter kann durch das Lesen der Pflegeanamnese oder der Biografie einer dementiell erkrankten Patienten Pflege relevante Daten erfahren: sein früheres Leben, seine Gewohnheiten und Vorlieben etc. Wenn diese Daten nicht ausreichend dokumentiert sind, kann kaum eine patientenorientierte Pflege gewährleistet werden. Als Beispiel hier die Erzählung einer interviewten Pflegekraft: „*Eine Kundin von uns wäscht sich tatsächlich nur alle halbe Jahr die Haare und das macht sie schon ihr Leben lang so. Dann ist wichtig, dass das dokumentiert wird. Wenn ich mir vorstelle, sie wird irgendwann dement und wir wollen ihr plötzlich wöchentlich die Haare waschen und wundern uns dann, warum sie sich mit Händen und Füßen wehrt (...) dann ist das eine wichtige Information, um Biografie gerecht pflegen zu können*“ (IP3, Z.109ff).

Eine der fünf interviewten Pflegekräfte ist der Ansicht, dass die Pflegedokumentation zur rechtlichen Absicherung nützlich ist. Diese Funktion hängt aber eher mit dem negativen Berufsbild zusammen und wird eher als Rechtfertigung gegenüber der Gesellschaft gesehen: „*Man hört ja immer wieder, dass die älteren Leute vernachlässigt werden und große Schlagzeilen durch die Presse gehen. Da können wir uns dadurch absichern, dass wir die*

entsprechenden Maßnahmen durchführen. Das ist für uns eine rechtliche Absicherung!“ (IP1, Z. 118ff).

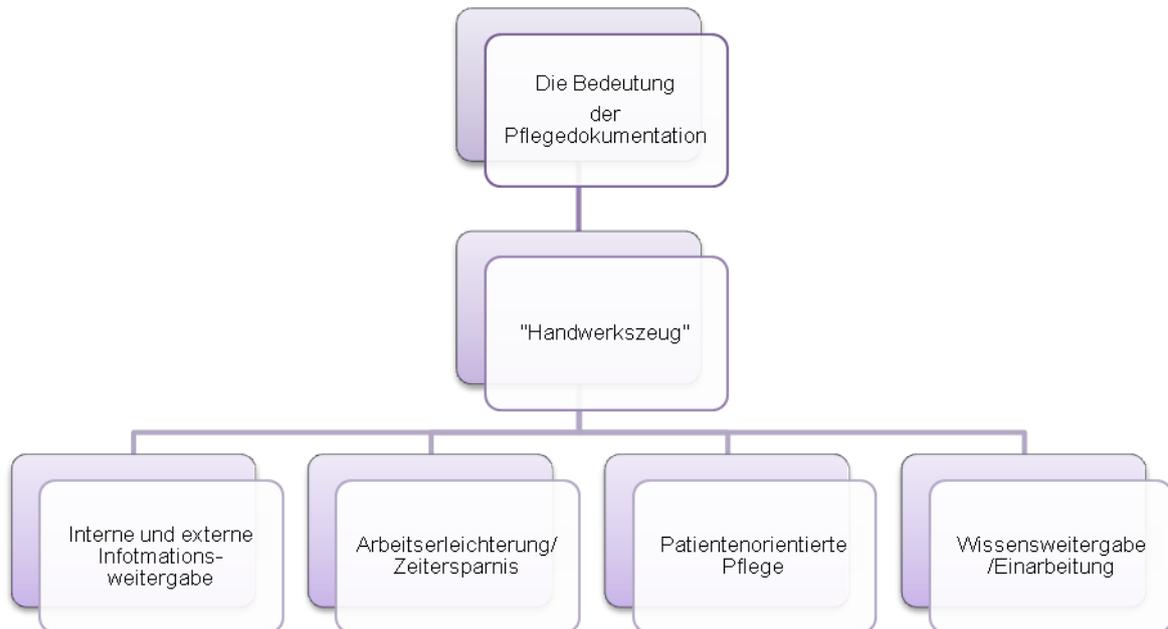


Abb. 2: Die Bedeutung der Pflegedokumentation (eigene Darstellung)

B. Welche Strukturen sind im Pflegedienst A vorhanden und welche Auswirkungen haben sie auf die Durchführung der Dokumentation?

Um einer gut geführten Pflegedokumentation Folge zu leisten, haben die befragten Pflegekräfte in Hinsicht auf die aktuellen organisatorischen Rahmenbedingungen zwei wesentliche fördernde Strukturen benannt, die sich positiv auf die Durchführung der Dokumentation auswirken: die Multiplikatoren-Sprechstunde (MPS) und die Mitarbeiterführung.

Bevor die Erläuterungen der Pflegekräfte zur MPS dargestellt werden, ist es notwendig, die Hintergründe ihrer Entstehung darzustellen. Die MPS wurde vor einem Jahr ins Leben gerufen. Auslöser war ein internes Audit, das wiederholt Qualitätsmängel in der Pflegedokumentation aufdeckte. Es wurde in einem Qualitätszirkel festgestellt, dass die Mitarbeiter einen strukturierten Rahmen brauchen, um sich wöchentlich, an einem festgelegten Tag in einem Team von zwei bis drei Pflegekräften intensiv mit der Dokumentation zu beschäftigen (unveröffentlichtes Protokoll). Darüber hinaus verfügt Station A über drei geschulte Multiplikatoren, deren Aufgaben im QM Handbuch der Einrichtung festgehalten sind. Diese beinhalten u. a. die Anleitung und Unterstützung der Pflegekräfte bei

der Erstellung von Pflegeplanungen sowie die Beratung bei Schwierigkeiten oder Problemen der Arbeitskollegen in Hinsicht auf die Durchführung der Pflegedokumentation usw. (QM Handbuch).

Vier der befragten Pflegekräfte haben über positive Erfahrungen mit der MPS berichtet. So ist der Informations- und Wissensaustausch zwischen den Mitarbeitern, die gegenseitige Beratung bei Formulierungsschwierigkeiten, die Förderung der Teamarbeit sowie die Entlastung der Mitarbeiter als Nutzen erkannt worden (IP1, Z. 170ff; IP 4, Z. 175ff; IP5, Z. 138ff):

„Anhand dieser Sprechstunde werden auch andere Mitarbeiter entlastet und haben eine gewisse Zeit auf der Tour -oder sie bekommen eine kürzere Tour- wo sie dann kommen können und nur Zeit haben für die Dokumentation und können dann konzentriert arbeiten. Wenn man dann noch Fragen hat oder vor einem Problem steht, das man alleine nicht bewältigen kann und einen Multiplikator an der Seite hat, der einem hilft und einem so ein bisschen den Weg zeigt, wie es geht“ (IP4, Z. 188ff).

Die Bereitschaft und die Motivation der beteiligten Akteure sollten durch die vergütete Dienstfreistellung während der Dokumentationsführung gewährleistet werden. Diese wird als Organisationszeit bezeichnet und wird teilweise aus den finanziellen Ressourcen der Einrichtung vergütet (IP3, Z. 47ff). Durch diese interne Regelung gab es kaum Beschwerden hinsichtlich fehlender Zeit für die Dokumentationsarbeit: die Pflegekräfte nehmen sich die notwendige Zeit, um beispielweise Biografiearbeit durchzuführen und diese wird auch entsprechend dieser Regelung honoriert (IP2, Z. 90; IP5, Z.146).

Als enttäuschend wurde der Ausfall der MPS in der Zeit von Dezember letzten Jahres bis einschließlich April dieses Jahr beschrieben. Die Begründung dafür war, dass aufgrund mangelnder personeller Besetzung („drei Dauerranke“) die pflegerischen Einsätze und die MPS nur schwer zu vereinbaren waren (vgl. IP3, Z. 199ff). Inwieweit die Unterbrechung der MPS Auswirkungen auf die Motivation der Mitarbeiter und somit auf die Durchführung der Dokumentation hat, lässt sich aus dem vorhandenen Datenmaterial nur bedingt beantworten. Vor dem Hintergrund der bevorstehenden Qualitätsprüfung durch den MDK, der wie eine „*drohende Glocke über allen schwebt*“ (IP3, Z. 203) haben die Mitarbeiter viel gearbeitet und sich um eine gute Pflegedokumentation bemüht (vgl. IP2, Z. 233, IP3, Z. 202ff).

Die Unterstützung durch die Leitung erwies sich als weiterer Faktor, der den Umgang mit der Durchführung der Dokumentation durch die Pflegekräfte beeinflusst: „... wenn wir Fragen haben oder unsicher sind, dann sieht die Leitung schon zu, dass wir kompetenter und sicherer werden“ (IP1, Z.151ff). Dieses führt dazu, dass ein offener Umgang miteinander kultiviert wird und dass die Pflegekräfte keine Hemmungen haben, sich bei Schwierigkeiten Hilfe zu holen. Die Art der Unterstützung wird dabei entweder mittels Einzelschulungen durch die Pflegedienstleitung (PDL) oder durch die Multiplikatoren während der MPS gegeben (ebd.; IP2, Z.141ff, IP3, Z. 68ff).

Darüber hinaus wird die Aufgabe der PDL erwähnt, ihre Mitarbeiter zu motivieren dadurch, dass sie sich bemüht, sie „...so ins Boot zu holen, dass sie das Thema Pflegedokumentation auch leben können und es schaffen, die Dokumentation fortlaufend aktuell zu halten“ (IP3, Z.80ff).

Eine der interviewten Pflegekräfte äußerte das Bedürfnis sich regelmäßig Feedback von der Leitung zu holen: „Das Feedback brauche ich ... (...) Manchmal ist es für mich auch eine Sicherheit: der andere sieht anders. Und das hilft mir“ (IP5, Z. 82ff). Die Unsicherheit der Pflegekräfte in der Entwicklung der Dokumentation wird durch Rückmeldungen sowie Pflegedokumentationskontrollen durch die PDL vermindert (vgl. IP2, Z.140ff). Die Kontrolle der Dokumentationsmappe durch die PDL anhand einer Checkliste (unveröffentlichtes Dokument der Einrichtung) trägt dazu bei, dass die Pflegedokumentation vervollständigt wird (vgl. IP3, Z. 145) und hilft den Mitarbeitern einen verschärften Blick auf die von ihnen entwickelte Dokumentation zu entfalten: „Mit der Checkliste ist das auch ganz gut. Man kann ja nur daraus lernen, je öfter man das macht! Perfekt ist man nicht (...)“ (IP2, Z. 234ff).

Positiv gesehen wird auch die Möglichkeit, durch Übung Routine im Umgang mit der Pflegedokumentation zu gewinnen (vgl. IP1, Z. 171ff).

C. Welche Kritik gibt es an den verwendeten Dokumentationsblättern?

Kritik der interviewten Pflegekräfte an den Dokumentationsblättern wird an deren Aufbau und Struktur, deren Inhalt, Quantität sowie deren Praktikabilität geäußert. Drei der interviewten Pflegekräfte äußerten Unzufriedenheit mit dem aktuellen Pflegeanamneseformular. Dieses sei von der Platzaufteilung ungünstig, „weil man da nicht so viele Angaben machen kann, wie man es gerne hätte, um ausführlich

z.B. die Gewohnheiten der Patienten festzuhalten.“ (IP1, Z. 14ff). „Bei einigen Patienten reicht es, aber bei der Mehrheit sind viele Sachen zu bedenken und zu schreiben“ (IP2, Z. 172ff). Man hat dabei „...drei Zeilen, um zehn Probleme aufzuschreiben“ (IP4, Z. 16ff). Der Anspruch der Pflegekräfte psychosoziale Angaben zu notieren, wird durch den mangelnden Platz nicht gewährleistet. Diese Unzufriedenheit der befragten Pflegekräfte mit der aktuellen Pflegeanamnese kann zurückgeführt werden auf deren Auffassung, dass die Pflegeanamnese ein wichtiges handlungsleitendes Instrument ist: „...(ich) kann anhand an der Pflegeanamnese sehen, was kann er noch, was kann er nicht, wo muss ich aufpassen (...) wenn er dement ist oder so. Inwieweit kann ich ihm etwas zumuten?“ (IP2, Z. 65ff).

Als positiv betrachtet wurde von drei Interviewten die Überarbeitung in einer einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppe der aktuellen Pflegeanamnese. So wurden, zur Unzufriedenheit der leitenden Pflegekraft, aus dem aktuellen Doppelseitigen DIN A3 Formular jetzt zwei doppelseitige Pflegeanamneseformulare: *„Wir haben ganz aktuell die Pflegeanamnese ausgebaut, was ich nicht schlecht finde (...) schlecht daran geworden ist nur, dass es einen einfach erschlägt, von der Menge her: statt eine Doppelseite Anamnese, haben wir jetzt zwei Doppelseiten Anamnese (...) und die dann auch tatsächlich mit Informationen zu füllen, das ist schon viel, das ist hart!“ (IP3, Z. 36ff). Dieser Widerspruch zwischen der Aussage der leitenden Pflegekraft und dem Wunsch der Pflegekräfte mag vielleicht daran liegen, dass das überarbeitete Formular zum Zeitpunkt des Interviews nicht allen Mitarbeitern bekannt war.*

Ein weiterer Kritikpunkt kam bezüglich der in Station A angewendeten Skala zur Erhebung des Dekubitusrisikos, die Braden- Skala. Eine Pflegekraft kann, obwohl sie die Braden-Skala regelmäßig benutzt, den Nutzen dieser Skala nicht sehen und betont, dass ihre persönliche Erfahrung zur Risikoeinschätzung ausschlaggebender ist: *„Die Skala sagt mir nicht viel. Ich benutze sie auch regelmäßig bei meinen Patienten. Aber das ist kein Grund, dass ich sage: ich kann mich darauf 100 % verlassen (...)“ (IP5, Z. 104ff)*

Die Wunddokumentation wird von einer interviewten Pflegekraft kritisiert, weil sie in ihrer aktuellen Form und Inhalt kein konkretes Abbild der Wundheilungsphasen liefert. Die Pflegekraft sieht aber *„ganz positiv in die Zukunft,“* weil die Wunddokumentation in einer Arbeitsgruppe überarbeitet wird. Sie schlägt vor, für

eine nachvollziehbare Beurteilung der Wundheilungsphasen den Einsatz von digitalen Fotos einzubeziehen: *„Ich finde, wenn man ein Bild hat, kann man besser beurteilen, ob es wirklich besser geworden ist, oder nicht ...“* (IP4, Z. 156ff).

Auf manifeste Kritik von Seiten einer interviewten Pflegekraft sind die Dokumentationsblätter zum Risikomanagement gestoßen. Diese haben als Inhaltsgrundlage die Vorschläge des Deutschen Netzwerkes für Qualität in der Pflege (DNQP), die Expertenstandards: *„diese weißen Zettel... sind für mich so was von überflüssig...und machen unnütz Arbeit“* (IP2, Z. 12ff). Die abwertende Haltung wird damit begründet, dass man diese Blätter nicht bräuchte und es wird betont, dass die Pflegeanamnese und die Pflegeplanung ausreichend Patientendaten beinhalten (*„was man bei jedem Einsatz zu beachten hat“*, IP2, Z. 32), um einem Patienten Sicherheit und Wohlbefinden zu vermitteln. Statt auf die *„überflüssigen Blätter“* zu schreiben oder sie zu lesen könnte man *„mehr Zeit mit den Patienten verbringen und sich mit ihnen unterhalten“* (IP2, Z. 16). Sie ist der Auffassung, dass beispielweise jeder alte Mensch ein Sturzrisiko hat und das müsste nicht gesondert dokumentiert werden, um *„noch mehr Zettel“* zu erschaffen.

Dieser Überfluss an Informationen und Dokumentationsblättern führt zwingend dazu, dass man nicht mehr erkennt, auf welchem Blatt diese Informationen festzuhalten sind, wenn es tatsächlich wichtige Informationen über den Patienten gibt, (*„Wo soll man noch was hinschreiben, wenn wirklich etwas Wichtiges ist“* (IP2, Z. 37)). Als Beispiel wurde hier die kurzzeitige Abwesenheit der Betreuerin einer Patientin genannt. Diese Information ist insoweit wichtig, weil die diensttuende Pflegekraft beispielweise die Post der Patientin aus dem Briefkasten holen soll. Obwohl diese Information in dem Besonderheiten-Formular⁵ und anschließend im Pflegebericht (*„siehe Besonderheiten“*) festgehalten werden muss, wird es aus praktischen Gründen nicht gemacht: *„... wenn ich zwei Wochen später zum Einsatz komme, lese ich ja nicht den Pflegebericht von den letzten zwei Wochen durch“* (IP2, Z. 52ff). Stattdessen werden Methoden angewendet, die die Sicherheit geben, dass die Informationen für alle an der Pflege beteiligten zugänglich sind und gleichzeitig eine Doppeldokumentierung verhindern, wie z. B.

⁵ Auf dem Dokumentationsblatt „Besonderheiten“ werden zusätzliche Informationen zu den Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung dokumentiert, wie z.B. zu Beginn der Pflege Warmwasserboiler anstellen oder die Betreuerin ist für vier Wochen in Urlaub; bitte die Post täglich prüfen und ggf. Frau X in die Wohnung bringen.

einen „Extrazettel“ sichtbar an die Pflegedokumentationsmappe anheften (ebd., Z. 39ff).

D. Welche möglichen Faktoren haben Auswirkungen auf die Qualität der Pflegedokumentation?

Der Hintergrund dieser Fragestellung lag in den Ergebnissen der im März dieses Jahres durchgeführten simulierten MDK-Prüfung. So wurde die Beurteilung des Fragenkomplexes zu pflegerischen Leistungen anhand der Pflegedokumentation mit einem schulischen Notendurchschnitt von 3,7 bewertet (Dienstbesprechungsprotokoll). Auf die Frage der Interviewerin: „Was denken Sie, woran das liegen kann?“ waren drei der Befragten der Auffassung, dass erstens eine mangelnde Pflegeprozessabbildung vorlag [„... *Probleme (wurden benannt) aber die entsprechenden Maßnahmen wurden nicht abgeleitet...*“ (IP1, Z. 133ff)] und zweitens, dass die Transparenzkriterien in der geprüften Pflegedokumentation keine ausreichende Berücksichtigung fanden: [„*Maßgeblich ging es da um die Transparenzkriterien, die nicht erfasst waren, wie der MDK es sich gerne wünscht und vorschreibt*“ (IP3, Z. 60ff)].

Die Tabelle 3, S. 40 gibt einen Überblick über die meist genannten Faktoren, die zur Entstehung von Qualitätsmängeln in der Pflegedokumentation führten. Diese können in intrinsische und extrinsische Faktoren differenziert werden. Die intrinsischen (psychosoziale) und die extrinsischen (Umgebung, Instrument) Faktoren sind nur schwer scharf voneinander zu trennen und stehen größtenteils in Beziehung zueinander. So kann der Motivationsmangel der Pflegekraft daran liegen, dass sie nach einem sieben- bis achtstündigen Arbeitstag keine Lust und Kraft mehr hat, sich mit der Dokumentation zu beschäftigen. Eine gesteigerte Motivation würde dann bestehen, wenn die Einsatzzeiten kürzer wären: „*Wenn ich z. B. acht Stunden gearbeitet habe und danach muss ich noch Dokus überarbeiten (...) das fällt mir schwerer, als wenn ich 4 1/2 Std. gearbeitet habe*“ (IP5, Z. 150ff). „*Die Mitarbeiter sind nicht unbedingt gewillt, sich noch eine Stunde hinzusetzen und freiwillig eine Dokumentation zu bearbeiten, nachdem sie eine sieben Stunden Tour gefahren sind (...) das ist natürlich von Mitarbeiter zu Mitarbeiter verschieden, aber sie sind dann irgendwann so voll von Informationen, dass sie keine Lust mehr haben (...)*“ (IP3, Z. 155ff).

Eine Überforderung bei der Durchführung der Pflegedokumentation wird bei drei der befragten Pflegekräfte geäußert: *„Man hat zu viele Sachen im Kopf. Mein Kopf ist voll.“* (IP2, Z. 228ff). Diese Überforderung wird vorwiegend im Kontext zur Quantität an Dokumentationsblättern und Formularen geäußert, die laut Anforderungen und Vorschlägen des Gesetzgebers einzuführen sind, wie z. B. die Expertenstandards: *„Zusätzlich sind ja noch die ganzen Expertenstandards dazugekommen, was ja schön und gut ist, aber die Dokumentation, kann man sagen, ist dadurch aufs Doppelte angewachsen. Expertenstandards Schmerz, Sturz, Inkontinenz, Ernährung, chronische Wunden und für jedes ein eigener Erhebungsbogen...“* (IP2, Z. 41ff). Darüber hinaus werden „ständige“ Änderungen des Inhaltes und der Aufbau des Pflegedokumentationssystems als negativ bewertet, weil sie einen hohen Grad an detaillierten Aussagen verlangen: *„Zum Beispiel, wenn man einen Patienten über sein Sturzrisiko aufklärt, reicht es nicht mehr, es in kurzen Stichpunkten zu machen sondern wir müssen in ganzen Sätzen beschreiben, was wir mit dem Patienten versuchen und besprechen. Also wirklich: ganze Sätze, halbe Romane müssen wir teilweise schreiben. Und das finde ich ziemlich überflüssig, das muss nicht so sein!“* (IP2, Z. 23ff).

„... die Beratung, die man jetzt detailliert aufschreiben muss (...) und das ist schon ein bisschen (...) mehr als nur `Schreibarbeit`. Man fühlt sich eher wie ein kleiner Autor...“ (IP3, Z. 44ff).

Ein weiterer intrinsischer Faktor, der von zwei interviewten Pflegekräften benannt worden ist, ist die Formulierungsschwierigkeit beim Schreiben: *„Wenn ich vor dem Patienten stehe und ihm was erzähle, das fließt alles (...) aber wenn ich es auf Papier bringen muss (...) das ist ganz was anderes“* (IP 5, Z. 165ff). Dieses Problem tritt bei dem Interviewten aufgrund seiner Muttersprache auf. Als nicht Deutsche, muss sie *„einige Sachen umschreiben und umdenken“* (IP5, Z. 164ff), was ihr manchmal schwer fällt. Es liegt auch daran, dass es vielen schwerfällt, sich kurz und prägnant zu fassen. Dieses Problem wird von einer befragten Pflegekraft mittels „Formulierungshilfen“ behoben, weil es meist schneller geht. Diese Schwierigkeit ist vielleicht ein Ausdruck fehlender Fort- und Weiterbildung sowie einer Absenz einheitlicher Sprache der Pflege: *„Eine Fortbildung wäre gut, damit man sich einheitlich ausdrückt. Damit habe ich auch manchmal Probleme (...) ich weiß auch nicht immer, wie ich mich ausdrücken soll, und nehme mir schnell die Formulierungshilfen zur Hand.“* (IP2, Z. 195ff).

Die unterschiedlichen Ansichten der Pflegekräfte spielen eine weitere Rolle bei der Durchführung und Qualität der Pflegedokumentation. Diese Unterschiede im Denken und Handeln spiegeln sich in den Dokumentationsblättern wieder: *„Jeder hat eine andere Ansicht gehabt und das ist nur so ein Beispiel. (...) Genau: es ging um Schmerzen bei Herrn Z., das Schmerzprotokoll. Der eine kreuzte `keine Schmerzen` an, der andere `hat Schmerzen`“*(IP2, Z. 123ff).

Des Weiteren ist zu vermuten, dass fehlende Fachkenntnisse oder entsprechende Fortbildungen zum Thema Schmerz (z. B. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege) oder allgemein zum Pflegeprozess und seine Dokumentation zu unterschiedlichen Beurteilungen führen. Mangelnde Pflegeprozessabbildung ist ein weiterer Faktor, der die Qualität der Pflegedokumentation beeinflusst. So wurde bei der simulierten Qualitätsprüfung festgestellt, dass Pflegeprobleme benannt wurden, aber daraus keine entsprechenden Pflegemaßnahmen abgeleitet waren (vgl. IP1, Z.133ff).

Als extrinsischer Faktor zu betrachten ist die fehlende Möglichkeit sich zurückzuziehen, um konzentriert die Pflegedokumentation zu entwickeln. Obwohl die Station A über einen abgeschlossenen Raum verfügt, können die Mitarbeiter kaum ihren administrativen Aufgaben nachgehen: *„...wenn ich eine oder zwei Stunden Ruhe habe, dann mache ich das. Nur, es lohnt sich nicht, mich für eine halbe Stunde ins Büro zu setzen, wenn ich in dieser halben Stunde zwei Sätze geschafft habe (...)“* (IP2, Z. 229ff).

Tab. 3: Die meist genannten Gründe für Qualitätsmängel der Pflegedokumentation

Gründe für Qualitätsmängel

Intrinsische Faktoren	Extrinsische Faktoren
Überforderung	Quantität und Detaillierungsgrad↑
Fehlende Motivation	Organisation
Formulierungsschwierigkeiten	Aus- und Fortbildung
Unterschiedliche Ansichten

E. Wie erleben die Pflegekräfte die bevorstehende MDK-Qualitätsprüfung?

Insgesamt war bei den interviewten Pflegekräften eine von „Angst vor dem MDK“ geprägte Stimmung wahrzunehmen, die meistens während des Gespräches in Wut umschlug. Die Mitarbeiter des Pflegedienstes haben im März dieses Jahres durch eine Simulation der Qualitätsprüfung erfahren, dass die Darstellung des Qualitätsbereichs „Pflegerische Leistungen“ anhand der Pflegedokumentation am schlechtesten beurteilt wurde. Aus diesem Grund wurde, obwohl in der letzten Zeit die organisatorischen Rahmenbedingungen nicht zwingend fördernd waren (fehlendes Personal durch Urlaub und/ oder Krankheit, Ausfall der Multiplikatoren-Sprechstunde), „fleißig dokumentiert“, da allen bekannt ist, dass bei einer tatsächlich schlechten Bewertung durch den MDK die wirtschaftliche Existenz des Pflegedienstes und somit die Arbeitsplätze gefährdet sind:

„Da haben alle viel gearbeitet(...) und waren trotzdem - muss ich sagen- fleißig bei der Dokumentation dabei, weil das Thema MDK natürlich immer wie eine drohende Glocke über einem schwebt, und allen bewusst ist, dass davon auch der gute Ruf des Pflegedienstes abhängt“ (IP3, Z.201ff).

Die befragten Pflegekräfte kritisierten am häufigsten die Quantität und den hohen Detaillierungsgrad der Dokumentation, die vom Gesetzgeber gefordert wird, und klagen darüber, dass der MDK durch *„immer wieder neue Verbesserungsvorschläge und Anforderungen“ (IP1, Z. 142ff)* zu einer bürokratischen Dokumentationsführung beisteuert: *„Wir sehen auch ein, dass an der Dokumentation so viel gut ist, aber dass auch viel ins Kleinkrämerische geht,*

was uns allen eigentlich den letzten Nerv raubt... das grenzt schon ein bisschen an Schikane...“ (IP3, Z. 205ff) .

Dass man die Beratung im Rahmen der Expertenstandards detailliert aufschreiben muss, trägt dazu bei, dass man sich „*eher wie ein kleiner Autor*“ (IP3, Z. 46) fühlt.

Die Folge ist, dass man mehr Zeit für die reflektierende Zusammenfassung und die Formulierung des Gesagten braucht, Zeit die vom Gesetzgeber nicht entsprechend berücksichtigt und anerkannt wird: („... *wir müssen immer mehr Zeit aufwenden, um den Anforderungen gerecht zu werden, werden aber nicht dementsprechend bezahlt: Beratung wird nicht bezahlt (...)*“ (IP3, Z. 166ff).

Die Machtlosigkeit der Pflege allgemein und die fehlende politische Unterstützung tragen dazu bei, dass die befragten Pflegekräfte eine abwehrende Haltung gegenüber dem MDK äußern: „ ... *also dem MDK wird unglaublich viel Macht und Spielraum gegeben. Und die Pflege hat in keinster Weise eine Lobby (...). Das, was der MDK sagt, ist Gesetz, und das müssen wir umsetzen, um als Pflegedienst bestehen zu können.*“ (IP3, Z. 237ff).

Ein weiterer Kritikpunkt steht in Zusammenhang mit der Ankündigung, dem Ablauf und der Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung durch den MDK.

Der folgende Textabschnitt spricht für sich:

*„Die Art und Weise, wie mit diesen Transparenzberichten umgegangen wird oder die Art und Weise, wie sich der MDK ankündigt, spricht eigentlich für sich. 1 1/2 Stunden bevor sie mit mindestens vier Personen in einem Büro erscheinen- je nach Größe des ambulanten Pflegedienstes- das hat nicht wirklich eine beratende Funktion, wie der MDK ja behauptet, dass er eine beratende Funktion hätte (...)
Wenn man mir mitten im Betrieb 1 1/2 Stunden vorher sagt, `so dann bin ich da und sie müssen für mich Gewehr bei Fuß stehen`, und der Bericht wird dann für alle zugänglich im Internet veröffentlicht und ich habe überhaupt gar keinen Einfluss darauf: auf die Art der Beurteilung usw.“* (IP3, Z. 241ff).

4 Diskussion

Die Erfahrungen der Pflegekräfte mit der Pflegedokumentation wurden mithilfe von fünf Kategorien dargestellt: die Bedeutung der Pflegedokumentation für die tägliche Arbeit, die Erfahrungen mit den vorhandenen organisatorischen Strukturen und dem aktuellen Dokumentationssystem sowie deren Erleben zur bevorstehenden Qualitätsprüfung durch den MDK und die damit verbundene Sicht hinsichtlich der Qualitätsmängel der Dokumentation.

Bezüglich der Bedeutung der Pflegedokumentation für die tägliche Arbeit lassen sich die Ergebnisse mit der in der Literatur beschriebenen Funktionen der Dokumentation vergleichen (vgl. Höhmann et. al. 1996, Brucker et. al. 2005).

Was die Wichtigkeit der Informationsfunktion im ambulanten Pflegedienst betrifft kann man die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen: „Die Pflegedokumentation ist der zentrale Informationsträger aller am Pflegeprozess Beteiligten. Besonders in der ambulanten Pflege kommt dieser Informationsfunktion eine zentrale Rolle zu. Der einzelne Mitarbeiter ist meistens allein beim Pflegebedürftigen, und Rückfragen sind schwer möglich.“ (Moll 2000, S. 19).

Die Ergebnisse sprechen auch für die Überlegung, ob eine gut geführte Pflegedokumentation die Pflegequalität positiv beeinflusst. Bartolomeyczik und Morgenstern (2004) weisen in ihrer Studie darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Qualität der Dokumentation und der Qualität der Pflege nicht geklärt ist. Keinesfalls kann von einer guten Dokumentation auf eine gute Pflege bzw. von einer schlechten Dokumentation auf eine schlechte Pflege geschlossen werden. Jedoch kann eine gute Dokumentation als eine gute Voraussetzung für eine qualitativ hochstehende direkte Pflege gesehen werden.

Regelmäßige gemeinsame Kontrollen der Pflegedokumentation und Feedback durch die Pflegedienstleitung sowie gezielte Schulungen zu Pflegeprozess und seine Dokumentation sind wichtige Voraussetzungen, um die Mitarbeiter in deren Kompetenzen und Fähigkeiten zu stärken. Hier stellt sich die Frage, ob die Formulierungsschwierigkeiten bei den ausländischen Pflegekräften mit Deutschkursen zu beseitigen sind. Dennoch, die Formulierungsschwierigkeiten sind laut Aussagen der interviewten Pflegekräfte ein generelles Problem und trifft

nicht nur ausländische Mitarbeiter. Diese Problematik wurde ausführlich von Abt-Zegelin (2005) dargestellt. Die „mangelnde Versprachlichung von Pflege“ ist ihrer Ansicht nach das Hauptproblem der Pflegedokumentation. Besonders die psychosozialen Aspekte seien schwer zu dokumentieren: „Wenn es schon schwierig ist, Gespräche zu benennen, wie viel problematischer ist es, etwa einen schweigenden und tröstenden Körperkontakt, wie z.B. Handhalten zu dokumentieren?“ (Abt-Zegelin 2005; S.120).

Im Zusammenhang mit den Dokumentationsblättern zeigte sich in meinen Interviews, dass ein erhöhter Bedarf in der Anwendung praktischer Formulare besteht. Der Platzmangel im Pflegeanamneseformular führt dazu, dass die Pflegekräfte die psychosozialen Aspekte der Patienten nicht ihrer Auffassung entsprechend erfassen können. Das Management hat im Zuge der gesetzlichen Regelungen zu Transparenzvereinbarungen ihr Pflegeanamnese- Formular überarbeitet. Im Angesicht der Vielzahl an Dokumentationsblättern, die in den letzten Jahren auf das Doppelte gewachsen sind, sagte eine interviewte Pflegekraft: „Wo soll man noch was hinschreiben, wenn wirklich etwas Wichtiges ist?“ (IP2, Z. 37).

Die Ergebnisse zur Sicht der Pflegekräfte, was die Gründe für die Qualitätsmängel der Dokumentation seien, stimmen mit denen der aktuellen empirischen Literatur überein (vgl. Howse und Bailey 1992, Davis et. al.1994, Ehrenberg 2001 zitiert nach Björvell 2003, Abt- Zegelin et. al. 2003). Dennoch war es schwierig wie bei Howse und Bailey (1992) die intrinsischen und extrinsischen Faktoren separat zu betrachten. Beispielweise tritt eine Überforderung, laut meinen Interviewpartnern, durch den hohen Detaillierungsgrad und die Quantität der Dokumentation auf. Die simulierte MDK-Prüfung erfolgte im März dieses Jahres. Während der Bearbeitung der Bachelor- Thesis wurde der Pflegedienst A tatsächlich durch den MDK geprüft. Die dominierende Angst der interviewten Pflegekräfte hat nachgelassen und der Pflegedienst hat die Prüfung bestanden, mit einer sehr guten Benotung.

Die Pflegedokumentation ist ein fachliches Arbeitsinstrument und die Pflegekräfte müssen in der Lage sein, ihre Praxis in klarer und verständlicher Weise mithilfe

komplexer Sprache zu artikulieren (vgl. Abt- Zegelin 2005). Um dies zu tun, brauchen sie entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten, sowie geregelte Rahmenbedingungen.

Die Multiplikatoren- Sprechstunde ist eine interne, mit den Mitarbeitern entwickelte Regelung im Pflegedienst A. Aus diesem Grund konnten keine ähnlichen Ergebnisse in der Literatur auffindbar gemacht werden. Der Nutzen, den die interviewten Pflegekräfte in der Multiplikatoren- Sprechstunde sehen, ist sehr hoch. Daher ist es durchaus empfehlenswert geregelte Rahmenbedingungen zum Führen der Pflegedokumentation festzulegen.

Die Fähigkeit, eine Pflegesprache zu entfalten wird nicht mithilfe der Lehrbücher entwickelt. Sie geben höchstens Check- und Anforderungslisten (vgl. Abt- Zegelin 2005). Ich schließe mich der Empfehlung der Autorin an die Bildungseinrichtungen an. Sie schlägt vor, am „echten Gegenstand“ zu üben, denn „echte Pflegedokumentationen sind hervorragendes Material zum üben“ (ebd., S.114).

Meine Absicht war, die Pflegedokumentation als Phänomen so zu untersuchen und zu beschreiben, wie sie sich in den erlebten Erfahrungen von fünf Pflegekräften eines ambulanten Pflegedienstes darstellt.

Der angewendete methodologische Ansatz ist aus folgenden Gründen nur bedingt geeignet:

1. Der Interviewleitfaden basiert erstens auf meiner eigenen Erfahrungen mit der Pflegedokumentation und zweitens auf Erkenntnissen aus der analysierten Literatur. So wurden Fragen gestellt, die aus meiner Sicht zu einer Darstellung der Erfahrungen der Pflegekräfte beiträgt.
2. Ein Probeinterview, um eine kritische Analyse meines Verhaltens während des Interviews aber auch eine Überprüfung des Leitfadens zu gewährleisten, hat nicht stattgefunden.
3. Die Auswertung konnte nicht in einem Forschungsteam stattfinden, wie z. B. Mayring (2008) und Flick (2007) empfohlen haben. Eine interpretative Beliebigkeit ist daher kaum intersubjektiv überprüfbar.
4. Die Auswertung anhand der von Mayring (2008) empfohlenen Schritte zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse bringt die Gefahr mit sich, dass durch vorschnell gebildete Kategorien inhaltliche Nuancen verloren gehen (vgl. Flick 2007).

Eine Forschungsarbeit, die mithilfe einer methodologischen Mischung aus Interviews, Feldarbeit, Gruppendiskussionen sowie Ist- Analysen der Pflegedokumentation und quantitativen Verfahren wäre dafür geeigneter, um Empfehlungen für die Praxis sowie Anregungen für weitere Forschungsprojekte zu eruieren. Dabei sollte die Betrachtung der aktuellen pflegewissenschaftlichen Entwicklungen und Diskussionen zur Pflegemodellen und Pflegeprozessmodellen mit einbezogen werden.

5 Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, Angelika; Budroni, Helmut; Greving Christina (2003): Brennpunkt Pflegedokumentation. Ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation, Teil 1. In *Die Schwester/ Der Pfleger* 42: S. 296- 300).

Abt-Zegelin, Angelika (2005): Sprache und Pflegedokumentation. S. 111-130, in: Angelika Abt-Zegelin und Martin W. Schnell (Hrsg.): *Sprache und Pflege*. 2. Aufl., Bern et al.: Hans Huber.

Ammenwerth, Elske; Eichstädter, Ronald et.al. (2000): Systematische Evaluation von Pflegedokumentationssystemen- Studienprotokoll und Ergebnisse. Heidelberg: Universitätsklinikum.

URL: <http://archiv.ub.uni->

[heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2001/1778/pdf/mi_bericht_pik.pdf](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2001/1778/pdf/mi_bericht_pik.pdf)

(27. 08. 2010)

Atteslander, Peter (2006): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 11. Aufl. Berlin: Erich Schmidt

Bartholomeyczik, Sabine; Morgenstern, Maria (2004): Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In *Pflege*: 17, S. 187 – 195

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucher Schutz Hamburg (Hrsg.) (2010): *Hamburger Pflegefachkräfte-Berufsordnung und Fortbildungspass*. Hamburg: Selbstverlag

Behrens, Johann; Langer, Gero (2006): *Evidence-based Nursing and Caring*. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. 2. Aufl. Bern: Hans Huber

Björvell, Catrin; Wredling, Regina; Thorell-Ekstrand, Ingrid (2002): Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences* S. 34- 42

Björvell, Catrin; Wredling, Regina; Thorell-Ekstrand, Ingrid (2003): Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nursing. In *Journal of advanced Nursing* 12: S. 206- 214

Brucker, Uwe; Ziegler, Gerdi; Theis, Sylvia; Jodes-Laßner, Ursula; Köhler, Claudia; Reus, Ulrike; Uhl, Achim; Veit-Zenz, Anne (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hg.), Essen: Selbstverlag.

Cheevakasemsook, Aree; Chapman, Ysanne; Francis, Karin; Davis, Carmel (2006): The study of nursing documentation complexities. In *International Journal of Nursing Practice* 12: S. 366- 374.

Davis, Bryn D.; Billings, Jennifer R.; Ryland, Richard K (1994): Evaluation of nursing process documentation. In *Journal of Advanced Nursing* 19: S. 960-968.

Fiechter, Verena; Meier, Martha (1998): Pflegeplanung. Eine Einleitung für die Anwendung und Dokumentation des Pflegeprozesses in der Praxis. 10 Aufl. Fritzlar: Recom

Flick, Uwe (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG):

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf
(12. 08. 2010)

**Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung -
Pflfegeweiterentwicklungsgesetz (PflfWG):**

URL: <http://www.buzer.de/gesetz/8223/> (12.08.2010)

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG):

URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf>
(12.08.2010).

Henke, Friedhelm (2006): Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Höhmann, Ulrike; Weinrich, Heidi; Gätschenberger, Gudrun (1996): Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), Bonn: Selbstverlag.

Howse, Ena; Bailey Joan (1992): Resistance to documentation – a nursing research issue. In *International Journal of Nursing Studies* 29: S. 371-380.

Jakobs, Peter; Kamm, Johannes (2007): Rechtssicherheit mit einer Unterschrift? Anforderungen an die Pflegedokumentation. In *Die Schwester/Der Pfleger* 6: 554

Jansson, Inger; Pilhammar-Andersson, Ewa; Forsberg, Anna (2009): Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing sensitive outcome indicators. In *Journal of Evaluation in Clinical Practice*

Jefferies, Diana; Johnson, Maree; Griffiths, Rhonda (2010): A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. In *International Journal of Nursing Practice* 16: S. 112- 124

Kamiske, Gerd F.; Brauer, Jörg-Peter (2006): Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. München, Wien: Carl Hanser.

Kärkkäinen, Oili; Bondas, Terese; Eriksson, Katie (2005): Documentation of individualized patient care: a qualitative Metasynthesis. In *Nursing Ethics* 12: S. 123- 132.

Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Mahler, Cornelia; Ammenwerth, Elske; Eichstädter, Ronald; Hoppe, Bettina; Mansmann, Ulrich; Tautz, Angelika; Wagner, Andreas (2002): PIK-Studie 2000/2001. Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentation auf vier Pilotstationen. Abschlussbericht – Teil: Qualitätsmessungen. Heidelberg: Universitätsklinikum.
URL: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2003/3246/pdf/pikstudie2000_qualitaet_exter_n.pdf (27.08.2010)

Mayring, Philipp. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10 Aufl. Weinheim und Basel: Beltz

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2005): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Köln: asmuth druck + crossmedia
URL: http://www.mds-ev.de/media/pdf/2_Bericht_des_MDS.pdf (27.08.2010)

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS); GKV- Spitzenverband des öffentlichen Rechts (Hrsg.) (2009): Qualitätsprüfungs- Richtlinien. MDK- Anleitung. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK- Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Köln: asmuth druck + crossmedia.
URL: http://www.mds-ev.com/media/pdf/2010-04-29_MDK-Anleitung_ambulant_korr.pdf (27.08.2010)

Moll, Dörte (2000): Dokumentieren mit System. Pflegedokumentation als zentraler Informationsträger. In *Häusliche Pflege* 6: S. 19- 28

Morse, Janice M.; Field, Peggy Anne (1998): Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical

Müller, Herbert (2008): Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. 3. Aufl. Hannover: Schlütersche

Nightingale, Florence (1860): Florence Nightingale`s Anmerkungen zur Krankenpflege. Was Krankenpflege ist und was nicht ist. Dr. Wiesner, Adolph; Eiche, Friedrich. (Hrsg. und Übers.). New York: NY
URL: <http://gdz.sub.uni-goettingen.de/dms/load/img/> (27. 07.2010)

Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung
Stand: 23.06.1995
URL: <http://www.hamburg.de/contentblob/1666290/data/rv-ambulant-pflegerische-versorgung.pdf> (24. 08. 2010)

Roper, Nancy; Logan, Winifred W.; Tierney, Alison J. (2009): Das Roper-Logan-Tierney Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA). 2., korrigierte und ergänzte Aufl. Bern: Hans Huber, Hogrefe

Roßbruch, Robert (1998): Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In *PflegeRecht* 6: S.126-131

Roth, Günther (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Stuttgart: Kohlhammer.

Ruhe, Dorothea (2005): Platz 1 in den „Mängelcharts“ des MDK: Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege. *Heilberufe* 2: S. 56-57

Saranto, Kaija; Kinnunen, Ulla-Mari (2009): Evaluating nursing documentation-research designs and methods: systematic review. In *Journal of advanced Nursing* S. 464- 476

Schrems, Berta (2006): Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. In *PrInterNet* 01 S. 44 – 52

Voutilainen, Päivi; Isola, Arja; Muurinen, Seija (2004): Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18: S. 72-81.

Weidner, Frank (1994): ... und das Papier wurde ungeduldig - Zur Einführung von Dokumentationssystemen in der Pflege. In: Bals, Thomas (Hrsg.) (1994): Was Florence noch nicht ahnen konnte. Neue Herausforderungen an die berufliche Qualifizierung in der Pflege. Melsungen: Bibliomed

Interne Dokumente der Einrichtung:

ASB Qualitätsmanagement und –betriebshandbuch

Dienstprotokolle

6 Anhang

6.1 Anhang A: Interviewleitfaden

1. Wie kommen Sie mit dem Pflegedokumentationssystem zurecht? Was finden Sie gut, was nicht so gut?
2. Stellen Sie sich vor: sie kommen aus dem Urlaub und müssen einen Patienten versorgen, den Sie noch nicht kennen. Inwiefern ist die Dokumentation für Ihre Tätigkeit hilfreich?
3. Inwiefern wird Ihre tägliche Arbeit von der Pflegedokumentation beeinflusst?
4. Die simulierte MDK-Prüfung vom März dieses Jahres hat erhebliche Mängel in der Pflegedokumentation aufgedeckt, besonders was die Dokumentation erbrachter pflegerischen Leistungen betrifft. Was denken Sie, woran das liegen kann?
5. Stellen Sie sich vor: sie hätten morgen die Möglichkeit, die Pflegedokumentation zu ändern. Was würden Sie besser machen, was ist in der Dokumentation überflüssig und was müsste, Ihrer Meinung nach unbedingt noch ergänzt werden?
6. Fühlen Sie sich bei der Durchführung der Pflegedokumentation sicher? Bekommen Sie Unterstützung, wenn notwendig?
7. Wie bewerten Sie den Nutzen der „Multiplikatoren-Sprechstunde“?

6.2 Anhang B: Transkribierte Interviews

Interview 1 (IP1)

Datum des Interviews: 7. Juni 2010

Ort des Interviews: bei der Interviewenden zu Hause

Dauer des Interviews: 22 Min.

Beruf: Altenpfleger

tätig im Beruf seit: 15 Jahre

in Station A seit: 12 Jahre

Besonderheiten des Interviewverlaufs: Das Gespräch mit P1 fand auf seinen Wunsch bei mir zu Hause statt. Nachdem ich die Ziele und den Zweck des Gespräches erläutert habe, bat mich P1 eine Muster-Dokumentationsmappe während des Interviews vor sich zu halten. Dagegen war nichts einzuwenden. Zu Beginn des Gespräches schaute P1 immer wieder in die Dokumentationsblätter und weckte bei mir das Gefühl, dass er nicht sicher in seinen Aussagen sei. Während des Gespräches (nach ca. 10 Minuten) wurde es besser und P1 hat nicht mehr die Dokumentationsmappe als Beispiel für seine Aussagen benutzt. In einem abschließenden Gespräch offenbarte mir P1, dass es doch eine ungewöhnliche Situation gewesen sei, wenn das Gesagte aufgenommen wird.

1 S: Vielen Dank, dass du dir Zeit genommen hast. Dieses Gespräch findet im
2 Rahmen meiner Bachelor-Thesis statt und ich werde die Ergebnisse
3 ausschließlich für diese Zwecke nutzen.
4 Es geht allgemein um Pflegedokumentation und wie du damit zurechtkommst.
5 Wenn du einverstanden bist, werde ich das Interview aufzeichnen. 00:00:19-2

6
7 P1: Ja, bin ich. 00:00-21-9

8
9 S: Als Erstes möchte ich dich fragen, wie du mit der aktuellen
10 Pflegedokumentation zu- rechtkommst. Was findest du gut, was nicht so gut?
11 00:00:22-2

12
13 P1: Also, prinzipiell komme ich mit der Dokumentation prima zurecht. Finde aber
14 einiges schwierig in Bezug auf das Anamneseblatt, weil da zu wenig Platz ist. Das

15 Formular ist von der Platzaufteilung ungünstig, weil man da nicht so viele Angaben
16 machen kann, wie man es gerne hätte, um ausführlich z.B. die Gewohnheiten der
17 Patienten festzuhalten, oder z. B. bei der Problembeschreibung könnte man evtl.
18 vielleicht auch mehr Platz einräumen oder ein zweites oder drittes Blatt extra
19 machen. Ich habe aber gehört, dass wir sowieso neue Anamneseblätter
20 bekommen, soll also geändert werden. 00:01:22-3

21 Einiges wird uns dadurch vereinfacht, dass es viel durch das Ankreuzverfahren
22 abgedeckt wird, z.B. (...) bei Ausscheidung: Urinkontinenz und Stuhlkontinenz finde ich persönlich ein
23 bisschen verwirrend, weil ich das eher anders fragen würde: Urinkontinenz, ja
24 oder nein? Wenn da nämlich Urinkontinenz steht, ist es ja kontinent, bräuchte man
25 nicht ja oder nein anzukreuzen, weil dann die Fähigkeit dazu vorhanden wäre. Es
26 ist verwirrend (...) 00:02:30-4

28

29 S: Gibt es außer bei der Pflegeanamnese noch Schwierigkeiten? 00:02:44-0

30

31 P1: Ähm, da muss ich noch mal kurz überlegen (*Dokumentationsmappe wird*
32 *dabei gesichtet*). Wir haben die vorgefertigte Risikoeinschätzung und auch diese
33 Blätter vom Qualitätsmanagement. Das wird ja nach bestimmten Gesichtspunkten
34 erhoben. Dekubitus, Harnkontinenz, Schmerz, Sturz, chronische Wunden,
35 Ernährung. Da steht mal wieder Harnkontinenz, da müsste eigentlich
36 Harninkontinenz stehen (...) Das ist das Einzige, was mir aufgefallen ist. 00:03:50-0

37

38 S: Das ist das, was du nicht so gut findest. Was findest du gut? 00:03:48-4

39

40 P 1: Ich finde es gut, dass man sich z.B. beim Kontinenzprofil individuell mit dem
41 Problem des Patienten auseinandersetzt bzw. es wird spezifisch eingeschätzt.
42 Beispiel: die abhängig erreichte Kontinenz oder die nicht kompensierte Kontinenz.
43 Diese Profile werden hier rechts nochmal mit plausiblen Beispielen ausführlich
44 dargestellt. 00:04:31-9

45 Dann finde ich gut, dass man die intrinsischen und extrinsischen Risikofaktoren
46 bei der Sturzgefährdung erhebt. 00:05:41-2

47 (...) es werden wichtige Faktoren erhoben! (*Dabei wird von P1 das QM-Formular*
48 *zum Sturzrisiko nach dem Expertenstandard ausführlicher beschrieben*) 00:06:31-

49 3

50

51 S: Was machst du mit den Ergebnissen, wenn Du dabei festgestellt hast, dass der
52 Patient oder der Pflegekunde sturzgefährdet ist? 00:06:46-5

53

54 P1: Die zutreffenden Merkmale ankreuzen, mit dem Datum und meinem
55 Handzeichen versehen. Es dient auch, um Transparenz und Kongruenz
56 darzustellen. Z.B. für neue Mitarbeiter, die noch nicht bei den Pflegekunden
57 gewesen sind, damit sie mehr Informationen und einen besseren Durchblick
58 bekommen. Also: Informationsweitergabe (...) 00:07:22-0

59

60 S: Stell dir vor: du kommst aus deinem zweiwöchigen Urlaub und musst, ohne
61 eine Dienstübergabe, einen Patienten versorgen, den du noch nicht kennst.
62 Angenommen, dieser kann sich aufgrund einer psychischen Einschränkung nur
63 schwer äußern: in wie fern ist die Dokumentation dabei hilfreich? 00:07:31-5

64

65 P1:Prinzipiell ist die Dokumentation schon hilfreich. Wenn die Handschrift gut
66 lesbar ist. Das finde ich ganz wichtig! Oder die Formulierungen: dass man sich
67 beim Schreiben klar und deutlich ausdrückt und sich dabei nicht zu sehr verzettelt.
68 Bei der Problembeschreibung, die nachher auch in der Pflegeplanung mit
69 Maßnahmen verdeutlicht wird, da haben wir in der Pflegeanamnese die Probleme
70 und die Gewohnheiten und wir leiten die Maßnahmen, die Ziele in der
71 Pflegeplanung ab. 00:08:38-6

72 Wenn es eine gut geführte Pflegedoku ist, ist sie sehr rund und plausibel und man
73 kann sich ganz gut daran orientieren. Man bekommt alle wichtigen Informationen,
74 um gute Pflege machen zu können (...) 00:08:58-0

75

76 S: Also, du würdest als erstes die Pflegeplanung lesen? 00:09:04-7

77

78 P1:Ja, auf jeden Fall. Besonders bei einem dementiell veränderten Pflegekunden.
79 Wenn er oder sie sich nicht äußern kann und keine Übergabe in der Station
80 gemacht wurde, dann ist es natürlich unumgänglich und sehr sehr wichtig, dass
81 man die Pflegeplanung vorher durchliest. 00:09:36-0

82

83 S: Die Voraussetzung dafür ist, wie du vorher sagtest, dass die Schrift deutlich
84 und lesbar ist und in der Pflegeplanung ganz konkret beschrieben wird, was bei
85 den Patienten zu machen ist? 00:09:41-1

86

87 P1: Ja. Richtig! 00:09:41-1

88

89 S: Um das Thema mehr zu vertiefen: wie wichtig ist die Pflegedokumentation für
90 unsere Arbeit? 00:10:23-2

91

92 P1: Sehr wichtig. Als Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst (...) wir haben z.B.
93 bei einem Patienten ein Einfuhrprotokoll zu führen. Das ist einmal für uns wichtig
94 und andererseits für die Ärzte oder für den MDK, um zu sehen, wie es tatsächlich
95 aussieht. Einige Blätter finde ich wichtig, andere weniger wichtig, es sollen aber
96 alle diese Blätter in der Dokumappe vorhanden sein 00:10:59-0 Speziell, was mich
97 betrifft, finde ich diese Blätter als Informationsquelle sehr wichtig. Angenommen,
98 wir haben eine Verordnung Blutdruckmessung durchzuführen, ist es wichtig, dass
99 wir die Werte an den zuständigen Arzt weiterleiten damit die entsprechenden
100 Maßnahmen getroffen werden (...) in Form von Medikation usw. 00:11:28-8

101 Es ist ja unsere Aufgabe die ärztlichen Verordnungen durchzuführen, uns aber
102 auch dabei abzusichern! 00:11:47-7 Daher ist die Zusammenarbeit sehr wichtig,
103 um den Patienten optimal zu versorgen. Nehmen wir das Kontrollblatt für
104 Diabetiker. Das Blatt wird, je nach Zustand und BZ Werten des Patienten an den
105 Arzt gefaxt, um die Menge an Insulin entsprechend anzupassen. Dann kann man
106 anhand der Schwankungen von BZ Werten sehen, wann und in welchem Maß
107 diese sich ändern. Dann führt man ein Gespräch mit dem Patienten und bei
108 Bedarf findet auch eine Beratung statt. 00:13:08-7

109

110 S: Also, es gehört schon zu deiner Aufgabe, bestimmte Beratungstätigkeiten
111 durchzuführen. Werden diese dokumentiert? Wo? 00:13:10-3

112

113 P1: Ja. Z. B. bei der Bestimmung des Ernährungszustandes. Da haben wir ein QM
114 Blatt, wo wir unsere Beratungsgespräche dokumentieren (*das QMFormular nach*
115 *dem Expertenstandard Ernährungsmanagement liegt vor*). Durch das
116 Ankreuzverfahren kann man auf einer Skala den Ernährungszustand des

117 Patienten einschätzen. Angenommen, wir können aufgrund von Bettlägerigkeit
118 kein BMI bestimmen, dann haben wir die Möglichkeit den Oberarm- oder den
119 Wadenumfang zu messen und vergeben dabei 0 Punkte. Unter 9 Punkten besteht
120 dann in dem Fall eine Mangelernährung. Man hört ja immer wieder, dass die
121 älteren Leute vernachlässigt werden und große Schlagzeilen durch die Presse
122 gehen. Da können wir uns dadurch absichern, dass wir die entsprechenden
123 Maßnahmen durchführen. Das ist für uns eine rechtliche Absicherung! 00:15:26-4
124 Wir sind ja ausführende Kräfte, die verantwortlich dafür sind. 00:15:28-0

125

126 S: Die simulierte MDK-Prüfung fand im März dieses Jahres statt. Dabei wurden
127 Mängel in der Dokumentation aufgedeckt. Ich habe den Bericht gelesen und bin
128 der Meinung, dass der Bereich der pflegerischen Leistungen, die ja anhand der
129 Pflegedoku beurteilt werden, eine 3,7 bekam. Was denkst du, woran das liegen
130 kann? 00:16:00-2

131

132 P1: Ich denke, es lag auch an denjenigen, die die Pflegedokumentation
133 geschrieben und dabei die Transparenzkriterien nicht ausreichend berücksichtigt
134 haben. Diese bestimmten Kriterien wurden schriftlich nicht plausibel
135 wiedergegeben. Es gab teilw. in der Doku widersprüchliche Aussagen oder auch,
136 dass Probleme benannt worden sind, aber die entsprechenden Maßnahmen nicht
137 abgeleitet wurden. Ich hatte auch das Gefühl, dass wichtige Aussagen des
138 Patienten, z.B. was seine Biografie betrifft, nicht immer schriftlich festgehalten
139 sind, weil man es einfach vergisst. Dann kann auch sein, dass der Pfleger oder die
140 Pflegerin nicht so richtig in Übung gewesen ist, eine Dokumentation optimal zu
141 erstellen. Das ist ja auch eine Übungssache mit der Pflegedokumentation.

142 00:17:38-2

143 Ja, und wenn man sucht, findet man immer was. Ich denke mal, es gibt auch nicht
144 die perfekte Pflegedokumentation. Da kann der MDK jede Dokumentation
145 anschauen, die würden immer wieder etwas finden und das ist ja andererseits auch
146 schlimm, wenn immer wieder neue Verbesserungsvorschläge und Anforderungen
147 gestellt werden. 00:18:07-4

148 Bei einzelnen Pflegedokus, ich weiß aber nicht welche bemängelt wurden, (...)
149 aber es gab auch andere, die gut waren. 00:18:33-5

150

151 S: Bekommst du Unterstützung, wenn du sie brauchst, bei der Erstellung und
152 Durchführung der Pflegedoku? 00:18:43-1

153

154 P1: Ja. Also, wenn wir Fragen haben oder unsicher sind, dann sieht die Leitung
155 schon zu, dass wir kompetenter und sicherer werden. Da gibt es verschiedene
156 Möglichkeiten. Z. B. die Multiplikatoren- Sprechstunde. Da können sich die MA in
157 einer Liste eintragen, um Termine zu vereinbaren. Oder aber auch individuelle,
158 spezifische Einzelschulungen für die MA durch die Leitung oder durch die
159 Multiplikatoren. 00:19:39-8

160

161 S: Wie ist es mit den zeitlichen und räumlichen Rahmenbedingungen? 00:19:39-8

162

163 P1: Wie gesagt, wir haben die Multiplikatoren-Sprechstunde, wo wir uns
164 gegenseitig beraten und helfen können. Manchmal ist es schwierig ganz alleine
165 eine Anamnese zu erstellen, gerade wenn man den Patienten erst seit zwei
166 Wochen kennt. Dann ist es ganz gut, Rücksprache mit anderen Kollegen zu
167 halten, die sich in der Zeit auch ein Bild von den Patienten machen konnten, um
168 da leichter Entscheidungen zu treffen und das richtige Kreuz (Lachen) auf dem
169 Blatt zu machen. Leider pausiert das im Momentt, wird aber wieder aufgenommen.
170 00:20:37-6

171

172 S: Also, du nutzt diese Sprechstunde 00:20:39-7

173

174 P1: Ja, auf jeden Fall. Ich würde sie auch jederzeit in Anspruch nehmen, und wie
175 man sagt: „Übung macht der Meister“. Ich finde es ganz wichtig, Sachen zu
176 wiederholen, damit man nicht aus der Übung kommt. Es ist ja reine Übungssache
177 mit den Formulierungen und den Transparenzkriterien. 00:21:31-5

178

179 S: Zum Abschluss unseres Gesprächs, möchtest du bezüglich der Pflegedoku
180 etwas loswerden? 00:21:30-1

181

182 P1: Mir fällt nichts ein, was ich da konstruktiv kritisieren wurde. 00:22:20-5

Interview 2 (IP2)

Datum des Interviews: 9. Juni 2010

Ort des Interviews: in einer Cafeteria

Dauer des Interviews: ca. 41 Min.

Beruf: Pflegehelferin

tätig im Beruf seit: 20 Jahre

in Station A seit: 20 Jahre

Besonderheiten des Interviewverlaufs: Das Gespräch hat auf Wunsch der Interviewenden in einer mäßig besuchten Cafeteria stattgefunden. Die Interviewpartnerin war aufgeschlossen und hat die Problematik der Durchführung der Pflegedokumentation aus ihrer Sicht deutlich dargestellt. Das Interview wurde für insgesamt ca. 5 Min. unterbrochen, z. B. als der Kaffee kam. Trotz der ungewöhnlichen Atmosphäre gelang es beiden, eine konzentrierte Gesprächsführung einzuhalten.

1 S: Hallo P2! Danke, dass du dir Zeit genommen hast für unser Gespräch. Wenn
2 du einverstanden bist, werde ich es aufzeichnen... Ich möchte mit dir über die
3 Pflegedokumentation reden und ich werde dir dazu ein paar Fragen stellen. Du
4 kannst mich jederzeit unterbrechen, wenn die Fragen nicht verständlich sind oder
5 aber auch wenn du gerne das Thema vertiefen willst. Als Erstes: wie kommst du
6 mit der Pflegedokumentation zurecht? Was findest du daran gut und was nicht so
7 gut? 00:00:41-9

8

9 P2: Was ich gut finde: dass man daraus sehr viel über den Patienten erfahren
10 kann, wenn man sie richtig nutzt und anwendet, und dass sie sehr ausführlich ist.
11 Was ich nicht so gut finde!? Die Dokumentation enthält zu viel unnötigen
12 Schreibkram, wenn ich das mal so sagen darf...diese weißen Zettel, QM (...)
13 Risikomanagement. Die sind für mich so was von überflüssig. Ich bin der Meinung,
14 dass man anhand einer guten Pflegeanamnese und einer guten Pflegeplanung
15 alles erfährt, womit man auch arbeiten kann. Die anderen Blätter finde ich
16 überflüssig und machen unnütz Arbeit. Da könnte man stattdessen mehr Zeit mit
17 den Patienten verbringen und sich mit ihnen unterhalten. 00:02:05-7

18 S: Diese Risikomanagementformulare gibt es, seitdem die Expertenstandards
19 gesetzlich verankert sind. Kannst du mir konkreter erzählen, was dich an diesen

20 Blättern stört? 00:02:43-5

21

22 P2: Zum Beispiel, wenn man einen Patienten über sein Sturzrisiko aufklärt, reicht
23 es nicht mehr, es in kurzen Stichpunkten zu machen sondern wir müssen in
24 ganzen Sätzen beschreiben, was wir mit dem Patienten versuchen und
25 besprechen. Also wirklich: ganze Sätze, halbe Romane müssen wir teilweise
26 schreiben. Und das finde ich ziemlich überflüssig, das muss nicht so sein! Das ist
27 meine Meinung. Ich finde, man muss Unterschiede machen (...) es ist aber meine
28 Meinung, ob sie richtig ist oder nicht: dass viele Sachen sich bei älteren Menschen
29 wiederholen. Das fängt beim Sturzrisiko an: jeder alte Mensch hat ein Sturzrisiko.
30 Jeder! Ist doch ganz egal, wo er ist! (...) ich weiß nicht (...) Ich finde, wenn man so
31 etwas ausführlich in der Pflegeanamnese beschreibt und das auch in der
32 Pflegeplanung aufführt: was man jeden Tag bei jedem Einsatz zu beachten hat
33 (...) Ich bin der Meinung, das reicht! Ich finde diese Risikoblätter nach wie vor,
34 auch wenn sie vorgeschrieben sind, unnütz. Ich finde sie überflüssig und noch
35 mehr Zettel in einer Doku, was nicht sein muss! Da ist überhaupt keine Zeit mehr,
36 um die ganzen Zettel durchzugucken ... das macht keiner! Wo soll man noch was
37 hinschreiben, wenn wirklich etwas Wichtiges ist? (...) Bei einem Patienten hat sich
38 jetzt vorübergehend etwas geändert. Aber nur für einen Monat! Normalerweise bin
39 ich nicht dafür, dass man extra irgendwelche Zettelchen vorne in die
40 Dokumentationsmappe steckt. Aber, damit es jeder auch liest, musste meine
41 Kollegin das so machen, weil die Information sonst untergegangen wäre (...) Es
42 ging darum, dass die Freundin dieser Patientin einen Monat im Urlaub ist. Aber
43 nur diesen Monat! Wo willst du das aufschreiben, damit jeder weiß, dass diese
44 Freundin momentan nicht für ihre Angelegenheiten da ist, und wir uns z.B. um ihre
45 Post kümmern. Das sind alles so Sachen, Kleinigkeiten, wo diese berühmten
46 „Extrazettel“ zum Einsatz kommen. 00:05:21-7

47

48 S: Kann man diese Information nicht in das "Besonderheiten"- Blatt schreiben?

49 00:05:25-8

50

51 P2: Doch, das kann man machen und es müsste normalerweise auch da stehen.
52 Dann schreibt man in den Pflegebericht: siehe Besonderheiten! Aber, wenn ich
53 zwei Wochen später zum Einsatz komme, lese ich ja nicht den Pflegebericht von

54 den letzten zwei Wochen durch. Das heißt, man müsste in der Station (...) Am
55 sichersten ist es, wenn das alles im Dienstprotokoll steht. Dann kann keiner mehr
56 sagen: ich habe es nicht gewusst. Aber, das liest sich auch nicht jeder durch! Das
57 Dienstprotokoll wird zum Lesen aufgehängt (...) und ich finde gut, dass es so
58 ausführlich ist, aber ich kann mir auch nicht alles merken, was da drin steht.
59 Wichtige Sachen gehen dann irgendwann unter! 00:06:29-7

60

61 S: Kannst du mir bitte erzählen, in wie fern die Dokumentation hilfreich für deine
62 Tätigkeit ist? Für deine Arbeit? 00:06:32-0

63

64 P2: Ich kann daraus ersehen, erstmals anhand der Biografie, was für einen
65 Menschen ich vor mir habe, wie ich damit umzugehen habe. Dann kann ich
66 anhand der Pflegeanamnese sehen, was kann er noch, was kann er nicht, wo
67 muss ich aufpassen (...) wenn er dement ist oder so. In wie weit kann ich ihm
68 etwas zumuten? Pflegeplanung (...) ja daran kann ich sehen in wie weit und wobei
69 er überhaupt Hilfe braucht. Anhand dieser (*Name nicht eingefallen*) Braden- Skala
70 kann ich die Punktezahl feststellen und weiß, in wie fern der Patient Dekubitus
71 gefährdet ist. Das Besonderheiten- Blatt finde ich auch gut (...). Ich finde alles gut
72 außer diese QM Formulare (Lachen). Ansonsten (...) Biografie ist meiner Meinung
73 nach, teilweise zu aufwendig geschrieben. Da haben sich einige Leute so viel
74 Mühe gegeben und sich Zeit genommen, also das ist meine Meinung. Wenn man
75 sich aber die Biografie durchliest, kann man evtl. danach fragen (...) Wenn der
76 Patient dement ist, dann kann man das schon ausführlicher machen aber
77 ansonsten (...) ich lese z.B. "die Patientin ist früher gerne gereist", dann habe ich
78 einen Ansatzpunkt, worüber ich mit ihr reden kann (...). 00:08:29-7

79 Man muss sich wundern, was man manchmal so liest. Also ich schreibe selten
80 eine Biografie, ich brauchte das bis jetzt, Gott sei Dank, nicht so oft. Man muss
81 sich wundern wie viel (...) Also ich verstehe die Patienten, mit denen ich
82 gesprochen habe, ich verstehe sie danach viel besser als vorher! Nur, um solche
83 Gespräche zu haben, braucht man natürlich Zeit und Ruhe. Das ist nicht in einer
84 Viertel oder halben Stunde getan. Na gut! Die Zeit können wir uns aufschreiben.
85 Und wenn die Biografie gut geführt ist, dann sagt ja keiner was! 00:09:15-7

86 S: Also, die Zeit für die Durchführung der Pflegedokumentation wird gegeben und
87 auch entlohnt... 00:09:19-8

88 P2: Ja, ja. Sonst würde ich es auch nicht machen! Im Moment haben wir auch ein
89 bisschen Luft, ein bisschen mehr Zeit, aber es ist auch so: Meistens bin ich voll
90 ausgelastet und wenn man eine halbe Stunde hat, eine Doku zu kontrollieren, das
91 funktioniert einfach nicht. Na ja, weil ich einfach nicht die Routine darin habe. Ich
92 kann sie auch nicht haben, weil ich das zu selten mache und zu selten die
93 Gelegenheit dazu habe (...). Ich hatte bisher selten die Gelegenheit, weil die
94 Dokus, die ich machen sollte, schon von den Multiplikatoren gemacht wurden.
95 Nicht weil ich das nicht kann, sondern weil die das auch lernen sollten. 00:10:32-4
96

97 S: Und wenn du jetzt die Gelegenheit dazu bekommst, die Dokus zu machen,
98 würdest du da die Unterstützung kriegen, die du brauchst? 00:10:40-4
99

100 IP2: Ja, ja. Also ich weiß, wie es funktioniert. Brauche nur die Zeit und die
101 Räumlichkeiten dazu! Momentan ist das gut: man kann sich hinten im Büro
102 zurückziehen. Was unmöglich ist und das würde auch nicht gehen: vorne zu
103 sitzen, im Aufenthaltsraum! Die einzige Chance, die ich hätte, ist die Arbeit mit
104 nach Hause zu nehmen. Das mache ich sehr ungerne, weil ich da abends wirklich
105 noch Stunden über der Dokumappe sitze. Alleine für die Pflegeanamnese brauche
106 ich teilw. zwei bis drei Stunden. Na ja, wenn du sieben Stunden an dem Tag
107 gearbeitet hast und abends noch die Anamnese machst, das finde ich nicht so
108 prickelnd. (...). Meistens mache ich das aber doch zu Hause, weil ich in der
109 Station doch nicht immer die Möglichkeit habe, mich zurückzuziehen. Ich kann das
110 einfach nicht zwischen Tür und Angel! Momentan geht es, wie gesagt...Im Keller
111 geht`s auch nicht, da rauchen ja alle und es stinkt. Ich bin kein
112 "Kellerkind"(Lachen). 00:12:09-8

113
114 S: Der MDK war noch nicht da, aber eine Simulation der MDK Prüfung hat im
115 März dieses Jahres stattgefunden. (*Unterhaltung über genaueren Zeitpunkt*). Aus
116 dem Bericht haben wir erfahren, dass der Bereich "Pflegerische Leistungen"
117 schlecht abgeschnitten hat. Woran denkst du, kann das liegen? 00:13:37-4

118
119 P2: Ich weiß nur von einer Dokumappe für einen Patienten, Herr Z. Und da kann
120 ich dir genau sagen, woran das liegt: weil zu viele Kollegen verschiedene
121 Ansichten hatten. Z.B. mein Kollege, der das gemacht hat (...) ich hätte

122 vollkommen anders geschrieben. Aber er hat es so gesehen und hat es auch so
123 geschrieben. Jeder hat eine andere Ansicht gehabt und das ist nur so ein
124 Beispiel.(...) Genau: es ging um Schmerzen bei Herrn Z., das Schmerzprotokoll.
125 Der eine kreuzte "keine Schmerzen" an, der andere "hat Schmerzen". 00:14:27-7
126
127 S: ...und keine Konsequenzen in der Pflegeplanung daraus gezogen... 00:14:25-7
128
129 P2: Nein. Es ging nur hin und her! 00:14:37-0
130 Eigentlich war ich zuständig für die Mappe, aber, da ich kaum bei Herrn Z.
131 gewesen bin, hat mein Kollege die Überarbeitung der Mappe gemacht und ich
132 habe mich da raus gehalten. C. hat die Pflegeplanung gemacht und ich hatte
133 Angst, mich da einzumischen, ...er ist jeden Tag vor Ort. Wenn er das so sieht,
134 dann kann ich doch nicht etwas anderes machen oder schreiben. Ich würde es
135 auch nicht mögen, wenn es umgekehrt wäre! Konkret war nur dieses Beispiel mit
136 dem Schmerz! 00:16:06-3
137
138 S: Hast du denn mit C. darüber geredet? 00:16:06-7
139
140 P2: Nein. Ich habe mit C. nicht geredet. Das hat K. (*PDL-eigene Ergänzung*)
141 gemacht. Sie hat sich mit ihm hingesetzt und hat die Dokumentationsmappe mit
142 ihm zusammen gemacht, damit da mal Klarheit besteht. (...) 00:16:36-8
143 Das ist so: manchmal habe ich auch keine festen Touren...ich habe z.B. eine Doku
144 von einer Patientin zu kontrollieren, bei der ich einmal, zweimal im Jahr bin. Bei ihr
145 sind wir nur zweimal die Woche im Abenddienst. Da ich aber selten Spätdienst
146 habe und nicht gerade an diesen Tagen, kann ich die Doku nicht überprüfen (...)
147 Das muss jemand anders machen. 00:17:42-0
148
149 S: Teilweise hast du meine nächste Frage schon beantwortet. Stell dir aber vor: du
150 kommst aus dem Urlaub, und hattest keine ausführliche Übergabe...Du musst
151 einen Patienten versorgen, der vielleicht eingeschränkt ist, sich verbal zu äußern
152 und du musst ihn anhand der Pflegedoku vor Ort pflegen. Könntest du diesen
153 Patienten seinen Bedürfnissen entsprechend versorgen? 00:18:44-5
154 P2: Ja. Wenn die Doku richtig geführt ist, ja. Mal ganz davon abgesehen: wenn ich
155 so einen Patienten habe (...) ich schaue erst mal auf den Dienstplan und lese

156 (bevor ich dahin fahre) die Dienstbesprechungsprotokolle durch. Das mach ich,
157 weil in diesen Protokollen immer wichtige Informationen über die Patienten stehen:
158 was zu beachten ist. Wenn ich sehe: ich habe einen neuen Patienten, dann lese
159 ich mir erst mal alles durch. Ansonsten, vor Ort. Da könnte ich arbeiten, es würde
160 auch gut gehen! 00:19:32-7

161

162 S:Die Voraussetzung ist, wie du vorhin sagtest, dass die Doku gut geführt ist.

163 00:19:32-3

164 P2: Ja. Wenn jemand dement ist und sich nicht äußern kann, dann muss man sich
165 verlassen auf das, was in der Doku steht. Und was ich wichtig finde, ist die
166 Anamnese. Wir kriegen jetzt neue Bögen! Hast du das schon gehört? 00:19:54-0

167

168 S: Ja, ich habe sie schon gesehen. 00:19:54-0

169

170 P2: Hoffentlich haben wir mehr Platz zum Schreiben. Der Platz ist zu klein. Die
171 neuen sollen mehr davon haben. Bei einigen Patienten reicht es, aber bei der
172 Mehrheit sind viele Sachen zu bedenken und zu schreiben... 00:20:45-8

173 Wir haben einige Patienten, da fehlt wirklich der Platz! (*Pause, der Kaffee ist*
174 *gekommen*) 00:21:35-7

175 *Inzwischen äußerte P2 Zufriedenheit mit der Leitung. Sie sei immer für die*
176 *Mitarbeiter da, wenn diese z. B. Fragen bzgl. der Pflegedokumentation haben.*
177 *(nicht aufgezeichnet).*

178

179 S: ...in einem Gespräch klagte eine Kollegin darüber, dass sie in der Ausbildung
180 nicht gelernt hat, sich auszudrücken und richtig zu formulieren. Das wäre, ihrer
181 Meinung nach ein Hindernis, die Dokumentation gut zu führen... 00:23:50-1

182

183 P2: Ja (...) In bestimmten Bereichen schon (...) Dadurch, dass wir alle
184 unterschiedlich sind (...) du kannst nicht verschiedene Ansichten und Meinungen
185 verallgemeinern. Du kannst nicht alle unter einen Hut bringen. Das geht nicht! (...) Bestimmte Kenntnisse haben wir schon. Z. B . im Pflegebericht darf man nicht
186 schreiben "Patient fühlt sich nicht gut". Woher will ich denn wissen, wie der Patient
187 sich fühlt? Ich kann nur beurteilen, was ich sehe, was er von sich aus sagt. Aber
188 sonst (...) hat diejenige auch ein Beispiel genannt? 00:25:04-8

190 S: Ja, es ging, um die Beschreibung von bestimmten Pflegesituationen und
191 Pflegeproblemen. 00:25:39-4

192

193 P2: Ja, es ist tatsächlich manchmal schwer. Eine Fortbildung wäre gut, damit man
194 sich einheitlich ausdrückt. Damit habe ich auch manchmal Probleme (...) ich weiß
195 auch nicht immer, wie ich mich ausdrücken soll, und nehme mir schnell die
196 Formulierungshilfen zur Hand. Zur Zielformulierung (...) man hat mir gesagt, dass
197 es egal ist, ob ein Nah- oder Fernziel formuliert wird. Hauptsache ein Ziel muss da
198 sein! Was will man da schreiben? 00:26:49-6

199

200 S: Ein Nahziel wäre: "Patient trinkt 1,5 L am Tag", Fernziel wäre dann z.B. "Patient
201 erleidet keine Exikkhose". Das erste Ziel kann man schnell anhand des
202 Trinkprotokolls überprüfen. Oder?

203 00:28:44-5

204

205 P2: Ja, ich merke schon, ich brauche eine Auffrischung meiner Kenntnisse (...) mir
206 würde so eine Schulung, wie man richtig formuliert und sich ausdrückt, ganz gut
207 passen. Meine Ausbildungszeit ist schon 20 Jahre her. (Lachen) 00:29:39-9

208

209 S: Ich habe meine Ausbildung 2006 abgeschlossen und habe es auch nicht
210 gelernt. (Lachen). 00:29:49-7

211

212 P2: Was ist das für ein Aufwand für eine Sozialstation, jeden Mitarbeiter in der
213 Dokumentation einzuarbeiten (...) jede Station dokumentiert anders! 00:30:55-5

214 Ja (...) also ich habe mal vorgeschlagen, dass ich z.B. nur bis 12 Uhr arbeite und
215 mich dann in Ruhe noch eine Stunde hinsetze. Das ist nicht so anstrengend.

216 Wenn ich aber so früh aufgestanden bin und bis 14 Uhr gearbeitet habe, dann

217 habe ich keine Lust mehr und weigere mich, das zu tun (...) Das haben sie sich

218 auch zu Herzen genommen, was aber im Moment nicht so zu machen ist. Wenn

219 sich andere verrückt machen und in deren Freizeit Dokus machen, das mache ich

220 nicht! Eine neue Pflegeanamnese dauert halt lange. Diese zu überprüfen hört nie

221 auf, es ist immer irgendwas! Theoretisch musst du dir jeden Tag eine Stunde für

222 die Doku und für die Pflegeberichte Zeit nehmen, damit du das alles richtig

223 machst. Ich mache das so gut, wie ich kann, und habe irgendwann Feierabend.

224 Dann wurde mir gesagt: "ja, eine Pflegeanamnese muss man einmalig schreiben!"
225 Na gut, dann kommt wieder was anderes! Es ist immer irgendwas! Und du musst
226 dich zwischendurch auch um die Bedürfnisse des Patienten kümmern (...) Man hat
227 zu viele Sachen im Kopf. Mein Kopf ist voll (Lachen). Wenn ich die Zeit habe,
228 wenn ich eine oder zwei Stunden Ruhe habe, dann mache ich das. Nur, es lohnt
229 sich nicht, mich für eine halbe Stunde ins Büro zu setzen, wenn ich in dieser
230 halben Stunde zwei Sätze geschafft habe (...) Aber das ist jetzt eine
231 organisatorische Sache und es geht teilw. momentan nicht so gut. Sehe ich auch
232 ein. Deswegen versuchen wir jetzt, das alles so gut wie möglich über die Runden
233 zu kriegen. K. hat auch paar Dokus bearbeitet. Mit der Checkliste ist das auch
234 ganz gut. Man kann ja nur daraus lernen, je öfter man das macht! Perfekt ist man
235 nicht (...) Außerdem ist das meine Arbeitszeit! 00:34:59-6

236

237 S: Wir haben ja letztes Jahr die Multiplikatoren Stunde eingeführt. Nutzt du die
238 Möglichkeit, und wie bewertest du den Nutzen dieser Sprechstunde? 00:35:09-7

239

240 P2: Ich fand es erschreckend, dass die Multiplikatoren zur Schulung geschickt
241 worden sind, um das zu lernen. Denn letztendlich musste jeder Kollege im
242 Nachhinein vom PDL geschult werden. Irgendwie hat sich danach rausgestellt,
243 dass die Schulung noch mal von K. intern stattfinden musste, weil alle drei (die
244 Multiplikatoren) es unterschiedlich verstanden haben. Daher konnten die uns
245 nichts so vermitteln (...) deswegen hat K. noch mal eine interne Fortbildung mit
246 den Dreien gemacht. Irgendwie (...) ich weiß nicht mehr so ganz genau, wie es
247 ging. Aber ich habe gesagt: „K. wir haben die Multiplikatoren, die haben eine
248 Schulung gemacht und mussten nachgeschult werden, und dann soll ich, eine
249 kleine Krankenpflegehelferin, das mal eben so nebenbei machen?“ Das fand ich
250 schon lustig. Möchte nichts mehr dazu sagen! 00:36:41-3

251

252 S: Abgesehen davon: stell dir vor, die Multiplikatoren-Sprechstunde hatte nicht
253 diese "Anlauf-Schwierigkeiten" und hätte so stattgefunden, wie es vorgesehen
254 war: an einem bestimmten Tag in der Woche, verabreden sich, unter
255 Berücksichtigung des Einsatzplanes, ein Multiplikator und eine Pflegekraft. Dabei
256 werden Informationen und Wissen ausgetauscht bzgl. der Pflegedokumentation.
257 Wie würdest du den Nutzen bewerten? 00:36:46-6

258 P2: Es hat stattgefunden aber teilw. war es so, dass immer wenn ich eine Doku
259 hatte, keiner da war. Oder die drei haben sich hingesetzt und die Dokus gemacht.
260 Es ist nicht so (...) U. hat mir schon geholfen, weil sie ja öfters in Büro sitzt, und
261 das hat mir schon geholfen! Aber D. und E. habe ich kaum gesehen: wenn ich da
262 war, waren sie nicht da und umgekehrt. Generell finde ich gut, dass man einen
263 Ansprechpartner hat (...) Es ist schwierig, unter einen Hut zu kriegen, dass die
264 Multiplikatoren da sind und gleichzeitig der Mitarbeiter, der eine Dokumappe zu
265 bearbeiten hat...das alles unter einen Hut zu kriegen mit den Einsätzen. Es ist echt
266 schwierig! Und man muss sich darauf konzentrieren und darf nicht private Sachen
267 diskutieren. 00:38:14-7

268

269 S: Man trifft sich ja sonst so selten und da besteht natürlich auch der Bedarf sich
270 mal privat auszutauschen (...) 00:38:18-0

271

272 P2: Ja, weiß ich nicht. Wenn ich arbeite, dann arbeite ich. Das andere mache ich
273 anschließend. Ich kann nichts dafür (Lachen). Ich weiß nicht, ob das so gut ist,
274 aber ich mach es nun mal so. Ich kann nicht nebenbei noch über private Sachen
275 reden. Klare Linien brauche ich (Lachen). 00:39:03-0

276

277 S: Möchtest du noch etwas loswerden? 00:39:19-4

278

279 P2: Das Einzige, was ich mir wünsche ist, dass das endlich klappt und die
280 Dokumentation von allen gut geführt wird, damit man schlauer wird! Und dass
281 jeder sich dafür verantwortlich fühlt. Es ist schon Teamarbeit. Es nervt, wenn die
282 Pflegebericht - Blätter voll sind, und ich da nichts eintragen kann (...) Ich hatte
283 einen Pflegebericht vor mir: vor zwei Wochen war der letzten Eintrag und das Blatt
284 war voll, ich konnte nichts schreiben. Das kann ich nicht leiden! Die sehen doch,
285 dass neue Blätter rein müssen! 00:41:17-9

286 Ich denke, das ist manchmal zu viel, zu viel an was wir denken müssen und dann
287 passiert so was. Zu viel Schreibkram und jetzt mit dieser MDK Prüfung, die
288 irgendwann demnächst kommt (...) da bin ich nicht da. (Lachen). 00:41:54-5

289

290 S: Vielen Dank für das Gespräch!

Interview 3 (IP3)

Datum des Interviews: 13. Juni 2010

Ort des Interviews: bei der Interviewpartnerin zu Hause

Dauer des Interviews: ca. 28 Min.

Beruf: Krankenschwester

Position: Pflegedienstleitung

tätig im Beruf seit: 10 Jahre

in Station A seit: 7 Jahre

Besonderheiten des Interviewverlaufs: Das Interview fand bei der Gesprächspartnerin zu Hause statt. Als Pflegedienstleiterin hat sie die Problematik vielmehr aus Sicht der Mitarbeiter dargestellt jedoch hat sie im Verlauf des Interviews viele Informationen über die bevorstehende Qualitätsprüfung des MDK sowie über den aktuellen Rahmenbedingungen in der Station gegeben. Die Fragestellung bzw. der Leitfaden wurde nicht geändert, damit ein objektiver Vergleich der Informationen stattfinden kann.

1 S: Vielen Dank, dass du dich zur Verfügung gestellt hast! Wenn du einverstanden
2 bist, werde ich dieses Gespräch für studentische Zwecke aufzeichnen! Es geht,
3 wie gesagt, um die Pflegedokumentation. Als Erstes möchte ich von dir erfahren,
4 wie du mit dem aktuellen Pflegedokumentationssystem zurechtkommst. Was
5 findest du gut, was nicht so gut? 00:00:31-5

6
7 P3: Gut gefällt mir, dass die Pflegedokumentation so aufgebaut ist, dass
8 tatsächlich alles, was wichtig für die Pflege ist, erfasst werden kann. Angefangen
9 von persönlichen Daten der Biografie, um auch Biografie gerecht pflegen zu
10 können, bis hin zu der Anamnese mit den Ressourcen, Gewohnheitserfassung,
11 der Problembeschreibung, bis hin zur Pflegeplanung. 00:01:06-1
12 Die Dokumentation, finde ich, ist übersichtlich bei uns aufgebaut. Dass sie farblich
13 differenziert ist, dass alles schnell zu finden ist. Bei uns ist eine bestimmte
14 Reihenfolge festgelegt, was den Umgang mit der Pflegedokumentation erleichtert,
15 also, man kann sich sicher sein: es ist immer alles an seinem Platz und man muss
16 nicht jedes Mal von Neuem auf die Suche gehen: wo ist jetzt die Biografie
17 abgeheftet? Es ist alles chronologisch sortiert. Das ist das, was positiv ist. Des
18 Weiteren ist es auch verständlich und einfach beschrieben. Man weiß gleich, was

19 erfasst werden soll, was man aufnehmen soll, wie man sich ausdrücken soll,
20 sodass da keine offenen Fragen auftauchen können, hinsichtlich der
21 Pflegedokumentation. 00:02:11-9

22 Negativ ist, dass sie meiner Meinung nach mittlerweile zu umfassend geworden
23 ist. Wir haben uns für das Pflegemodell nach Nancy Roper entschieden, schon
24 seit einigen Jahren. Viele Pflegedienste nehmen das von Monika Krohwinkel. So
25 groß sind die Unterschiede zwischen den beiden Pflegemodellen nicht. Allerdings
26 bei Monika Krohwinkel sind diese zwei zusätzlichen "existenziellen Erfahrungen
27 des Lebens". Die hat Nancy Roper ja nicht so sehr berücksichtigt und wir haben
28 auch festgestellt, dass sie uns bei der MDK- Anforderung, besonders bezüglich
29 der Transparenzkriterien, etwas zu wenig Raum gegeben hat, um das zu
30 dokumentieren. (...) und nur wegen dieser existenziellen Lebenserfahrungen, die
31 wir nicht so sehr berücksichtigt haben, wollten wir nicht unser komplettes
32 Pflegedokumentationssystem (ist ja super aufgebaut) über den Haufen werfen.
33 Wir haben uns dafür entschieden, unser Pflegemodell nach Nancy Roper, einfach
34 ein bisschen auszubauen und zu ergänzen und nennen es jetzt einfach "Nancy
35 Roper Plus" 00:03:24-8

36 Ein Zufall: wir haben ganz aktuell die Pflegeanamnese ausgebaut, was ich nicht
37 schlecht finde (...) schlecht daran geworden ist nur, dass es einen einfach
38 erschlägt, von der Menge her: statt eine Doppelseiten Anamnese, haben wir jetzt
39 zwei Doppelseiten Anamnese (...) und die dann auch tatsächlich mit Informationen
40 zu füllen, das ist schon viel, das ist hart! 00:04:02-8

41 Zusätzlich sind ja noch die ganzen Expertenstandards dazugekommen, was ja
42 schön und gut ist, aber die Dokumentation, kann man sagen, ist dadurch aufs
43 Doppelte gewachsen. Expertenstandard Schmerz, Sturz, Inkontinenz, Ernährung,
44 chronische Wunden und für jedes einen eigenen Erhebungsbogen plus die
45 Beratung, die man jetzt detailliert aufschreiben muss (...) und das ist schon ein
46 bisschen (...) mehr als nur "Schreibarbeit". Man fühlt sich eher wie ein kleiner
47 Autor, und das zu schaffen in der üblichen Zeit, die vorgegeben ist, der berühmten
48 „Organisationszeit,“ die man uns zur Verfügung stellen kann, um eine
49 Dokumentation auszufüllen, damit man dann auch tatsächlich damit arbeiten kann,
50 so wie es vorgesehen ist (...) die Zeit reicht einfach nicht. 00:04:57-3

51 Das ist das übliche Thema: wir behalten die gleiche Zeit, aber der Anspruch an die
52 Dokumentation wächst eigentlich täglich. Und das ist, laut der Anforderung des

53 MDK ganz einfach... (...) 00:05:09-2

54

55 S: Wir sprechen grade vom MDK. Eine simulierte Prüfung hatte stattgefunden und
56 es wurde festgestellt, so wie ich informiert bin, dass eine oder zwei
57 Pflegedokumentationsmappen schlecht abgeschnitten haben. Kannst du mir
58 sagen, woran das liegen kann, was sind die Gründe dafür? 00:05:34-0

59

60 P3: (...) Das waren eigentlich ganz einfache Dinge. Maßgeblich ging es da um die
61 Transparenzkriterien, die nicht erfasst waren, wie der MDK es sich gerne wünscht
62 und vorschreibt. Ein ganz einfaches Beispiel: in der Anamnese der Punkt "sich
63 waschen und kleiden", wo man auch das Transparenzkriterium „Vorlieben“
64 aufnehmen soll: welche Waschlotion benutzt der Kunde gerne, welches Parfum
65 benutzt er gerne, welche Kleidung trägt er gerne (...) all diese Dinge waren nicht
66 erfasst, sondern rein das pflegerische Problem und was man daraus als
67 Maßnahme entwickeln kann. Aber die Individualität fehlte teilweise in diesen
68 schlecht bewerteten Dokumentationsmappen. Und warum das so ist? Ja (...) das
69 ist schwer zu sagen. Es wird allen erzählt, es werden alle neuen Dinge, die man
70 zu beachten hat bei einer Dokumentation, in der Dienstbesprechung vorgestellt.
71 Unsere Multiplikatoren werden geschult, Mitarbeiter können immer auf einen
72 zukommen, wenn sie Schwierigkeiten im Formulieren haben. Ich denke
73 manchmal, dass es einfach zu viel geworden ist, was man beachten muss, dass
74 einem alleine deswegen schon Dinge "durchrutschen". Es ist einfach schwierig
75 geworden. Viele sind in der Hinsicht ja auch gar nicht geschult, rein von der
76 Ausbildung her. Krankenschwestern und Krankenpfleger haben nicht ihren
77 Schwerpunkt auf der Pflegedokumentation. Im Krankenhaus wird nach wie vor
78 ganz anders dokumentiert, viel weniger dokumentiert und Mitarbeiter, die aus dem
79 Krankenhaus zu uns wechseln, sind zuerst maßlos erschlagen von den ganzen
80 Anforderungen, die die Dokumentation an sie stellt. Das ist eigentlich eine der
81 größten Aufgaben einer Pflegedienstleitung, die Mitarbeiter tatsächlich so ins Boot
82 zu holen, dass sie das Thema Pflegedokumentation auch leben können und es
83 schaffen, die Dokumentation fortlaufend aktuell zu halten. 00:08:00-4

84 S: Stell dir jetzt bitte vor, du kommst aus dem Urlaub und eine ausführliche
85 Übergabe hat nicht stattgefunden. Du musst einen Patienten oder Kunden
86 versorgen, den du nicht kennst. Die Pflegedoku liegt vor Ort. In wie fern ist die

87 Dokumappe für deine Arbeit hilfreich? 00:08:47-9

88

89 P3: Also, wenn ich einen Kunden vor mir habe, der sich vielleicht nicht mehr
90 äußern kann, ist die Dokumentation tatsächlich wichtig, weil ich mir dann den
91 Pflegeablauf durchlese. Ich spare Zeit in dem Moment, wenn die
92 Pflegedokumentation gut geführt ist, weil ich nicht selbst herausfinden muss, wie
93 mobil der Kunde eigentlich ist; muss ich einen Gehwagen benutzen? Kann er
94 selbstständig Richtung Toilette gehen? Wo liegen vielleicht bestimmte
95 Pflegeutensilien, die ich für die Pflege brauche? Das empfinde ich definitiv als
96 Erleichterung und wenn ich dann, was oft passiert ist, eine Pflegedokumentation
97 vorfinde, die dementsprechend nicht geführt wurde (...) war das schon
98 enttäuschend und für mich hat es Mehrarbeit bedeutet. Genauso wichtig ist, dass
99 ich vorher in den Pflegebericht gucken kann, ob bei den letzten Einsätzen
100 irgendwas Außergewöhnliches passiert ist, um dann patientengerecht auf die
101 Situation eingehen zu können. 00:10:00-0

102 Wir hatten jetzt gerade ein aktuelles Beispiel, wie wichtig Biografiearbeit oder die
103 Anamnese ist, wenn man einen Patienten jahrelang pflegt und gut kennt (...) Man
104 erfährt so viel über die Person, wie sie ist, wie sie tickt, was für Wünsche und
105 Bedürfnisse sie hat. Wenn der Patient sich tatsächlich irgendwann in seinem
106 Gesundheitszustand verändert, sagen wir, dass plötzlich eine Demenz eintritt,
107 oder er einen Schlaganfall bekommt, oder sonst irgendwas passiert (...) und alle
108 diese Wünsche und Bedürfnisse nicht dokumentiert sind, (...) kann das schon zu
109 großen Schwierigkeiten führen. Eine Kundin von uns wäscht sich tatsächlich nur
110 alle halbe Jahr die Haare und das macht sie schon ihr Leben lang so. Dann ist
111 wichtig, dass das dokumentiert wird. Wenn ich mir vorstelle, sie wird irgendwann
112 dement und wir wollen ihr plötzlich wöchentlich die Haare waschen und wundern
113 uns dann, warum sie sich mit Händen und Füßen wehrt (...) dann ist das eine
114 wichtige Information, um Biografie gerecht pflegen zu können. Und das ist nun mal
115 so: im ambulanten Pflegebereich oder überhaupt im sozialen Bereich ist die
116 Mitarbeiterfluktuation groß und diese nehmen wertvolles Wissen mit, anstatt es in
117 die Dokumentation zu schreiben. Und das ist eigentlich die hauptsächliche Arbeit.
118 Also, so ganz dumm sind die Transparenzkriterien vom MDK, was das angeht, ja
119 nicht, weil Pflegekräfte in ihrer eigenen pflegerischen Arroganz manchmal denken:
120 Wieso, das wissen wir doch alle und das machen wir doch alle, dafür sind wir doch

121 da, aber du bist nicht immer bei dem Patienten und irgendwann ersetzt dich
122 jemand und plötzlich wird dieses komplettes wertvolles Wissen mitgenommen, zu
123 Lasten des Patienten. 00:11:58-8

124

125 S: In wie fern beeinflusst die Dokumentation deine Arbeit und umgekehrt? Wie
126 wird deine Arbeit durch die Pflegedokumentation beeinflusst und wie viel Zeit
127 nimmt sie in Anspruch? 00:12:28-7

128

129 P3: Also eine Neuanlage für eine Dokumentation dauert mit Sicherheit drei
130 Stunden. Man denkt immer: eine Stunde muss reichen aber das ist in keinsten
131 Weise so. Wir haben uns in unserem Qualitätsmanagementsystem selber die
132 zeitliche Vorgabe gegeben, dass für eine Neuaufnahme innerhalb von zehn Tagen
133 die Pflegedokumentation stehen muss. Dafür ist natürlich auch wichtig, dass dann
134 hauptsächlich die gleichen Mitarbeiter dort eingesetzt werden, damit sie auch die
135 Möglichkeit haben, den Patienten gut kennenzulernen und die Dokumentation
136 schreiben zu können (...) und dafür, je nachdem wie aufwändig der Kunde ist (...) bei einem aufwändigen Pflegekunden braucht man mindestens drei Stunden, um diese Dokumentation anzulegen. Und dann kann es immer noch sein, dass
139 Kleinigkeiten fehlen. Man muss sich vorstellen: man nimmt einen neuen Kunden auf, der nicht unbedingt von Anfang an gewillt ist, einem biografische Daten zu übermitteln. Erst muss ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden (...) teilweise fehlen dann sogar kleinere Informationen, wie: „was hat er früher beruflich gemacht?“ Weil sich der Pflegekunde wundert: Was wollen die denn noch alles wissen? Das braucht halt alles ein bisschen Zeit, und da ist man bei dem Problem, dass man daran denkt und fortlaufend versucht diese Informationen nach und nach einzuholen. Wenn man wieder in den normalen Pflegealltag rutscht. Da ist dann eher die Pflegedienstleitung gefragt, anhand von
148 Pflegedokumentationskontrollen dem Ganzen nachzugehen und nachzuhaken, und in Aufträge zu verpacken (...), damit die Pflegedokumentation irgendwann vervollständigt wird (...). 00:14:31-2

151 Was oftmals ermüdend für Mitarbeiter ist: wenn sich der Zustand eines
152 Pflegekunden rapide verändert und deshalb ständig dementsprechend die
153 Pflegedokumentation angepasst werden muss. Das bedeutet: die komplette Anamnese neu schreiben, die komplette Pflegeplanung neu beraten in allen

155 Expertenstandards und das nimmt unheimlich viel Zeit in Anspruch, die hat man
156 nicht immer. Das ist schon ein Balanceakt bei der Planung. Die
157 Pflegedienstleitung muss in irgendeiner Form dafür sorgen, dass das zeitlich
158 eingeplant wird. Die Mitarbeiter sind nicht unbedingt gewillt, sich noch eine Stunde
159 hin zu setzen und freiwillig eine Dokumentation zu bearbeiten, nachdem sie eine
160 sieben Stunden Tour gefahren sind (...) das ist natürlich von Mitarbeiter zu
161 Mitarbeiter verschieden, aber sie sind dann irgendwann so voll von Informationen,
162 dass sie keine Lust mehr haben (...) 00:15:35-1

163 Und das ist tatsächlich das Hauptproblem. Die Vergütung für die Pflegeleistungen
164 und Behandlungspflegeleistungen ist seit Jahren gleich. Z.B. die AOK Verträge,
165 die verhandelt worden sind...die letzte Verhandlung war 2002, als die SGB V
166 Preise neu ausgehandelt wurden. Hamburg wird im Vergleich zu anderen
167 Bundesländern noch ganz gut bezahlt und da traut sich die HPG (Hamburgische
168 Pflege Gesellschaft) in keiner Weise, neu zu verhandeln, um die Preise ein wenig
169 der Realität anzupassen. Die Anforderungen seitens des MDK an uns wachsen
170 immer mehr, aber die Preise bleiben gleich. Das bedeutet, wir müssen immer
171 mehr Zeit aufwenden, um den Anforderungen gerecht zu werden, werden aber
172 nicht dementsprechend bezahlt: Beratung wird nicht bezahlt (...) 00:16:29-8

173

174 S: Wie wird die Zeit für die Dokumentation vergütet? 00:16:33-0

175

176 P3: Das wird gar nicht vergütet. Also eine Neuanlage kann man abrechnen (für die
177 Kunden, die eine Pflegestufe haben), das ist in Hamburg der LK 17, der
178 sogenannte Erstbesuch (...) und man hat noch einmal die Möglichkeit, einen
179 Folgebesuch abzurechnen (...) wenn man die Mappe komplett neu überarbeiten
180 muss. Aber es ist dann natürlich auch Verhandlungssache mit den Pflegekunden
181 an sich, aber viele Pflegekunden möchten natürlich privat nicht zuzahlen und
182 sehen nicht ein, für eine Beratung, die sie selbst vielleicht gar nicht haben wollen,
183 die wir ihnen teilw. aber aufzwingen, weil wir es müssen und verpflichtet dazu
184 sind, diesen LK 17 zu bezahlen. 00:17:19-4

185

186 S: Ich habe eine positive Rückmeldung von einer Kollegin, dass die Zeit für die
187 Dokumentation von der Pflegeeinrichtung vergütet wird- als Organisationszeit.
188 00:18:05-3 Das Problem ist tatsächlich, sich nach einem Einsatz von sieben

189 Stunden zu motivieren und hinzusetzen, um konzentriert die Pflegedoku zu
190 überarbeiten. 00:18:03-8

191

192 P3: Da haben wir schon verschiedene Dinge ausprobiert, um dem entgegen zu
193 wirken, wie ein Extra Tag für die Pflegedokumentation, aber das ist auch rein
194 personell nicht immer umzusetzen... 00:18:11-5

195

196 S: Meinst du die Multiplikatoren- Sprechstunde? 00:18:15-3

197

198 P3: Genau. 00:18:19-5

199

200 S: Und wird das noch gemacht? 00:18:19-0

201

202 P3: Wir haben vor, das wieder aufleben zu lassen, aber wir als Pflegedienst waren
203 von Dezember bis einschließlich April personell sehr schwach besetzt aufgrund
204 von drei Dauerkranken (...) und deshalb war das überhaupt nicht machbar. Da
205 haben alle viel gearbeitet (...) und waren trotzdem - muss ich sagen- fleißig bei der
206 Dokumentation dabei, weil das Thema MDK natürlich immer wie eine drohende
207 Glocke über einem schwebt, und allen bewusst ist, dass davon auch der gute Ruf
208 des Pflegedienstes abhängt. Wir sehen auch ein, dass an der Dokumentation so
209 viel gut ist, aber dass auch viel ins Kleinkrämerische geht, was uns allen eigentlich
210 den letzten Nerv raubt. 00:19:10-5

211 Angefangen jetzt ganz aktuell wieder das Thema Kontrakturprophylaxe. Wenn wir
212 einen Patienten haben, bei dem wir feststellen: da ist eine Kontrakurgefahr und in
213 die Pflegeplanung die betreffenden Körperpartien aufnehmen (...) und dazu
214 schreiben "Bitte Bewegungsübungen durchführen", das ist dem MDK nicht mehr
215 ausreichend. Er möchte jetzt, dass wir genau beschreiben, in welchem Gradwinkel
216 wird das Bein bewegt, in welchem Intervall, in welchem Rhythmus, wie häufig pro
217 Minute (...) ist es eine aktive, eine passive Bewegungsübung (...) das grenzt schon
218 ein bisschen an Schikane, finden wir 00:20:05-9

219 (...) also solche Forderungen haben die Konsequenz, dass man einen

220 Standardzettel entwickelt, auf dem man per Ankreuzverfahren nur noch ankreuzt.

221 Ja: wir machen heute aktiv, und innerhalb von einer Minute vielleicht zehn

222 Bewegungsübungen am linken Bein in dem und dem Gradwinkel, und dass wir

223 diese Standardversion einfach für alle unsere gefährdeten Patienten übernehmen
224 werden, weil ich glaube, dass diese Erwartungshaltung definitiv zu hoch ist.

225 00:20:42-0

226

227 S: Wird dieser Standard gerade bearbeitet? 00:20:41-1

228

229 P3: Ja, wir überlegen gerade, wie wir es umsetzen können (...) und wir versuchen
230 in unsere Dienstbesprechungen alle diese neuen Entwicklungen aufzunehmen,
231 und einfach mit Humor zu nehmen. Wir haben festgestellt, mit Humor geht es
232 doch am besten. 00:21:10-6

233

234 S: Stell dir mal vor, du hättest die Möglichkeit von heute auf morgen in der
235 Pflegedokumentation etwas zu ändern. Was würdest du als erstes rausschmeißen
236 oder was würdest du ergänzen? 00:21:46-2

237

238 P3: (Lachen) Ergänzen würde ich schon mal nichts, sie ist umfassend genug. Und
239 abspecken (...) ja, das ist schwierig zu sagen, weil momentan die ganze Art zu
240 leben, zu arbeiten, so sehr MDK- gesteuert ist, als wäre der MDK allmächtig und
241 das, was er sagt (...) also dem MDK wird unglaublich viel Macht und Spielraum
242 gegeben. Und die Pflege hat in keinsten Weise eine Lobby. So wirkt das. Nein, das
243 wirkt nicht so, sondern so ist es einfach. Das, was der MDK sagt, ist Gesetz, und
244 das müssen wir umsetzen, um als Pflegedienst bestehen zu können. 00:22:51-0
245 Die Art und Weise, wie mit diesen Transparenzberichten umgegangen wird oder
246 die Art und Weise, wie sich der MDK ankündigt, spricht eigentlich für sich. 1 1/2
247 Stunden bevor sie mit mindestens vier Personen in einem Büro erscheinen- je
248 nach Größe des ambulanten Pflegedienstes- das hat nicht wirklich eine beratende
249 Funktion, wie der MDK ja behauptet, dass er eine beratende Funktion hätte (...)
250 Wenn man mir mitten im Betrieb 1 1/2 Stunden vorher sagt, „so dann bin ich da
251 und sie müssen für mich Gewähr bei Fuß stehen,“ und der Bericht wird dann für
252 alle zugänglich im Internet veröffentlicht und ich habe überhaupt gar keinen
253 Einfluss darauf: auf die Art der Beurteilung usw. 00:23:34-9

254 Insofern ist für mich momentan eher die Angst beherrschend. Und jetzt einfach zu
255 sagen: ich streiche was, ist momentan für mich als Pflegedienstleitung gar nicht
256 möglich. Das musste übergeordnet passieren. Wir sind ein großer Verband, eine

257 große Wohlfahrtshilfsorganisation (...) die müssten sich in irgendeiner Art und
258 Weise organisieren und Stellung beziehen (...) Denn das, was wir jetzt in der
259 Pflegedokumentation haben, ist das, was auch drin sein muss. Da gibt es gar
260 nichts zu streichen! (...) 00:24:40-6

261 Was ich selbst als sinnlos oder als überflüssig empfinden würde ist, das die
262 Anamnese tatsächlich so umfassend geworden ist, das muss nicht sein, das ist zu
263 viel (...) und den Rest, würde ich noch nicht mal als überflüssig bezeichnen. Was
264 ich überflüssig finde, ist dieses schulmeisterhafte Bewerten, wie ein Mitarbeiter
265 eine Dokumentation führt, sprich die Vorlagen, die man hat, die ganzen
266 Prophylaxen aufzunehmen, was ja oft Auslegungssache ist: muss bei dem
267 Patienten tatsächlich eine Pneumonieprophylaxe durchgeführt werden? Ja, nein
268 (...) das geht oft von einem unterschiedlichen Pflegeverständnis, was man in dem
269 Moment hat, aus. Oder zwei Tage ist die Situation des Kunden vielleicht nicht so
270 gut, sodass man in diesen zwei Tagen tatsächlich bedarfsgerecht eine
271 Pneumonieprophylaxe durchführt, aber danach ist der Zustand des Pflegekunden
272 verbessert und die Prophylaxe ist nicht mehr notwendig. Dieses spontanes
273 Anpassen der Pflegedokumentation empfinde ich als zu bürokratisch, übertrieben
274 und nicht wirklich machbar für einen Pflegedienst. 00:25:44-1

275

276 S: Also, der MDK verlangt Individualität, die nicht unbedingt durch die
277 Pflegedokumentation gewährleistet werden kann ... 00:25:51-2

278

279 P3: Durch die Pflegedokumentation wird individuelle Pflege immer schwieriger,
280 weil dadurch die Zeit für den Patienten immer knapper wird. 00:26:00-7

281

282 S: Du sagtest am Anfang unseres Gesprächs, dass wir uns zu "Autoren"
283 entwickeln. Ich habe eine Studie gelesen, in der eine Pflegekraft die Aussage
284 machte: "ich bin da, um zu pflegen nicht zum Schreiben". Was sagst du dazu?
285 00:26:28-5

286

287 P3: Ja, das ist falsch. Das Leben verändert sich, Berufe verändern sich, Aufgaben,
288 Inhalte in einem beruflichen Zweig verändern sich, da muss man mitgehen und
289 sich anpassen (...) und so ist es halt im Krankenschwester- oder Altenpflege-
290 Beruf, dass diese Dokumentation hinzugekommen ist und auf dem Weg müssen

291 alle mitgehen und mitlernen. Also, das sehe ich nicht so. Damit degradiert sich
292 eine Pflegekraft auf eine gewisse Art und Weise selber, in dem sie ihren eigenen
293 Anspruch zu sehr herunterschraubt. Eine Pflegekraft ist nicht nur zum
294 „Popowischen“ da, sondern sie hat viel mehr Aufgaben, und dazu gehört auch
295 eine ordentliche Dokumentation. Das ist eher eine Ausrede für viele, weil sie Angst
296 vor der Dokumentation haben, weil es ihnen schwer fällt und sie es nicht richtig
297 gelernt haben. 00:27:24-1

298 Also, was wichtig wäre für die Zukunft ist, dass in der Ausbildung ein größerer
299 Schwerpunkt auf die Dokumentation gelegt wird und den neuen Berufszweig der
300 Gesundheits- und Pflegeassistenten, den sollte man ganz intensiv und neu
301 überdenken. Bei dem Pflegenotstand, und dem Pflegefachkräftemangel den wir
302 haben (...) finde ich, ist es der falsche Weg, mit einem Schwall von GPHs oder
303 GPAs entgegen zu wirken! Das ist der völlig falsche Weg! 00:28:00-3

304

305 S:Vielen Dank für das Gespräch!

Interview 4 (IP4)

Datum des Interviews: 14. Juni 2010

Ort des Interviews: in der Station

Dauer des Interviews: ca. 17 Min.

Beruf: Krankenschwester

Position: Einsatzleitung

tätig im Beruf seit: 5 Jahre

in Station A seit: 3 Jahre

Besonderheiten des Interviewverlaufs: Das Gespräch fand während ihrer Arbeitspause in der Station statt. Der Redefluss war teilw. gestört, weil sie dabei ihr Frühstück zu sich nahm. Obwohl ich wiederholt den Zweck und die Ziele der Studie deutlich vor Beginn des Gespräches erläutert habe, entstand der Eindruck, dass sie eher eine „Rechtfertigungsposition“ einnimmt und eher entschuldigend die Problematik darstellte. Dies kann daran liegen, dass sie seit ca. einem Jahr die Einsatzleitung in der Station hat und somit auch einen Teil der Verantwortung bzgl. Personal und Rahmenbedingungen. Als ehemalige Multiplikatorin, hat sie den Nutzen der Multiplikatoren- Sprechstunde aus ihrer Sicht dargestellt.

1 S: Vielen Dank, dass du dir für das Gespräch Zeit nimmst. Das Thema kennst du
2 ja. Als Erstes möchte ich von dir wissen, wie du mit dem aktuellen
3 Pflegedokumentationssystem zurechtkommst. Was findest du gut, was nicht so
4 gut? 00:00:15-8

5
6 P4: Also, ich finde es an sich ganz gut (...) was mir nicht so gefällt, ist die
7 Wunddokumentation, weil man da nicht von allen Seiten z.B. den Fuß sehen kann
8 oder auch die Hände. Ich weiß aber, dass grade viel überarbeitet wird und viele
9 Arbeitsgruppen entstanden sind, auch noch wegen der anderen
10 Dokumentationsblätter. Von daher sehe ich ganz positiv in die Zukunft. 00:00:40-
11 9 Also, ich komme damit gut zurecht und finde es auch ganz gut aber an manchen
12 Stellen muss halt noch ein bisschen gearbeitet werden, damit man das wirklich
13 alles einwandfrei nutzen kann. 00:01:00-7

14 Also z. B. das Stammbblatt, nicht das Stammbblatt- na gut, das wird auch erneuert
15 mit der Biografie- (...) und der Anamnesebogen(...) da werden die Prophylaxen mit
16 reingenommen und man hat mehr Platz, um die Probleme auszuformulieren. Das
17 war vorher halt nicht immer ganz so toll, dass man nur drei Zeilen hatte, um zehn
18 Probleme aufzuschreiben. 00:01:28-0

19
20 S: Was findest du aktuell besonders gut an der Dokumentation? 00:01:33-8

21
22 P4: Die Struktur (...) dass alles farblich gekennzeichnet ist (...) dass man ein
23 Inhaltsverzeichnis hat, wo man eigentlich alles sehen und sofort finden kann (...)
24 dass überhaupt ganz viele Dokumentationsblätter vorhanden sind, die, glaube ich,
25 nicht in allen Pflegediensten vorhanden sind (...) dass es übersichtlich ist. Ja das
26 finde ich eigentlich am besten. 00:02:10-5

27
28 S: Stelle dir bitte vor, du kommst aus dem Urlaub und hattest keine ausführliche
29 Übergabe bekommen. Dennoch musst du einen Patienten versorgen, den du noch
30 nicht kennst. Der Patient kann sich nicht äußern. Meine Frage: kannst du den
31 Patienten anhand der Pflegedoku entsprechend seinen Bedürfnissen pflegen oder
32 behandeln? 00:02:46-0

33
34 P4:Ohne ihn zu fragen? 00:02:44-2

35 S:Sagen wir mal, er leidet an einer dementiellen Erkrankung... 00:02:44-2

36

37 P4: Oh! Ich denke, dass trifft bei 80% der Patienten zu, vielleicht sogar noch mehr.
38 Wir haben diese Maßnahmenplanung, wo halt alles haarklein aufgeschrieben ist
39 und auch Veränderungen dokumentiert werden. Dann haben wir das
40 Besonderheiten- Blatt, wo Besonderheiten draufstehen. Es gibt den Pflegebericht,
41 wo ich nachlesen kann (...) Also, ich denke schon! Ich denke, wenn jetzt ein
42 Patient von heute auf morgen gekommen ist und da noch nicht so viel vorbereitet
43 ist, dann muss man sich andere Sachen suchen. Da ist sicherlich ein
44 Krankenhausbrief, wo ich Informationen bekomme. Und der Pflegebericht ist
45 wenigstens geschrieben. Aber da ist es auch so, dass man 14 Tagen Zeit hat, um
46 die Doku richtig, komplett zu erstellen, aber ich vertraue meinen Kollegen schon
47 so weit, dass sie das Wichtigste reinschreiben, was ich unbedingt wissen muss.
48 Und eine Ganzheitliche, richtig gute Pflege, kann man sowieso erst machen, wenn
49 man den Patienten länger kennt. Also, beim ersten Mal, wird man nie alle
50 Bedürfnisse sofort erkennen und umsetzen können. 00:04:05-9

51

52 S: Ich habe den Eindruck, deine Erläuterungen gehen eher mehr in Richtung
53 Behandlungspflege (...) lass uns aber vorstellen: es geht um die Grundpflege
54 eines dementiell erkrankten Patienten... und der Patient ist zwar länger unter
55 unserer Betreuung, aber du kennst ihn nicht! 00:05:01-8

56

57 P4: Mir ging es schon mal so mit einem dementen Patienten. Da wurde die Doku
58 so weit vorbereitet, dass ich das machen konnte. Und das ist eigentlich eher bei
59 den Behandlungspflegepatienten so, dass nicht alles in der Doku steht. Wobei ich
60 aber dafür die Verordnung habe, wo ich nachschauen kann, was gemacht werden
61 soll und die meisten (Patienten) auch noch reden können. Ich habe halt nur dieses
62 Beispiel, was mir sofort einfällt und da lief es gut. Da hat die Mitarbeiterin sogar
63 ein Lob bekommen, weil sie so toll war und das so schnell hingekriegt hat
64 (Lachen). Ich denke, es ist bestimmt nicht immer so, aber in diesem einen Fall war
65 es so, und an was anderes kann ich mich gerade nicht erinnern (...) 00:05:59-2

66

67 S: In wie fern beeinflusst die Pflegedokumentation deinen Arbeitstag und
68 umgekehrt: wie wird dein Arbeitstag von der Pflegedokumentation bestimmt?

69 00:06:07-4

70

71 P4: Er fängt damit an und hört damit auf! 00:06:18-3

72 Ich glaube, das sagt alles aus, oder? Wenn ich zu einem Kunden gehe, dann ist
73 das Erste, was ich mache: ich lese mir die Pflegeberichte durch, egal, ob der
74 Patient orientiert ist oder nicht (...) weil, es gibt auch orientierte Patienten, die mal
75 etwas vergessen. Alleine schon, um die Handzeichen zu machen und um alles
76 irgendwie einzutragen (...) Also, meistens ist es wirklich so, dass ich sie mir
77 gerade am Anfang vornehme und am Ende, bevor ich gehe, auch noch mal, um
78 dann irgendwelche Sachen selber einzutragen (...) Gerade bei dem Neuen nimmt
79 man die Struktur der Dokumentation an, denn, wenn durch einen anderen
80 Mitarbeiter etwas vorgegeben ist, dann hält man sich erst mal daran, was da drin
81 steht, bevor man selbst seinen eigenen Rhythmus hat (...) aber die
82 Tätigkeitsabläufe werden schon maßgeblich dadurch beeinflusst. 00:07:19-5

83

84 S: Teilweise hast du mir das schon beantwortet, aber in wie fern ist die
85 Dokumentation hilfreich für deine Tätigkeit? 00:07:36-3

86

87 P4: Sie ist eigentlich sehr hilfreich, weil man z. B. diese Beratungsbögen (...) weil
88 man zum einen sieht, worüber schon beraten wurde (...) man hat eine gute
89 Struktur vorgegeben, es ist übersichtlicher (...) man hat so auch einen Leitfaden.
90 Gerade bei diesen Beratungen, wo man sich so langhangeln kann (...). Z.B., wenn
91 jetzt jemand Dekubitus gefährdet ist, das steht gleich auf dem Beratungszettel,
92 dazu die Braden - Skala (...) die kann man wiederum als Hilfsmittel benutzen. Man
93 kann halt super damit arbeiten, finde ich (...). Also, ich wüsste nicht, was ich bei
94 manchen Patienten machen würde, wenn ich keine Dokumentation hätte, sage ich
95 mal so (...). 00:08:28-2

96

97 S: Wir haben immer mal wieder das Thema MDK. Es wurde ja schon eine
98 simulierte Prüfung gemacht. Dabei wurden erhebliche Mängel in der
99 Pflegedokumentation entdeckt. Was denkst du, woran das liegt? 00:08:44-8

100

101 P4: Es liegt daran, dass es Mitarbeiter gibt, die das einfach nicht so gut können,
102 sie (Dokumentation) zu führen und eine ordentliche Pflegeplanung zu schreiben

103 (...) Das Problem ist, glaube ich, dass diese Mitarbeiter es nicht in der Ausbildung
104 gelernt haben und sich das hier neu aneignen mussten (...) Zum Teil vielleicht
105 auch, nicht bei allen aber vielleicht bei einigen, auch gar nicht die Einsicht da ist,
106 weil sie denken: "ach, schon wieder neue Zettel" und sie sehen es nicht als
107 Arbeitserleichterung sondern als Erschwernis und als zusätzliches Muss, und Zeit,
108 die verloren geht (...) Und ich glaube, dass es wahrscheinlich bei manchen so ist,
109 dass sie nicht regelmäßig bei einem Patienten sind (...) oder durch eigenen Urlaub
110 und Krankheit aber auch durch Urlaub und Krankheit des Patienten, nicht
111 regelmäßig eingesetzt sind und dann die Dokumentation nicht führen und nicht
112 von alleine auf die Idee kommen, sie sich mal (die Doku) im Büro geben zu lassen
113 und da mal zu gucken (...) 00:10:03-6

114

115 S: Wie kann man, deiner Meinung nach, diese Einstellung der Mitarbeiter ändern?
116 00:10:02-8

117

118 P4: Also ich versuche halt immer die Vorzüge zu erklären und, wenn man sich
119 erstmal dran gewöhnt hat und feststellt, dass man es nutzen kann und es auch
120 wirklich hilfreich ist, dann hoffe ich auf Einsicht (...). Ich denke, man muss einfach
121 richtig erklären, wie man damit umgeht und was für einen Arbeitsvorteil das
122 schafft. Wenn man dann vielleicht nicht nur an sich denkt, sondern auch an
123 andere, die da sind (...) da würde ich an gewisse Gefühle appellieren, dass man
124 halt nicht alleine auf der Welt ist sondern, dass man Kollegen hat, die auch
125 irgendwie arbeiten müssen. Grade, wenn ein Wechsel ist (...) dass es einfach
126 wichtig ist und eine Pflicht, das ordentlich zu dokumentieren. Es ist ja nicht aus
127 Spaß, dass wir das machen, sondern wir müssen es ja!. Es ist vorgegeben (...) und man kann das natürlich auch vom Büro aus steuern bei der Planung, indem
128 man nicht so einen hohen Wechsel einplant, (...) wobei das ja auch nicht immer
129 möglich ist: wenn einer krank ist oder Urlaub hat, aber man kann das schon
130 probieren. (...) 00:11:26-5

132

133 S: Du siehst die Vorteile der Dokumentation schon in einer guten
134 Informationsweitergabe ... 00:11:37-6

135 P4: Ja genau! Nicht nur die Weitergabe, sondern sie ist ja das Handwerkzeug,
136 womit man arbeitet und wenn das nicht ordentlich geführt ist, dann bringt es halt

137 nichts. Man weiß nicht über den Patienten Bescheid, man ist nicht auf dem
138 aktuellsten Stand und von daher finde ich es wichtig! Man sollte halt dann
139 appellieren, und als Kollege auch mal sagen: "Pass` auf! Da steht was und ich
140 kann damit nicht so viel anfangen!" 00:12:11-8

141

142 S: Stell dir vor, du kannst die Pflegedokumentation von heute auf morgen ändern.
143 Was fällt dir als erstes ein?00:12:17-5

144

145 P4: Was ändern?! 00:12:20-4

146

147 S: Ja. 00:12:20-7

148

149 P4: Ich habe schon vorher gesagt: die Wunddokumentation! (...) 00:12:30-1

150

151 S: Was würdest du da besser machen? 00:12:30-1

152

153 P4: Ich würde sie ergänzen und anders aufteilen (...) Zum einen, dass die Bilder,
154 die da abgebildet sind, dass die richtig von allen Seiten den Körper zeigen und
155 nicht nur von vorne und von hinten sondern auch von der rechten und von der
156 linken Seite (...) ich würde vielleicht ein Foto machen, so dass man die Wunden
157 auch mit Fotos beurteilt. Ich würde dann diese Fotos in der Dokumentation
158 hinzufügen, damit man ein besseres Bild hat. Ich finde, wenn man wie bisher die
159 verschiedenen Wundheilungsphasen ankreuzt, kann man sich bildlich nur schwer
160 vorstellen, wie sie wirklich aussah. Ich finde, wenn man ein Bild hat, kann man
161 besser beurteilen, ob es wirklich besser geworden ist, oder nicht, als Beispiel. Das
162 ist so die größte Baustelle, die ich in Moment sehe. 00:13:46-2

163

164 S: Fühlst du dich sicher in der Führung der Pflegedokumentation? Bekommst du
165 Unterstützung, wenn es notwendig ist? 00:13:58-5

166

167 P4: Also, ich fühle mich recht sicher. Es gibt bestimmt auch Sachen, die ich noch
168 immer übersehe, obwohl ich mich sicher fühle und es lange gelernt habe (...) Ich
169 bekomme Unterstützung. Wenn ich etwas nicht weiß oder wenn ich mir grade eine
170 Formulierung überlege, dann kann ich eigentlich jeden ansprechen und dann

171 überlegen wir zusammen, was das Beste ist (...) 00:14:31-2

172 Ich glaube, jeder ist halt ein Mensch und nicht immer 100-prozentig. Von daher
173 können mir auch Fehler unterlaufen (...) aber im Allgemeinen, würde ich mich als
174 sicher einschätzen 00:14:49-3

175

176 S: Wir haben seit dem letzten Jahr die Multiplikatorensprechstunde. Wie siehst du
177 den Nutzen daran? 00:14:51-9

178

179 P4: Ja, ganz gut! Es hat sich auch gezeigt. (...) Daher, dass ich selber
180 Multiplikatorin bin und diese Sprechstunde auch durchgeführt habe mit
181 Mitarbeitern, sehe ich einen sehr hohen Nutzen, weil ich gemerkt habe, gerade bei
182 bestimmten Mitarbeitern, die vorher Probleme hatten, dass sie viel weniger Fragen
183 stellen, wenn man sich einmal hinsetzt und das vom Grund auf bespricht. Da, wo
184 noch Baustellen sind, bei demjenigen (...) es hat sich einfach gezeigt im Laufe der
185 Zeit, dass viel weniger gefragt wurde, dass viel vom Alleine lief. Sachen, die ich
186 vielleicht auch nicht auf den ersten Blick gesehen habe, wurden dann gesehen.
187 Das war ganz Klasse. Das hat wirklich etwas gebracht, dass auch der Blick
188 geschärft wird, was alles so wichtig ist und wie der strukturelle Ablauf einer
189 Pflegeplanung und der Pflegedokumentation so ist. Ich finde es auch sinnvoll, weil
190 es schwer ist, nach einem sechs oder siebenständigen Frühdienst, in dem man
191 die ganze Zeit von Patient A zu Patient B gefahren ist, sich dann noch hinzusetzen
192 und zu konzentrieren (...) da geht einem sowieso viel durch die Lappen. Anhand
193 dieser Sprechstunde werden auch andere Mitarbeiter entlastet und haben eine
194 gewisse Zeit auf der Tour -oder sie bekommen eine kürzere Tour- wo sie dann
195 kommen können und nur Zeit haben für die Dokumentation und können dann
196 konzentriert arbeiten. Wenn man dann noch Fragen hat oder vor einem Problem
197 steht, das man alleine nicht bewältigen kann und einen Multiplikator an der Seite
198 hat, der einem hilft und einem so ein bisschen den Weg zeigt, wie es geht. Dann
199 hat er es nach einem zweiten oder dritten Mal verstanden und das bringt eindeutig
200 etwas, das ist sehr sinnvoll. 00:16:55-2

201

202 S: Möchtest du zum Schluss noch etwas über die Pflegedokumentation
203 loswerden? 00:16:57-3

204

205 P4: Wie gesagt, ich finde, sie ist nicht perfekt, aber ich glaube, es ist auch schwer
206 das immer perfekt zu halten, weil sich laufend etwas verändert und Menschen sich
207 verändern und Krankheiten sich verändern (...) man muss halt immer darauf
208 achten, dass es irgendwie -so gut es geht- angepasst ist an die aktuelle Situation,
209 in der man sich grade befindet (...) und ich finde es gut, dass es ein Team gibt von
210 Leuten, die sich hinsetzen und sich Gedanken machen, was aktualisiert werden
211 muss und wie man das am besten machen kann. Ich denke, dass wir auf einem
212 guten Weg sind. 00:17:49-0

213

214 S: Vielen Dank für das Gespräch!

Interview 5 (IP5)

Datum des Interviews: 14. Juni 2010

Ort des Interviews: in der Station

Dauer des Interviews: ca. 15 Min.

Beruf: Alten- und Krankenpflegerin

tätig im Beruf seit: 15 Jahre

in Station A seit: 10 Jahre

Besonderheiten des Interviewverlaufs: Das Gespräch fand im Anschluss ihres Einsatzes statt. Sie hatte eine 6 stündige Tour hinter sich, wollte trotzdem das Gespräch mit mir führen. Um die Bereitschaft anzuerkennen, habe ich Kaffee und Kuchen vorbereitet. Das Interview fand in einem abgeschlossenen Zimmer in der Station statt, dennoch konnten Störfaktoren wie Telefonklingeln und andere Hintergrundgeräusche nicht abgeschaltet werden.

Das Interview verlief eher mühsam. P5 machte kurze, knappe Aussagen, es musste viel nachgefragt werden. Ich bin nur teilw. auf andere Themen und Inhalte eingegangen, dennoch habe ich versucht, Unerklärtes deutlicher zu machen und gleichzeitig die Fragen aus dem Interviewleitfaden zu stellen. Als Beispiel sei hier die Exkursion bzw. meine Erläuterungen zum Pflegemodell von Nancy Roper, die nicht aufgezeichnet worden sind.

1 S: Vielen Dank, dass du dich noch mit mir hinsetzt, nachdem du schon sechs
2 Stunden Arbeit hinter dir hast. Das Thema ist, wie du schon weißt,
3 Pflegedokumentation. Ich werde, wenn du einverstanden bist, das Gespräch
4 aufzeichnen, damit ich die Daten für meine Abschlussarbeit auswerten kann.

5 00:00:10-7

6 Als Erstes, möchte ich wissen, wie du mit dem Dokumentationssystem
7 zurechtkommst? Was findest du gut, was findest du nicht so gut? 00:00:17-5

8

9 P5: Mit der Pflegedokumentation komm ich teil (...) das Einzige, was mir
10 Schwierigkeiten macht, ist die Anamnese: Probleme und Ressourcen. Manchmal
11 denke ich: das ist ein Problem aber das kann auch eine Ressource sein. Oder
12 umgekehrt: Eine Ressource kann auch ein Problem sein. Das ist so gerade bei

13 meiner letzten Aktenbearbeitung gewesen. Da schwanke ich immer (...) 00:01:14-
14 4

15

16 S: Hast du ein Beispiel dafür? 00:01:15-9

17

18 P5: (...) 00:01:23-8

19

20 S: Sagen wir mal als Ressource: die Tochter (der Angehörige) erledigt die
21 Einkäufe für unseren Patienten. Siehst du da ein Problem? 00:01:30-0

22

23 P5: Wenn die Angehörigen bestimmen, was der Patient braucht, wenn sie nicht
24 nach dem Wunsch des Patienten gehen. Dann ist das ein Problem! Dann sagen
25 die Patienten: es wurde gekauft oder ich habe so viel davon und das mag ich alles
26 nicht. Aber das ist fehlende Kommunikation zwischen den Angehörigen und (...)
27 00:01:44-0

28

29 S: ... und das klappt nicht immer? 00:01:44-3

30

31 P5: Bei einigen schon, aber es gibt Fälle, wo das auch nicht richtig funktioniert (...)
32 00:01:51-6

33

34 S: Die Situation hast du vielleicht schon mal erlebt? Du kommst aus dem Urlaub,
35 hast keine Übergabe bekommen und bist eingesetzt bei einem Patienten, den du
36 noch nicht so gut kennst. Nehmen wir mal an, derjenige ist desorientiert und kann
37 dir keine Informationen über seine Situation, seine Bedürfnisse geben. Kannst du
38 ihn anhand der Pflegedokumentation vor Ort entsprechend versorgen? 00:02:21-7

39

40 P5: Wenn sie richtig geschrieben ist, schon! Oder, wenn ich ihn nicht kenne, dann
41 lass ich mir bestimmt mehr Zeit da, damit ich selber sehe: Was kann er denn?
42 Oder ich schaue mir die Diagnosen an (...) Und dann klappt es! 00:02:45-9

43

44 S: Also, du guckst dir die Diagnosen an... 00:02:50-4

45

46 P5: ... die Pflegeplanung und die Anamnese. Und Besonderheiten (...) 00:02:54-4

47 S: Das ist das Erste, was du anschaust, wenn du den Patienten nicht kennst...

48 00:02:58-8

49

50 P5: Ja, wenn ich den Patienten nicht kenne und keine Übergabe von Kollegen

51 hatte, oder lese im Buch oder Pflegebericht nach. (...) 00:03:13-9

52

53 S: In wie fern ist die Pflegedokumentation für deine Arbeit hilfreich? 00:03:17-8

54

55 P5: Also, sehr! In der Dokumentation sehe ich, was für ein Problem er hat. Oder

56 auch aus dem Pflegebericht: was war vorher? Was hat der Kollege gemacht oder

57 wie war der Patient vorher? 00:03:50-4

58

59 S: Du meinst, der Informationsfluss ist wichtig? 00:03:49-2

60

61 P5: Ja sicher. 00:03:58-4

62 Das ist ja klar, deswegen ist ja wichtig, dass die Doku immer auf dem neuesten

63 Stand ist. Auch wenn sie von fünf Leute geschrieben wird, das macht ja nichts.

64 Hauptsache sie ist auf dem neuesten Stand (...) 00:04:22-4

65

66 S: Ein anderer Punkt, den ich mit dir besprechen will, ist der MDK. Wir hatten ja

67 die simulierte Prüfung und dabei hat sich herausgestellt, dass die

68 Pflegedokumentation nicht ausreichend die erbrachten pflegerischen Leistungen

69 abbildet. Woran kann das deiner Meinung nach liegen? 00:04:48-3

70

71 P5: (...) Ich stolpere manchmal selbst darüber (...) wenn ich Dokus überarbeite,

72 dass Kleinigkeiten fehlen. Sehr oft hilft mir, wenn ich die (Patienten) Akte mit

73 jemand zusammen überarbeite, zu zweit. Einer sagt: das ist mir wichtig aber für

74 mich ist etwas anderes wichtig. (...) aber am Ende kommt heraus, dass beides

75 (Ansichten) für den Patienten wichtig war. 00:05:37-8

76

77 S: Und, dass die Dokumentation so schlecht benotet worden ist (...) kannst du dir

78 Gründe dafür vorstellen? 00:05:42-6

79 P5: Es liegt vielleicht daran, dass einige Kollegen Hemmungen haben, jemanden

80 zu fragen (...) Z.B. „Könntest du mir nicht helfen?“ oder „Was fehlt da?“ Damit

81 habe ich kein Problem. Das Feedback brauche ich. Ich weiß nicht, ob sich
82 Kollegen schämen, zu fragen (...) Manchmal ist es für mich auch eine Sicherheit:
83 der andere sieht anders. Und das hilft mir. Manche Kollegen, denke ich, trauen
84 sich nicht oder wollen nicht, ich weiß nicht! 00:06:53-0
85
86 S: Du holst dir Unterstützung, wenn du sie brauchst? 00:06:56-6
87
88 P5: Ja, das kann ich und tue das auch! 00:07:04-2
89
90 S: Wenn du jetzt von heute auf morgen die Pflegedokumentation ändern könntest,
91 was würdest du rausschmeißen oder ergänzen? 00:07:30-9
92
93 P5: Die "Branden Skala" (gemeint ist Braden-Skala). Was beweise ich damit?
94 Dass der Patient unterernährt ist, kachektisch? Das sagt mir nicht viel ... 00:07:47-
95 7
96
97 S: Du meinst aber nicht die Skala, mit der, das Dekubitusrisiko erhoben wird?!
98 00:07:51-8
99 P5: Doch, doch. Die Braden-Skala sagt mir nicht viel (...) 00:08:00-5
100 Ich kann damit schon was anfangen aber ich kann nicht sagen (...) Beispiel: der
101 Patient kann sich nicht bewegen. Aber deswegen gehen wir zu dem Patienten,
102 damit wir ihn bewegen. Und wenn auch nur, um ihn zu unterstützen. Ob er
103 Dekubitus gefährdet ist oder zu wenig Gewicht hat, das (..) 00:08:33-2
104 Die Skala sagt mir nicht viel. Ich benutze sie auch regelmäßig bei meinen
105 Patienten. Aber das ist kein Grund, dass ich sage: ich kann mich darauf 100 %
106 verlassen (...) 00:08:58-2
107
108 S: Ich kann dir leider nicht so gut folgen. Also, wenn man auf der Braden Skala,
109 weniger als 18 Punkte misst, dann ist der Patient Dekubitus gefährdet und es
110 muss eine entsprechende Dekubitusprophylaxe durchgeführt werden. 00:09:29-3
111
112 P5: Genau. Dann besorgen wir eine Antidekubitus Matratze, dann achten wir auf
113 seine Ernährung (...) und das sagt mir diese Skala, er ist risikogefährdet, nichts
114 weiter ... (...) 00:09:41-2

115 S: Ja, aber die Skala ist für diese Maßnahmen ausschlaggebend... 00:09:48-7
116
117 P5: Nicht unbedingt. Wie die Haut und der Körper aussehen, sagt mir mehr. Der
118 kann kachektisch sein, aber keine Druckstelle am Körper haben ...Irgendwo ...
119 00:10:08-6
120
121 S: Kennst du die Norton Skala? 00:10:10-3
122
123 P5: Ich kenne sie von früher. Da hatten wir sie im Heim, wo ich gearbeitet habe.
124 00:10:13-7
125 S: Findest du sie besser als die Braden-Skala? 00:10:24-2
126
127 P5: Nein, die sagt mir auch nicht viel. Mehr sagen mir meine Augen (...) 00:10:30-
128 7
129
130 S. Wir hatten hier letztes Jahr die Multiplikatoren - Sprechstunde eingeführt. Wie
131 findest du den Nutzen von dieser Maßnahme? 00:10:38-8
132
133 P5: Ja (...) Diese Stunde habe ich nicht direkt mit den Multiplikatoren genutzt
134 sondern überwiegend mit der PDL oder mit der Einsatzleitung. 00:11:12-7
135
136 S: Siehst du einen Nutzen darin, dass die Mitarbeiter sich zu zweit oder zu dritt
137 hinsetzen? 00:11:18-6
138
139 P5: Das finde ich natürlich vorteilhaft, wie ich schon sagte. Wir sind alle
140 verschieden und jeder hat eine andere Sicht (...) 00:11:33-8
141
142 (Kleine Exkursion: Nancy Roper) 00:12:24-7
143
144 S: Wie ist das zeitmäßig? Hast du genug Zeit zur Verfügung z.B. eine neue
145 Dokumentation anzulegen? Hast du die Räumlichkeiten dazu? 00:12:30-1
146 P5: Eigentlich schon. Ich nehme mir die Zeit. 00:12:41-8
147
148 S: OK 00:12:49-6

149 P5: Man hat manchmal Zeiten, wo man viel zu tun hat (...) Wenn ich z.B. acht
150 Stunden gearbeitet habe und danach muss ich noch Dokus überarbeiten (...) das
151 fällt mir schwerer als wenn ich 4 1/2 Std. gearbeitet habe (...) 00:13:15-8
152

153 S: Wenn z.B. neue Formulare in Rahmen des QM eingeführt werden oder wie jetzt
154 neulich der Expertenstandard Ernährung, fühlst du dich da sicher? Wirst du
155 ausreichend geschult und eingearbeitet? 00:13:35-8
156

157 P5: Also, schon. Da hatte ich am Anfang Schwierigkeiten. Ich habe letztens bei
158 einer Fortbildung gelernt, dass manchmal „weniger mehr ist“. Ich habe da
159 mitbekommen, wie man sich kurzfassen, und leichter beschreiben kann.
160 00:14:29-9
161

162 S: Fällt dir diese Beschreibung manchmal schwer? 00:14:28-3
163

164 P5: Manchmal ist es schwer. Schon durch meine Muttersprache (...) Einige
165 Sachen muss ich noch umschreiben und umdenken. Wenn ich vor dem Patienten
166 stehe und ihm was erzähle, das fließt alles (...) aber wenn ich es auf Papier
167 bringen muss (...) das ist ganz was anderes. Ich habe mir schon mal gesagt, ich
168 muss mir auch so ein Gerät kaufen (Lachen) 00:15:00-3
169

170 S: Willst du noch was loswerden? 00:15:48-4
171

172 P5: Für mich ist die Pflegedoku sehr wichtig, schon der Patienten wegen (...)
173 00:00:00-0
174

175 Abschluss des Gesprächs: IP musste gehen.

6.3 Anhang C: Auswertungstabellen

Interview 1 (IP1)					
Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion 1	Reduktion 2
13	1	Das Anamneseformular ist von der Platzaufteilung her ungünstig.	Aufgrund von mangelndem Platz → Schwierigkeiten in Bezug auf das Anamneseblatt.	1. Die bisherige Pflegeanamnese wurde kritisiert, weil zu wenig Platz für eine umfassende Informationssammlung vorhanden war.	Zu wenig Platz zum Schreiben.
15ff	2	Es ist zu wenig Platz, um Ressourcen oder Probleme der Patienten zu beschreiben.	Wichtige Informationen über Patienten gehen durch mangelnden Platz verloren.		
18	3	Wir bekommen neue Anamneseblätter!	Die Pflegeanamnese wird überarbeitet.	2. Die Pflegeanamnese wird erweitert.	Aber: Die Pflegeanamnese wird überarbeitet.
22ff	4	Die Formulierung einiger Pflegeprobleme in der Anamnese kann durch das Ankreuzverfahren abgedeckt werden; die angewendeten Fachwörter werden jedoch als verwirrend bezeichnet.	Die Anwendung von Fachsprache ist verwirrend und erschwert die Einschätzung durch die PK (z.B. Urinkontinenz statt Urininkontinenz)	3. Widersprüchliche Aussagen beziehen sich auf die Erhebung des Kontinenzprofils: → die Fachwörter sind verwirrend aber → das Kontinenzprofil ist spezifisch und patientenbezogen	Ungünstige Fachterminologie in den Dokumentationsblättern.
38ff	5	Bei der Erstellung eines vorgegebenen Kontinenzprofils durch das Ankreuzverfahren wird eine spezifische und individuelle Einschätzung des Problems ermöglicht.	Das Kontinenzprofil wirkt arbeitserleichternd und handlungsleitend.		Das Ankreuzverfahren wird dabei angewendet.
50ff	6	Das Ankreuzen der zutreffenden Merkmale bei der Risikoeinschätzung dient auch der Informationsweitergabe zwischen den Kollegen.	Die Informationsweitergabe zwischen den Arbeitskollegen wird durch die Risikoerhebung verbessert.	4. Durch die Erhebung der Risikoeinschätzung wird die Informationsweitergabe verbessert.	Funktion der Pflegedokumentation: → Informationsweitergabe → handlungsleitendes Instrument
61ff	7	Eine gut geführte Pflegedokumentation (klare und deutliche Formulierungen, lesbare	Eine klare und deutliche Formulierung in der Pflegedokumentation, sowie eine	5. Die Anforderungen an die Pflegedokumentation: → deutliche Formulierung	Funktion einer gut geführten Pflegedokumentation

		Handschrift und Plausibilität) ist für die tägl. Arbeit mit dem Pat. hilfreich; gibt Orientierung.	lesbare Handschrift und Plausibilität der Aussagen sind Voraussetzung, um gute Pflege machen zu können.	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Lesbarkeit ➔ Plausibilität der Aussagen. 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ interne und externe Informationsweitergabe ➔ Gewährleistung einer optimalen Pflege ➔ rechtliche Absicherung (Kontrollfunktion) ➔ handlungsleitende Funktion
88ff	8	Die Pflegedokumentation dient als Instrument zur Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst sowie zur Weitergabe von Informationen an Ärzte oder an den MDK.	Die interne sowie die externe Informationsweitergabe werden durch die Pflegedokumentation gewährleistet.	Sie dient der internen und externen Informationsweitergabe, und gewährleistet somit eine optimale Versorgung der Patienten.	
97ff	9	Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften ist sehr wichtig, um den Pat. optimal zu versorgen.	Eine interdisziplinäre Arbeit ist die Voraussetzung, um eine optimale Pflege zu gewährleisten.	6. Die Pflegedokumentation dient zur rechtlichen Absicherung der Pflegekräfte.	(Gut geführte Dokumentation = klare und deutliche Formulierungen, lesbare Handschrift und Plausibilität der Aussagen).
108ff	10	Die Bestimmung des Ernährungszustandes der Pat. und die daraus resultierenden Pflegemaßnahmen dienen der Absicherung der Pflegekräfte.	Die rechtliche Absicherung des Pflegedienstes erfolgt durch Dokumentierung der erfolgten Pflegemaßnahmen im Rahmen der Risikoeinschätzung gemäß den Expertenstandards.		
126ff	11	Die festgestellten Mängel in der Pflegedokumentation werden auf die Nicht-berücksichtigung der durch den MDK festgelegten Transparenzkriterien zurückgeführt.	Die Transparenzkriterien des MDK wurden in der Pflegedokumentation nicht ausreichend berücksichtigt.	7. Die Pflegedokumentation weist auf Mängel hin (laut der simulierten MDK-Prüfung) aufgrund von: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Nicht-berücksichtigung der Transparenzkriterien ➔ mangelnde Pflegeprozessabbildung ➔ fehlende Übung der Pflegekräfte ➔ „vergessen“ 	Gründe für die Qualitätsmängel in der Pflegedokumentation
129	12	In der Pflegedokumentation wurden Probleme benannt, die keine Pflegemaßnahmen nach sich gezogen haben.	Der Pflegeprozess wurde nicht nachvollziehbar abgebildet.		
132	13	Die Pflegekräfte haben vergessen, wichtige Informationen über die Pflegekunden festzuhalten.	Es wurde nicht ausreichend Biografiearbeit geleistet.		
134	14	Die Pflegedokumentation kann optimal	Fehlende Übung bei der		

		erstellt werden, wenn die Pflegekräfte darin geübt sind.	Erstellung und Durchführung der Pflegedokumentation.	8. Die MDK-Anforderungen an die Pflegedokumentation sind gestiegen.	MDK Anforderungen sind gestiegen. Organisation und MA Führung: - Unterstützung der MA durch MPS und Einzelschulungen
136	15	Es gibt nicht die perfekte Pflegedokumentation.	Eine fehlerfreie Pflegedokumentation ist unrealistisch.		
139	16	MDK macht immer wieder neue Verbesserungsvorschläge Und stellt Anforderungen an die Pflegedokumentation.	Die Anforderungen des MDK an die Pflegedokumentation werden als negativ empfunden.		
146ff	17	Bei Fragen oder Unsicherheiten in Bezug auf die Pflegedokumentation kann man sich Unterstützung holen.	Es gibt die Möglichkeit sich Hilfe bei der Erstellung und/ oder der Durchführung der Pflegedokumentation zu holen.	9. Die Mitarbeiter können sich bei Fragen oder Unsicherheiten im Umgang mit der Pflegedokumentation Unterstützung holen: Multiplikatorensprechstunde und Einzelschulungen (Nr. 17,18,19)	
148ff	18	Es gibt verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten wie z. B. die Multiplikatorensprechstunde, sowie Einzelschulungen durch die Leitung oder durch die Multiplikatoren.	Die Mitarbeiter können sich Unterstützung bei Dokumentationsfragen, und/ oder Unsicherheit, bei der Leitung oder in der Multiplikatorensprechstunde holen.		
156	19	In der Multiplikatorensprechstunde kann man sich gegenseitig helfen und beraten.	Die Multiplikatorensprechstunde wird positiv bewertet.		
157	20	Eine Pfleganamnese ist schwer alleine durchzuführen, besonders dann, wenn man den Patienten nicht kennt.	Teamarbeit wird erwünscht.	10. Die Multiplikatoren-sprechstunde wurde in Anspruch genommen, weil es einen aktiven Informations- und Wissensaustausch zwischen den Pflegekräften ermöglichte. Sie findet nicht mehr statt. (Nr. 20,21)	Nutzen der MPS: Teamarbeit (helfen und beraten) Info- und Wissensaustausch, Übung
159ff	21	Die Multiplikatorensprechstunde pausiert.	Die Multiplikatorensprechstunde findet nicht mehr statt.		
165ff	22	Die Multiplikatorensprechstunde gab mir die Möglichkeit, mich in der	Die Pflegekräfte brauchen einen organisierten Rahmen, um die	Der Nutzen der Multiplikatorensprechstunde wird	MPS findet nicht mehr statt; ist aber von den MA

		Pflegedokumentation einzuüben. „Übung macht den Meister“. (Z.166)	Kompetenz in der Durchführung der Pflegedokumentation zu erweitern.	in der Möglichkeit, sich auszutauschen, gesehen. (Nr. 22,23)	erwünscht.
165	23	Würde sie auf jeden Fall wieder in Anspruch nehmen.	Die Multiplikatorensprechstunde ist erwünscht.		

Interview2 (IP2)					
Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion 1	Reduktion 2
9ff	1	Man kann aus der Pflegedokumentation viel erfahren, wenn man sie richtig nutzt und anwendet.	Informationsquelle, wenn sie richtig genutzt und angewendet wird.	Die Pflegedokumentation gibt Informationen über den Patienten.	Bedeutung: Informationsquelle
11	2	Enthält unnötigen Schreibkram.	Zu viel Schreibkram der unnötig ist.	1. Es wird zu viel geschrieben (2,6)	Intrinsische und extrinsische Faktoren:
12	3	Die Qualitätsmanagement- Formulare (<i>Risikomanagement nach Expertenstandards- eigene Ergänzung</i>) sind überflüssig.	Die Expertenstandards sind überflüssig.	2. Negative Bewertung der Expertenstandards	Zu viel Schreibkram. „Überflüssige Blätter“ verschaffen Mehrarbeit
13ff	4	Man kann aus einer guten Pflegeanamnese und einem guten Pflegeplan alles erfahren, was man für die Arbeit braucht.	Die Pflegeanamnese und der Pflegeplan sind für die Durchführung der Pflege ausreichend.	a) der Nutzen wird nicht gesehen: Pflegeanamnese und Pflegeplanung würden reichen. b) sind überflüssig und verschaffen Mehrarbeit.	Intrinsische Faktoren: Fehlende Überzeugung
15ff	5	Die Zeit, die man für die „überflüssigen Blätter“ braucht, kann man anders nutzen: z. B. um sich mit den Pat. unterhalten.	Der Nutzen der Expertenstandards-formulare wird nicht gesehen.	c) man hat keine Zeit zum Lesen (3,4,5,8,9,10,11)	Kritik: Sinnlosigkeit der Sturzrisikoerhebung (alte Menschen haben ein Sturzrisiko).
24ff	6	Man muss dadurch viel mehr schreiben, ganze Sätze formulieren und teilw. halbe Romane schreiben.	Es wird viel geschrieben.		Handlungsleitende Funktion

29	7	Alte Menschen haben ein Sturzrisiko.	Die älteren Menschen haben ein Sturzrisiko.		
31	8	Es reicht, wenn man das Sturzrisiko in der Pflegeanamnese erhebt und in der Pflegeplanung aufführt.	Die Pflegeanamnese und der Pflegeplan sind für die Erhebung der Risiken ausreichend.		
33	9	Auch wenn sie vorgeschrieben sind, die Risikoblätter sind unnötig.	Die Expertenstandards sind unnötig.		
35	10	Noch mehr Zettel in der Doku, die nicht sein müssen.	Mehr Zettel sind unnötig.		
37	11	Da ist keine Zeit mehr, die Zettel zu lesen.	Fehlende Zeit zum Lesen.	Zeitmangel.	Hemmende Faktoren: Unübersichtliche Formulare
38ff	12	Bei wichtigen, vorübergehenden Informationen über den Patienten, (z. B. Betreuerin ist für einen Monat im Urlaub) werden „Extrazettel“ geschrieben und in die Dokumappe gesteckt, damit jeder sie liest.	Extrazettel werden genutzt, um kurzfristige Informationen über den Patienten an Kollegen weitergeben.	1. Um kurzfristige Veränderungen bei Patienten festzuhalten, bietet die Pflegedokumentation kaum Gestaltungsmöglichkeiten.	(„wohin soll man was schreiben, wenn tatsächlich etwas Wichtiges ist?“)
50	13	Um solche Informationen weiterzugeben, gibt es das Blatt „Besonderheiten“.	Es existiert ein „Besonderheiten“ Blatt.	2. Um eine Doppeldokumentation zu vermeiden, wird bei kurzfristigen und vorübergehenden Änderungen ein Extrazettel genutzt.	Unflexibilität bei kurzfristigen Änderungen → Doppeldokumentation
51	14	Wenn man etwas auf das „Besonderheiten“ - Blatt schreibt, sollte dies im Pflegebericht erwähnt werden.	Man muss Doppeldokumentieren.		
54	15	Das Dienstbesprechungsprotokoll (DBP) kann dafür verwendet wichtige Informationen festzuhalten.	Das DBP kann zur Infoweitergabe genutzt werden.	3. Trotz des Dienstbesprechungsprotokolls gehen wichtige Informationen verloren.	Dienstbesprechungsprotokoll als zusätzliches Instrument zur Informationsweitergabe.
55	16	Das DBP wird ausführlich geschrieben und sichtbar aufgehängt, damit es jeder liest.	Er wird sichtbar aufgehängt.		

56ff	17	Man kann sich nicht alles merken und wichtige Sachen gehen verloren.	Wichtige Informationen gehen irgendwann verloren.		
63	18	Anhand der Biografie kann ich sehen, was für einen Menschen ich vor mir habe.	Biografie hilft, den Pat. einzuschätzen.	4. Biografie, Pflegeanamnese und Pflegeplanung sind Handwerkszeuge für die Arbeit an Patienten.	Handlungsleitende Funktion.
65	19	Anhand der Pflegeanamnese kann ich sehen, was er noch kann oder nicht, und wo ich aufpassen muss.	Pflegeanamnese gibt Informationen über den Zustand der Pat.		
67	20	Anhand der Pflegeplanung kann ich sehen, in wie weit und welche Hilfe der Pat. braucht.	Pflegeplanung gibt Auskunft über die Art und Weise der Unterstützung.		
74	21	Wenn man die Biografie durchliest, kann man über einen dementen Pat. viel erfahren.	Die Biografie ist bes. bei dementiell erkrankten Patienten wichtig.		
79	22	Ich verstehe die Patienten besser als vorher, wenn ich mit ihnen gesprochen habe.	Ein Gespräch führen hilft, den Patienten besser zu verstehen.	5. Biografiearbeit hilft, den Patienten besser zu verstehen.	Funktion: patientenzentrierte Pflege durch Beziehungs- und Biografiearbeit. Organisationszeit als fördernder Faktor.
80	23	Um solche Gespräche zu führen, braucht man Zeit und Ruhe.	Gesprächsführung braucht Zeit und Ruhe.	6. Beziehungsarbeit braucht Zeit und Ruhe.	
82	24	Die Zeit können wir aufschreiben und wenn die Biografie gut ist, dann sagt keiner was.	Die Zeit, die man für die Biografiearbeit anwendet, wird vergütet.	7. Die Zeit für die Biografiearbeit wird vergütet. (Organisationszeit).	
88	25	Sonst würde ich es auch nicht machen.	Ohne vergütete Zeit, keine Biografie.		
90	26	Es funktioniert nicht, wenn ich eine halbe Stunde Zeit habe, um eine Doku zu kontrollieren.	Eine Doku zu kontrollieren braucht mehr als eine halbe Stunde Zeit.	8. Die Kontrolle einer Pflegedokumentation (anhand der Checkliste) dauert mehr als eine halbe Stunde, wenn man darin nicht geübt ist und Zeit und Räumlichkeiten fehlen.(Nr. 26, 27, 28).	Extrinsische Faktoren: Zeit und Raum.
92	27	Ich kann keine Routine dabei haben, weil ich selten die Dokus mache.	Um Routine in der Dokumentationsführung zu bekommen, braucht man Übung.		Fehlende Routine.

100	28	Ich weiß, wie es funktioniert, brauche nur die Zeit und die Räumlichkeiten dazu.	Es mangelt nicht an Fähigkeiten, sondern an Zeit und Raum.		
103	29	Die einzige Chance ist, die Arbeit mit nach Hause zu nehmen.	Die Arbeit nimmt man mit nach Hause.	9. Man nimmt die Pflegedokumentation nicht gerne mit nach Hause, weil man nach sieben Stunden Arbeit nicht noch zwei Stunden eine Anamnese schreiben möchte. (Nr. 29,30,31,32)	Organisation: Doku. mit nach Hause nehmen (Freizeit)
104	30	Das mache ich ungerne.	Das macht man ungerne.		
105	31	Für die Pflegeanamnese brauche ich zwei bis drei Stunden.	Man braucht für die Pflegeanamnese zwei bis drei Stunden.		
106	32	Es ist nicht so prickelnd nach sieben Stunde Arbeit noch zu Hause die Anamnese zu machen.	Man kann nicht nach sieben Stunden Arbeit noch die Anamnese schreiben.		
108	33	Ich mache es doch zu Hause, weil ich in der Station nicht die Möglichkeit habe, mich zurückzuziehen.	Man kann sich in der Station nicht zurückziehen und nimmt die Arbeit lieber mit nach Hause.		
109	34	Ich kann das nicht zwischen Tür und Angeln machen.	Man kann das nicht zwischen Tür und Angeln machen.		
119	35	Die Dokumappe hat bei der Simulation der MDK Prüfung schlecht abgeschnitten, weil viele Kollegen unterschiedliche Ansichten hatten.	Schlechte Beurteilung der Pflegedokumentation durch Uneinigkeit der Kollegen.	11. Die unterschiedlichen Ansichten der Mitarbeiter führten zu einer schlechten Dokumentationsführung und Pflegeprozessabbildung. (Nr. 35,36)	Gründe für festgestellte Qualitätsmängel: unterschiedliches Pflegeverständnis
121	36	Jeder (der Einträge gemacht hat,) hatte eine andere Ansicht: Einer kreuzte an: Pat. hat Schmerzen. Der Andere: Pat. hat keine Schmerzen.	Unterschiedliche Ansichten führen zu unterschiedlichen Beurteilungen.		
130	37	Mein Kollege hat die Überarbeitung der Doku gemacht und ich habe mich daraus gehalten.	Sich raushalten, wenn der Kollege die Überarbeitung macht.		
133	38	Wenn er das so sieht, kann ich mich nicht einmischen.	Sie mag sich nicht einmischen.		
				12. Die Teamarbeit funktioniert nicht.	Gruppenspezifische Faktoren.

134	39	Ich mag es auch nicht, wenn sich jemand bei mir einmischt.	Mag nicht, wenn sich jmd. bei ihr einmischt.		
140	40	Die PDL hat sich mit dem Kollegen hingesetzt und machte die Doku mit ihm zusammen.	Die PDL unterstützt die Mitarbeiter.	13. PDL unterstützt die Mitarbeiter.	Organisation: Unterstützung durch die Führung.
144ff	41	Ich kann die Doku nicht überprüfen, wenn ich die Patienten nicht kenne, oder nur selten da bin.	Die Bearbeitung der Dokumentation setzt voraus, dass der Mitarbeiter die Patienten kennt.	14. Die Dokumentationsarbeit erfolgt nur, wenn die Mitarbeiter die jeweiligen Patienten kennen.	Beziehungsarbeit ist notwendig. (Voraussetzung)
154	42	Wenn ich den Patienten nicht kenne, dann lese ich mir das Dienstbesprechungsprotokoll durch.	DBP enthält Infos über neue Patienten.	15. Das Dienstbesprechungsprotokoll enthält wichtige Informationen über neue Patienten.	Organisation: Dienstbesprechungsprotokoll als Informationsquelle
156	43	In DBP stehen immer wichtige Informationen über den Patienten.	DBP enthält wichtige Infos.		
164	44	Wenn der Pat. dement ist, dann verlasse ich mich auf das, was in der Doku steht.	Auf die Dokumentation verlassen, wenn der Pat. seine Wünsche nicht äußern kann.	16. Besonders bei dementiell erkrankten Patienten muss man sich auf die Dokumentation verlassen. 17. Die Pflegeanamnese wird erneuert und man erhofft sich mehr Platz zum Schreiben. (Nr. 45,46,47).	Handlungsleitende Funktion. Kritik an die Dokumentationsblätter: Fehlender Platz zum Schreiben.
165	45	Da finde ich die Anamnese sehr wichtig.	Die Pflegeanamnese ist wichtig.		
166, 170	46	Wir kriegen neue Anamnese -Bögen und hoffen, dass wir mehr Platz zum Schreiben haben.	Man hofft, dass die neue Anamnese mehr Platz zum Schreiben bietet.		
171	47	Bei einigen Patienten reicht der Platz nicht, um alles aufzuschreiben.	Die aktuelle Anamnese bietet wenig Platz zum Schreiben.		
193	48	Ich habe manchmal Probleme, mich auszudrücken, und nehme mir dann Formulierungshilfen zur Hand.	Bei Formulierungsproblemen werden Formulierungshilfen benutzt.	18. Es wurde Schulungsbedarf erkannt und geäußert. Es wird eine Fortbildung zur Auffrischung der Kenntnisse in Dokumentationsführung erwünscht. (Nr. 48,49,50,51,52).	Intrinsische Faktoren: Formulierungsschwierigkeiten. - Fortbildungen zur Dokumentation erwünscht. - unterschiedliche Auffassungen, was und wie dokumentiert wird.
192	49	Eine Fortbildung wäre da gut.	Fortbildungen sind erwünscht.		
195	50	Man hat mir gesagt, es wäre egal, ob ein Nah- oder Fernziel formuliert wird, Hauptsache es steht etwas da.	Es ist egal, was geschrieben wird, wichtig ist, dass etwas geschrieben wird.		

204	51	Ich brauche eine Auffrischung meiner Kenntnisse.	Auffrischung der Kenntnisse erwünscht.		
205	52	Eine Schulung, um zu lernen, wie man richtig formuliert und sich ausdrückt, würde mir passen.	Eine Fortbildung in der Dokumentation würde passen.		
213	53	Ich habe keine Lust, und weigere mich Doku-Arbeit zu leisten, wenn ich früh aufgestanden bin und bis 14 Uhr arbeite.	Keine Lust, sich nach der Arbeit mit der Pflegedokumentation zu beschäftigen.	19. Die Pflegedokumentation nimmt viel Zeit in Anspruch, weil sie regelmäßig geprüft werden muss. (Nr. 54,55) 20. Man kann nicht nach der Arbeit im Büro sitzen und konzentriert arbeiten. (Nr. 53,58) 21. Obwohl die Organisation nicht gut funktioniert, bemüht sich das ganze Team die Pflegedokumentation auf dem neuesten Stand zu halten. (Nr. 59,60) 22. Eine Überforderung erfolgt, weil man viele Dinge zu berücksichtigen hat. (Nr.56,60,70)	Zeitproblem, Arbeitsorganisation.
219	54	Die Überprüfung der Pflegedokumentation hört nicht auf.	Man muss die Pflegedokumentation ständig überprüfen.		Intrinsische Faktoren: Überforderung →kognitive Herausforderung. Konzentration.
220	55	Theoretisch musst du dir jeden Tag eine Stunde für die Doku und für die Pflegeberichte nehmen, damit du alles richtig machst.	Es ist eine Stunde am Tag notwendig, um sich mit der Pflegedokumentation zu beschäftigen.		
223	56	Es ist <u>immer</u> irgendwas und man muss sich auch um die Bedürfnisse der Patienten kümmern.	Man hat zu viele Sachen im Kopf, die man berücksichtigen muss.		
225	57	Mein Kopf ist voll.			
226	58	Es lohnt sich nicht, mich für eine halbe Stunde ins Büro zu setzen, wenn ich dabei zwei Sätze schaffe.	Man kann im Büro nicht konzentriert arbeiten.		
228	59	Das sind alles organisatorische Sachen und es läuft momentan nicht so gut.	Die Organisation läuft momentan nicht gut.		
229	60	Wir versuchen, alles so gut wie möglich hinzukriegen.	Man bemüht sich, alles zu schaffen.		
230	61	K. (PDL) hat ein paar Dokus bearbeitet.	Die PDL arbeitet mit.		

231	62	Die Checkliste hilft zu üben, je öfter man das macht.	Übung mit Checkliste.		
237ff	63	Bei der Multiplikatoren- Schulung gab es Unklarheiten und ich fand es erschreckend.	Unklarheiten über die Schulung der Multiplikatoren.	23. Die Einführung von Multiplikatoren- Sprechstunde (MPS) war verwirrend. („...ich weiß nicht mehr ganz genau, wie es ging“) (Nr. 63,64).	Kritik: MPS: Nutzen nicht erkannt.
243	64	Die mussten nach der Schulung von K. (PDL) nachgeschult werden.	Nachschulung der Multiplikatoren durch PDL.		
256ff	65	Ich konnte die MPS nicht richtig nutzen.	Die MPS wurde nicht richtig genutzt.	24. Die Einsatzleitung ist gefordert, die Einsätze und die MPS zu organisieren.	
260	66	Ich finde es gut, einen Ansprechpartner zu haben.	Ein Ansprechpartner ist gut.		
261	67	Es ist schwierig, MPS und Einsätze unter einen Hut zu kriegen.	Es ist schwer, alles zu organisieren.	25. Den Nutzen der MPS nicht erkannt, Ansprechpartner aber erwünscht. (Nr. 65,66)	
277	68	Ich wünsche mir, dass die Dokumentation von allen gut durchgeführt wird und dass sich jeder dafür verantwortlich fühlt.	Wunsch nach einer gut geführten Dokumentation und Verantwortlichkeit.		
279	69	Es ist schon Teamarbeit.	Dokumentation erfordert Teamarbeit.	26. Man wünscht sich eine gut geführte Pflegedokumentation und dass sich jeder dafür verantwortlich fühlt. (Nr. 68,69)	s. o. Überforderung durch Schreibkram, Wunsch nach einer funktionierenden Dokumentation.
284	70	Es ist manchmal zu viel, an was wir denken müssen.	Man muss an Vieles denken.		
285	71	Zu viel Schreibkram und jetzt kommt noch der MDK ...	Überforderung durch MDK und Schreibkram.	27. Man hat Angst vor MDK und fühlt sich durch „Schreibkram“ überfordert.	Angst vor MDK
286	72	... da bin ich nicht da (Lachen)	Angst vor MDK		

Interview 3 (IP3)					
Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion 1	Reduktion 2
7	1	Die Pflegedokumentation ist so aufgebaut, dass alles, was für die Pflege wichtig ist, erfasst werden kann.	Der Aufbau der Pflegedokumentation ermöglicht eine Erfassung der pflegerelevanten Daten.	1. Die Pflegedokumentation → ist so aufgebaut, dass pflegerelevante Daten erhoben werden können → ist übersichtlich und farblich gekennzeichnet → die Arbeitsblätter haben eine bestimmte Reihenfolge → ist verständlich und einfach beschrieben (Nr. 1-4) 2. Die Pflegedokumentation ist umfassender geworden.	Struktur des PD Systems Extrinsische Faktoren: Detailierungsgrad, Quantität↑
12	2	Die Dokumentation ist übersichtlich aufgebaut und farblich differenziert, damit man alles schnell finden kann.	Die Übersichtlichkeit und die farbliche Kennzeichnung der Arbeitsblätter erleichtert die Suche.		
13	3	Es ist eine bestimmte Reihenfolge festgelegt, was den Umgang mit der Pflegedokumentation erleichtert.	Erleichterung in Umgang mit der Pflegedokumentation durch eine bestimmte Reihenfolge.		
17ff	4	Man weiß gleich, was erfasst werden soll, und wie man sich ausdrücken soll.	Die Pflegedokumentation ist verständlich und einfach beschrieben.		
21	5	Sie ist mittlerweile zu umfassend geworden.	Die Pflegedokumentation ist umfassender geworden.		
22ff	6	Im Vergleich zu anderen Pflegediensten, die nach Monika Krohwinkel pflegen, haben wir uns für das Pflegemodell von Nancy Roper entschieden.	Das zugrunde liegende Pflegemodell ist auf Nancy Roper zurückzuführen.	3. Das Pflegemodell von Nancy Roper wurde in „Nancy Roper Plus“ erweitert, um den Anforderungen des MDK gerecht zu werden. (Nr. 6,7,8) 4. Die Pflegeanamnese ist zu Lasten der Mitarbeiter umfassender geworden: „Es erschlägt einen von der Menge her“	Pflegemodell von Nancy Roper wurde überarbeitet → Nancy Roper Plus (interne Entwicklung der PD) Kritik: Pflegedokumentation ist umfassender geworden.
27ff	7	Das Pflegemodell von Nancy Roper musste erweitert werden, damit die Transparenzkriterien des MDK Berücksichtigung finden.	Das Pflegemodell von Nancy Roper entspricht nicht den Erwartungen des MDK.		
32	8	Unser Pflegemodell wurde ausgebaut und ergänzt in „Nancy Roper Plus“.	Das Pflegemodell ist Nancy Roper Plus.		

35	9	Die Pflegeanamnese ist erweitert und das erschlägt einen von der Menge her.	Die Pflegeanamnese ist umfassender geworden und kann die Mitarbeiter überfordern.	„...ist schon viel, das ist hart!“ (Nr.9)	
39	10	Seit die Expertenstandards dazugekommen sind, ist die Dokumentation aufs Doppelte gewachsen.	Es muss mehr dokumentiert werden, seitdem die Expertenstandards gesetzlich eingeführt sind.	5. Der Detaillierungsgrad der Pflegedokumentation führt dazu, dass man sich wie ein Autor fühlt; mehr Schreibarbeit. (Nr. 10,11,12)	
42ff	11	Die Beratung muss detailliert aufgeschrieben, was mehr als „Schreibarbeit“ ist.	„Schreibarbeit“ durch detaillierte Beschreibung der Beratung.		
44	12	Man fühlt sich wie ein kleiner Autor.	Fühlen wie ein Autor.		
45	13	Die Organisationszeit („die Zeit, die man zur Verfügung stellen kann, um eine Dokumentation auszufüllen“) reicht einfach nicht.	Die Organisationszeit reicht nicht.	6. Trotz des wachsenden Anspruches an die Pflegedokumentation, ist nicht mehr Zeit dafür vorgesehen.	Extrinsische Faktoren: mangelnde Anerkennung seitens des Kostenträgers (Vergütung der aufgewendeten Zeit)
49	14	Wir behalten die gleiche Zeit, aber der Anspruch an die Dokumentation wächst.	Die Zeit bleibt gleich, die Ansprüche wachsen.		Anforderungen des MDK ↑
58ff	15	Die Dokumentation wird schlecht bewertet, wenn die Transparenzkriterien nicht erfasst werden, wie es sich der MDK wünscht und vorschreibt.	Die Transparenzkriterien des MDK müssen in der Dokumentation sichtbar erfasst werden.	7. Die Transparenzkriterien des MDK müssen in der Dokumentation sichtbar erfasst werden.	
68	16	Änderungen werden in der Dienstbesprechung vorgestellt und besprochen.	In Dienstbesprechungen werden Änderungen vorgestellt und besprochen.	8. Die Neuerungen in der Dokumentation werden in Dienstbesprechungen vorgestellt.	Organisation: Unterstützung, Teamsitzung. (Fördernde F.)
69	17	Die Mitarbeiter können sich Unterstützung holen, wenn sie Schwierigkeiten mit den Formulierungen haben.	Die Mitarbeiter können sich Unterstützung holen.	Die Mitarbeiter können sich Unterstützung holen.	

71	18	Es ist zu viel geworden, was man beachten muss; es ist schwierig geworden.	Die Durchführung der Dokumentation ist schwieriger geworden, weil man zu viel beachten muss.	9. Die Durchführung der Dokumentation ist schwieriger geworden, weil man zu viel beachten muss.	<p>Extrinsische Faktoren: Detaillierungsgrad, (Schwierigkeitsgrad); Ausbildungsinhalte.</p> <p>Organisation: Unterstützung durch PDL (fördernde Faktoren)</p> <p>Fördernde Faktoren: gut geführte Pflege-dokumentation.</p> <p>Patientenzentrierte und handlungsleitende Funktion.</p> <p>Funktion: Info- u. Wissensweitergabe ü. Patienten → Informationsquelle.</p>
73ff	18	Ausbildungsschwerpunkt liegt nicht auf der Pflegedokumentation.	Schwerpunkt der Ausbildung nicht auf Pflegedokumentation	10. Die Pflegekräfte werden in der Ausbildung nicht auf die Anforderungen der Pflegedokumentation vorbereitet.	
75	19	In KH wird weniger dokumentiert.	KH Dokumentation ist weniger umfangreich.		
76	20	Neue Mitarbeiter sind maßlos erschlagen von den ganzen Dokumentationsanforderungen.	Überforderung der neuen Mitarbeiter.		
78	21	Die PDL muss die MA ins Boot holen, sodass sie das Thema Pflegedokumentation leben können und sie somit aktuell zu halten.	Die Aufgabe der PDL ist es, die Mitarbeiter zu motivieren.	11. Aufgabe der PDL: Motivation der Mitarbeiter.	
88	22	Eine gut geführte Pflegedokumentation ist wichtig, da ich Zeit sparen kann.	Eine gut geführte Pflegedokumentation hilft beim Zeit sparen.	12. Eine gut geführte Pflegedokumentation hat Vorteile: → Zeitersparnis → Vermeidung von Mehrarbeit → Patientengerechte Pflege	
93ff	23	Eine Pflegedokumentation, die nicht geführt wird, ist für mich enttäuschend und bedeutet Mehrarbeit.	Eine schlecht geführte Pflegedokumentation ist enttäuschend und zieht Mehrarbeit nach sich.		
97	24	Ich kann patientengerecht arbeiten, wenn die Pflegeberichte aktuell gehalten sind.	Patientengerechte Arbeit durch aktuelle Pflegeberichte.		
100ff	24	Die Biografie und die Anamnese sind wichtig, wenn sich der Gesundheitszustand des Pat. plötzlich ändert.	Bedeutung der Pflegeanamnese und der Biografie für den Patienten.		
112ff	25	Da die Mitarbeiterfluktuation in der Pflege groß ist, ist es wichtig, dass	Informations- und Wissensweitergabe der	13. Informations- und Wissensweitergabe der	

		die Pflegekräfte ihr Wissen über den Patienten weitergeben und in der Dokumentation festhalten.	Pflegekräfte ist wichtig.	Pflegekräfte führen zu einer Pflege, die den Bedürfnissen des Patienten entsprechen.	(s.o)
118ff	26	Wenn Mitarbeiter ersetzt werden, geht wertvolles Wissen zu Lasten des Patienten verloren.	Informations- und Wissensweitergabe der Pflegekräfte ist für Patienten wichtig.		
126	27	Eine neue Dokumentation anzulegen dauert drei Stunden.	Eine neue Dokumentation anzulegen dauert drei Stunden.	14. Die Anfertigung einer Pflegedokumentation für einen neuen Patienten soll nach zehn Tagen abgeschlossen sein; Sie dauert mind. drei Stunden. (Nr.27,28)	Interne QM Anforderungen
129	28	Für eine Neuaufnahme muss die Pflegedokumentation in zehn Tagen fertig sein.	Die Dokumentation für eine Neuaufnahme muss nach zehn Tagen stehen.		
130	29	Es müssen nach Möglichkeit die gleichen Mitarbeiter eingesetzt, damit sie den Patienten kennen lernen.	Einsatzplanung soll die Bezugspflege ermöglichen.		
137	30	Um die Dokumentation zu vervollständigen, muss ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden.	Vertrauensverhältnis zwischen Pat. und PK ist wichtig für die Vervollständigung der Pflegedokumentation.		
143	31	Eine Pflegedokumentationskontrolle durch die PDL ist wichtig, damit die Dokumentation vervollständigt wird.	Pflegedokumentationskontrolle ist für eine vollständige Pflegedokumentation notwendig.	16. Pflegedokumentationskontrolle ist notwendig.	Kontrolle und Feedback durch PDL
146	32	Für die Mitarbeiter ist es ermüdend die Pflegedokumentation ständig anzupassen, wenn sich der Zustand des Patienten rapide verändert; das	Es ist ermüdend und zeitraubend, die Pflegedokumentation ständig zu ändern.	17. Die wiederholte Anpassung der Pflegedokumentation ist anstrengend und zeitintensiv.	Hemmende Faktoren: Zeit, Überforderung, Motivation.

		nimmt viel Zeit in Anspruch.			
153ff	33	Die Mitarbeiter sind nicht bereit, sich nach sieben Stunden Arbeit mit der Dokumentation zu beschäftigen.	Die Mitarbeiter sind nicht bereit sich nach sieben Stunden Arbeit mit der Dokumentation zu beschäftigen.	18. Bereitschaft der Mitarbeiter, sich nach der Arbeit mit der Pflegedokumentation zu beschäftigen, sinkt.	
164	34	Wir müssen mehr Zeit für die Dokumentation anwenden, werden aber dementsprechend nicht bezahlt.	Die Anforderungen des MDK wachsen, die Preise bleiben gleich.	19. siehe Nr. 6. Zusätzlich: die Preise bleiben gleich.	
171ff	35	Die Zeit für die Dokumentation wird bei Patienten vergütet, die eine Pflegestufe haben; LK17-Erstbesuch und Folgebesuch.	Die Dokumentationszeit kann bei vorhandener Pflegestufe abgerechnet werden.	20. Vergütung der Dokumentationszeit durch LK17	s.o.
195ff	36	Die Multiplikatoren- Sprechstunde findet momentan aufgrund des Personalmangels nicht mehr statt.	Die Multiplikatoren- Sprechstunde findet momentan nicht statt.	21. Die Multiplikatoren- Sprechstunde findet momentan nicht statt.	MPS pausiert.
199	37	Das Thema MDK schwebt wie eine drohende Glocke über uns.	MDK schafft Druck.	22. Die Ergebnisse der MDK Prüfung sind für den Ruf des Pflegedienstes verantwortlich.	MDK Prüfungsergebnisse sind für die wirtschaftliche Existenz der Station ausschlaggebend.
200	38	Davon hängt der gute Ruf des Pflegedienstes ab.	Ruf des Pflegedienstes von MDK abhängig		
202 und 210	39	Die Detaillierungsgrad der Dokumentation nervt; das ist Schikane.	Die Anforderungen des MDK an den Detaillierungsgrad der Dokumentation sind für die Mitarbeiter nicht nachvollziehbar.	23. Der Detaillierungsgrad führt dazu, dass die Quantität der Pflegedokumentation wächst.	Subjektives Ergebnis der Pflegedokumentation: mit Humor geht es am besten.
212	40	Die Konsequenz ist, dass mehr dokumentiert werden muss.	Dokumentation wächst an Quantität.		Detaillierungsgrad als nervig empfunden → es wird z.T. versucht, die Situation mit Humor zu nehmen. (subjektives Erlebnis der Pflegedokumentation)
223	41	Wir versuchen, die Entwicklungen mit Humor zu nehmen.	Mit Humor geht am besten.		

229ff	42	Das Leben und die Arbeit ist MDK gesteuert.	MDK hat viel Macht und Spielraum.	24. Die Pflege hat keine Lobby und der MDK hat viel Macht und Spielraum; Man muss dessen Anforderungen erfüllen, um bestehen zu können; Angst vor MDK. (Nr. 42-46).	MDK's beratende Funktion nicht zu erkennen. Keine politische Vertretung der Pflege. (Lobby) Angst, um die wirtschaftliche Existenz der Pflegeeinrichtung.
232	43	Die Pflege hat keine Lobby.	Fehlende Lobby der Pflege.		
234	44	Was der MDK sagt, ist Gesetz und wir müssen es umsetzen, um als Pflegedienst existieren zu können.	Das Bestehen des Pflegedienstes hängt von Erfüllung der Anforderungen und Gesetze ab.		
236	45	Ich sehe die beratende Funktion nicht.	Die beratende Funktion fehlt.		
244	46	Die Angst vor MDK ist bestimmend.	Angst vor MDK.		
252	47	Ich finde die schulmeisterhafte Bewertung, wie ein Mitarbeiter die Dokumentation zu führen hat, überflüssig, denn ist es Auslegungssache.	Das Führen der Pflegedokumentation ist Auslegungssache.	25. Die Führung der Pflegedokumentation ist bürokratisch und unflexibel; Die fachliche Sicht der Pflegekraft wird durch die Anforderung des MDK beeinflusst.	Extrinsische Faktoren: mangelnde Praktikabilität des PD Systems; Bürokratie
261	48	Das spontane Anpassen der Pflegedokumentation ist sehr bürokratisch, übertrieben und nicht machbar für einen Pflegedienst.	Bürokratische Führung der Pflegedokumentation		
267	49	Durch die Pflegedokumentation wird individuelle Pflege immer schwieriger, weil dadurch die Zeit für den Patienten immer knapper wird.	Individuelle Pflege ist kaum noch möglich, da Zeit für die Durchführung der Pflegedokumentation benötigt wird.	26. Weniger Zeit für die Patientenbedürfnisse durch die Pflegedokumentation.	Dokumentationszeit vs. individuelle Pflege
281	50	Die Aufgabe einer Pflegekraft ist unter anderem auch, eine ordentliche Dokumentation zu führen.	Pflegedokumentation ist Aufgabe der Pflegekraft.	27. Pflegedokumentation ist Aufgabe der Pflegekraft.	
285	51	Es sollte in der Ausbildung ein	Pflegedokumentation als	28. Pflegedokumentation als	

		größerer Schwerpunkt auf die Pflegedokumentation gelegt werden.	Schwerpunkt in der Ausbildung.	Schwerpunkt in der Ausbildung.	Kritik an die Politik (Steuerungsmaßnahmen).
286	52	Die Entwicklung des neuen Berufszweigs zum Gesundheits- und Pflegeassistenten (GPA) sollte neu überdacht werden.	GPA als neuer Beruf soll überdacht werden.	29. Um den Pflegenotstand und den Mangel an Pflegefachkräften zu beseitigen, ist die Ausbildung zum GPA der falsche Weg.	
287	53	Es ist der falsche Weg, dem Pflegenotstand und dem Mangel an Pflegefachkräften mit GPAs entgegen zu wirken.	Der Mangel an Pflegefachkräften kann nicht mit GPAs beseitigt werden.		

Interview 4 (IP4)					
Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion 1	Reduktion 2
6	1	Die Wunddokumentation gefällt mir nicht, sie wird aber in Arbeitsgruppen überarbeitet.	Die Wunddokumentation wird überarbeitet.	1. Die Pflegeanamnese und die Wunddokumentation werden erweitert/ ergänzt.	Interne Entwicklung der Pflegedokumentation (positiv bewertet).
15	2	Die Pflegeanamnese wird geändert und es gibt dann mehr Platz, um die Probleme auszuformulieren.	Mehr Platz in der Pflegeanamnese durch die Änderung.		
22	3	Ich finde es gut, dass die Arbeitsblätter farblich gekennzeichnet sind, und dass es ein Inhaltsverzeichnis gibt. Dadurch ist es übersichtlich.	Die Pflegedokumentation ist übersichtlich durch farbliche Kennzeichnung der Arbeitsblätter und durch das Inhaltsverzeichnis.	2. Die Pflegedokumentation ist übersichtlich.	Struktur der Pflegedokumentation.
69	4	Der Arbeitstag fängt mit der Pflegedokumentation an und hört damit auf.	Die Pflegedokumentation ist Teil des Arbeitstages.	3. Die Pflegedokumentation - Handwerkszeug der Pflegekraft.	

71	5	Das Erste was ich mache, wenn ich bei einem Patienten bin ist, die Pflegeberichte lesen.	Die Pflegeberichte werden als Erstes gelesen.		
85	6	Die Dokumentation ist schon hilfreich; ohne sie wüsste ich nicht, was ich bei manchen Patienten machen sollte.	Die Dokumentation ist wichtig, um Orientierung in der Versorgung von Patienten zu geben.		
98	7	Es gibt Mitarbeiter, die keine ordentliche Pflegeplanung schreiben können, weil sie das nicht in der Ausbildung gelernt haben.	Pflegeplanung wurde nicht in der Ausbildung gelernt.	4. Gründe, warum die Dokumentation schlecht ist: → mangelnde Kenntnisse → Dokumentation = Erschwernisfaktor → fehlende Routine → fehlende Motivation.	Gründe für Qualitätsmängel: → Personenbezogene Faktoren: Mangelnde Kenntnisse und Einsicht der Notwendigkeit Routine (Übung)
102	8	Die Mitarbeiter haben fehlende Einsicht und sehen die Dokumentation als Erschwernis und nicht als Arbeitserleichterung.	Die Dokumentation wird als Erschwernisfaktor gesehen.		
105ff	9	Es liegt auch daran, dass die MA nicht regelmäßig bei einem Pat. eingesetzt werden können.	Die Mitarbeiter sind nicht regelmäßig bei einem und demselben Patienten eingesetzt.		Extrinsische Faktoren: Ausbildungsinhalte Organisation: Einsatzplanung
108	10	Sie kommen nicht von alleine auf die Idee, sich die Doku mal im Büro geben zu lassen und reinzuschauen.	Fehlende Motivation, die Dokumentation zu führen.		
114ff	11	Man muss die Vorzüge der Dokumentation erklären; wie man damit richtig umgeht und was für einen Arbeitsvorteil sie schafft.	Die Vorzüge der Dokumentation richtig erklären.	5. Die Einstellung der Pflegekräfte gegenüber der Pflegedokumentation kann man durch: → Erklärung der Vorzüge der Dokumentation → Appell an den Teamgeist. → Pflicht zu dokumentieren.	Interne Steuerungsmaßnahmen durch die Mitarbeiterführung, negative Einstellung zu ändern.
118	12	Man ist nicht alleine auf der Welt, sondern, man hat auch Kollegen.	An den Teamgeist der Mitarbeiter appellieren.		
121	13	Es ist wichtig und es ist Pflicht, ordentlich zu dokumentieren.	Pflicht zu dokumentieren.		

122	14	Wir machen es nicht aus Spaß, sondern wir müssen es machen.	Es muss dokumentiert werden.	→ Einsatzplansteuerung → Handwerkszeug → Informationsweitergabe steuern.	Funktion: Infoweitergabe, Handwerkszeug (handlungsleitende Dokumentation)	
124	15	Die Steuerung der Mitarbeiterplanung, um einen Mitarbeiterwechsel zu verhindern.	Einsatzplansteuerung, um Bezugspflege zu ermöglichen.			
125	16	Nicht immer möglich, da Mitarbeiter krank werden oder Urlaub haben.	Bezugspflege nicht immer möglich.			
132	17	Die Dokumentation dient der Informationsweitergabe.	Dokumentation dient der Informationsweitergabe.			
	18	Sie ist das Handwerkszeug der Pflegekräfte.	Sie ist das Handwerkszeug.			
133	19	Wenn sie nicht ordentlich geführt ist, dann bringt sie nichts.	Pflegedokumentation muss ordentlich geführt sein.	6. Pflegedokumentation muss ordentlich geführt sein.		
164 und 170	20	In der Führung der Pflegedokumentation fühle ich mich recht sicher.	Sicherheit im Umgang mit der Dokumentation.	7. Selbsteinschätzung: Sicherheit in der Führung der Pflegedokumentation.		
165	21	Es gibt Sachen, die ich immer noch übersehe, obwohl ich mich sicher fühle und es lange gelernt habe.	Man übersieht Dinge.	8. Bei Unsicherheit kann man sich Unterstützung holen.		Ansprüche der Mitarbeiter an die Pflegedokumentation: muss ordentlich geführt sein.
166	22	Bei Unsicherheit kann ich jeden ansprechen und zusammen überlegen, was das Beste ist.	Man kann sich Unterstützung holen bei Unsicherheit in der Formulierung.			Die Mitarbeiter fühlen sich sicher bei der Durchführung der Pflegedokumentation.
177	23	Multiplikatorensprechstunde bringt einen sehr hohen Nutzen.	Hoher Nutzen der MPS.	9. Die Multiplikatorensprechstunde findet im organisierten Rahmen statt und hat einen hohen Nutzen:		
178ff	24	Die Mitarbeiter stellen weniger Fragen, wenn man die Probleme in der Führung der Dokumentation gründlich bespricht.	Weniger Fragen, wenn Probleme gründlich besprochen werden.	→ die Mitarbeiter werden	Organisation: gegenseitige Unterstützung durch MPS	

182	25	Übersehene Sachen wurden eher erkannt.	Erkennen von übersehenen Dingen.	entlastet. → die Teamarbeit wird gefordert → der Blick wird verschärft	MPS Vorteile
184	26	Der Blick auf den strukturellen Ablauf einer Pflegeplanung wurde verschärft.	Blickverschärfung.		
186ff	27	Man hatte einen strukturierten Rahmen, Pflegedokumentation zu führen.	Strukturierter Rahmen.		
189	28	Die Mitarbeiter werden dadurch entlastet.	Entlastung der Mitarbeiter.		
192	29	Wenn man Fragen hat, dann ist man nicht alleine.	Teamarbeit.		
					S.O.

Interview 5 (IP5)					
Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion 1	Reduktion 2
8ff	1	Die Pflegeanamnese macht mir Schwierigkeiten, bes. die Formulierung von Problemen und Ressourcen (werden vertauscht).	Die Formulierung von Problemen und Ressourcen macht Schwierigkeiten.	1. Die Formulierung von Problemen und Ressourcen macht Schwierigkeiten, wenn sie aus unterschiedlichem Blickwinkel erfolgt.	Formulierungsschwierigkeiten – personenbezogene Faktoren
21ff	2	Ein Problem kann eine Ressource sein und umgekehrt: Beispiel: „wenn die Angehörigen nicht nach Wunsch der Patienten Einkäufe erledigen.“	Probleme und Ressourcen aus Sicht des Patienten.		
37ff	3	Ich kann einen mir unbekanntem Patienten anhand der	Pflegedokumentation als Unterstützung der Pflege	2. Die Pflegedokumentation muss auf dem neuesten Stand sein, weil	Pflegedokumentation hat handlungsleitende Funktion,

		Pflegedokumentation pflegen, wenn diese richtig geführt ist.	eines Patienten.	sie als Handwerkszeug der Pflegekraft benutzt wird; sie gibt wichtige Informationen über Bedürfnisse des Patienten, sowie über weiteren Versorgungsvorgang; Informationsfluss.	Informationsfunktion; Ermöglicht patientenzentrierte Pflege.
43	4	Ich lese die Pflegeplanung, die Anamnese und das „Besonderheitsblatt.“	Anamnese, Pflegeplanung und Besonderheiten werden gelesen, wenn der Patienten unbekannt ist.		
52ff	5	Der Pflegebericht gibt mir wichtige Informationen: was war vorher, was hat der Kollege gemacht.	Pflegebericht wichtig, um auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können.		
59	6	Die Pflegedokumentation muss auf dem neuesten Stand sein.	Die Pflegedokumentation muss auf dem neuesten Stand sein.		
68ff	7	Mir hilft es, wenn ich die Patientenakte mit einem/ einer Kollegen/In überarbeite.	Pflegedokumentation zu Zweit überarbeiten ist besser.	3. Die Durchführung der Pflegedokumentation zu Zweit oder im Team ist besser.	Fördernde Faktoren: Teamarbeit
77	8	Einige Kollegen haben Hemmungen sich Unterstützung und Feedback zu holen.	Die Mitarbeiter holen sich keine Unterstützung/ Feedback.		
91ff	9	Die Braden-Skala sagt mir nichts und ich kann mich nicht darauf verlassen; „meine Augen sagen mir mehr.“	Braden-Skala ist nicht verlässlich und sagt nicht viel aus.	4. Die Erhebung des Dekubitusrisikos durch die Braden-Skala ist nicht von Bedeutung.	Unverständnis bei den Formularen
135	10	Sich zusammzusetzen in der MPS ist vorteilhaft, da jeder eine andere Sicht hat.	Unterschiedliche Sichtweisen in der Führung der Pflegedokumentation werden in der MPS diskutiert.	5. Unterschiedliches Pflegeverständnis.	Unterschiedliches Pflegeverständnis → einheitliche Sprache
143	11	Die Zeit nehme ich mir.	Man nimmt sich Zeit für die Pflegedokumentation.	6. Die Überarbeitung und Durchführung der Pflegedokumentation nach der Arbeit fällt den Mitarbeitern schwer,	
147ff	12	Es fällt mir schwer, mich nach acht Stunden Arbeit an den Tisch	Die Überarbeitung der Pflegedokumentation nach		

		zu setzen.	der Arbeit ist kaum möglich.	dennoch nehmen sie sich Zeit dafür.	<p>Organisation: man nimmt sich Zeit.</p> <p>Personalentwicklung als Steuerungsmaßnahme im Hinblick auf Sprach- und Formulierungsschwierigkeiten.</p> <p>Zusammenhang zwischen patientenzentrierte Pflege und Dokumentationsqualität.</p>
155ff	13	Ich habe in einer Fortbildung gelernt, wie ich mich kurzfassen kann: „weniger ist mehr“.	Fortbildungen helfen, sich präziser auszudrücken.	7. Die Durchführung der Pflegedokumentation wird erschwert: deutsch als Fremdsprache; dadurch ist die verbale Kommunikation einfacher als die schriftliche.	
161ff	14	Beschreibung fehlt mir schon durch meine Muttersprache schwer: „einige Sachen muss ich noch umschreiben und umdenken“	Deutsch als Fremdsprache erschwert die Durchführung der Pflegedokumentation.	8. Fortbildungen geben mehr Sicherheit in der Formulierung.	
163	15	Die Sprache fließt, wenn ich den Patienten etwas erzähle, schwerer ist das Erzählte auf das Papier zu bringen.	Verbale Äußerungen einfacher als schriftliche.		
169	16	Pflegedokumentation ist sehr wichtig, schon der Patienten wegen.	Pflegedokumentation ist für die Patientenversorgung wichtig.	9. Die Pflegedokumentation fördert die Patientenorientierung.	

7 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit

„Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegekräfte. Eine qualitative Studie“

ohne fremde Hilfe selbständig erfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift
