

HINZ INFO

Ihr Newsletter für alle organisatorischen Fragen im Gesundheitswesen

2 Expertenstandard
Sturzprophylaxe

3 Expertenstandard
Dekubitusprophylaxe

7 Pflegebedürftigkeit neu definiert -
Informationen zum PNG

Inhalte

Nationale Expertenstandards in der Pflege **1-4** Expertenstandard Sturzprophylaxe **2** Polypoint-Anwendertreffen **2** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege **3** Expertenstandard Chronische Wunden **3** Expertenstandard Ernährungsmanagement **4** Badespaß für Pflege und Kind **4-5** Expertenstandard Förderung der Hamkontinenz **5** Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege **6** PKMS-Anwendertreffen **6** Pflegebedürftigkeit neu definiert - Informationen zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) **7** Rechtssichere Pflegedokumentation **8-10** Aufbewahrungsfristen für Daten neu geregelt **9** Für Sie gelesen **10** QS-Verfahren: Umstellung Leistungsbereich Dekubitus beschlossen **11**

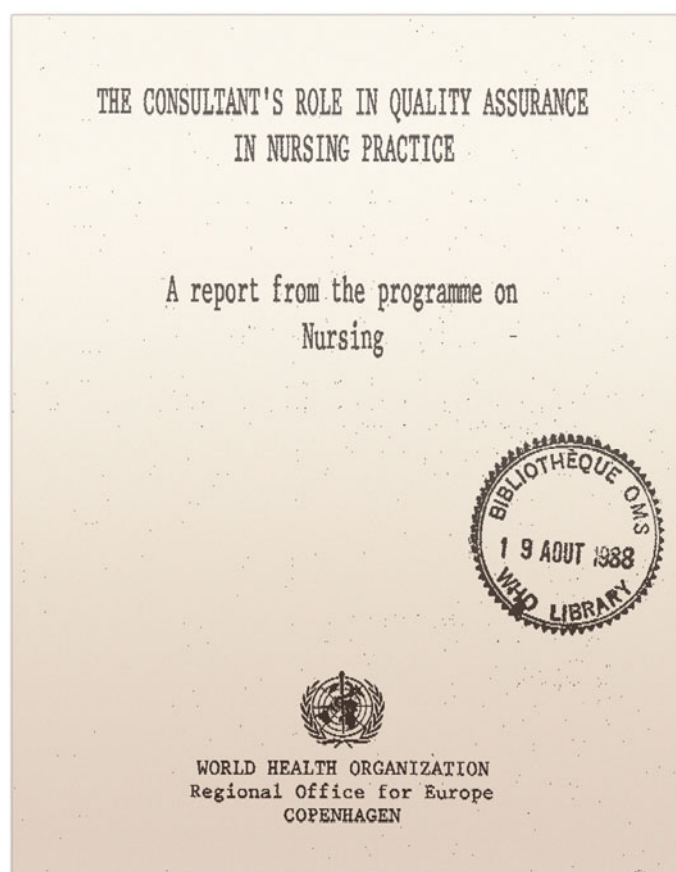
Nationale Expertenstandards in der Pflege

Standardisierte Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten ermöglichen nationale Vergleichbarkeit

Alles hat seine Geschichte

Die Entwicklung der nationalen Expertenstandards beginnt 1977 mit dem Konzept der WHO „Gesundheit für alle“. Dieses Konzept beinhaltete auch Studien zur Qualitätssicherung in der Pflege. Zweck soll einerseits ein Belohnungssystem für diejenigen gewesen sein, die qualitativ hochwertige Arbeit nachweisen konnten, andererseits aber die Umsetzung des WHO-Zieles 31 „Bis zum Jahr 1990 sollten alle Mitgliedstaaten effektive Mechanismen eingeführt haben, die in ihren Gesundheitssystemen die Pflegequalität für die Patienten sicherstellen.“

Nach Beendigung des Qualitätssicherungskonzeptes der WHO wurde anlässlich der Schlusskonferenz in Den Haag (04.-07.12.1987) ein Diskussionspapier veröffentlicht, das einerseits den Stand in einigen Mitgliedstaaten wiedergab und andererseits die Notwendigkeit von



Standards als Medium der Qualitätssicherung beschreibt. Denn:

„Qualitätssicherung ist die Bemessung des tatsächlichen Service-/Pflegelevels und der Bestrebungen, den Service/die Pflege den Ergebnissen entsprechend anzupassen.“

...
„Standards werden auf verschiedenen Ebenen geschrieben: National, regional oder organisatorisch und lokal.

- Nationale Standards tendieren dazu, umfassende Rahmenbedingungen oder Richtlinien zu sein,
- lokale Standards müssen deutlich spezifischer sein, um konkret in das Gesundheitssystem verankert zu werden.
- Anzuwendende Standards müssen am konkretesten sein;
- selbstverständlich müssen sie erkennbar, erreichbar, messbar und erstrebenswert sein.“

[weiter auf Seite 2](#)

Hierarchien und Strukturen

Wie im Diskussionspapier der Arbeitsgruppe der WHO festgehalten, hat sich eine Hierarchie der Standards von national zu lokal herausgestellt, mit unterschiedlichen Klarheiten der Aussagen, jedoch mit einheitlichen Strukturen. Sie basieren auf den als bekannt vorauszusetzenden Elementen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität nach Donabedian. Diese Elemente spiegeln zugleich die Zuständigkeitsbereiche/Kompetenzanforderungen für die jeweilige Standardebene. Zu den Strukturen gehören nach Donabedian u.a. Vereinbarungen, technische Hilfsmittel, Wissen und Fertigkeiten, ausgebildetes Personal einschließlich deren Qualifikation, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und im Tätigkeitskatalog festgelegte Tätigkeitsmerkmale der Mitarbeiter. Die daraus folgende Prozessqualität umfasst u.a. Pflegesysteme und Pflegestandards, d.h. die Einhaltung von Standards bei der Durchführung von Maßnahmen. Das erforderliche Arbeitsmaterial, z.B. Dokumentationssysteme, muss der Einrichtungsträger stellen. Er kann sich dabei auf die Empfehlungen der Mitarbeiter stützen. Hinsichtlich der Standards ist er gut beraten, wenn er sie von den Mitarbeitern erstellen lässt oder Dokumentationssysteme einsetzt, denen anerkannte Standards hinterlegt sind, z.B. TOM und/oder NANCY.

Der Aufbau

Die meisten Expertenstandards des DNQP haben denselben Aufbau: 3 Spalten: Struktur, Prozess und Ergebnis, und 6 Zeilen = (Kompetenz-) Ebenen. Die Ausnahme mit 5 Zeilen bildet zurzeit noch der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2009). Eine Angleichung ist bei der Aktualisierung vorgesehen. Die einzelnen Kompetenzebenen beschreiben die Anforderungen, die die Pflegefachkraft erfüllen muss, andererseits diejenigen des Einrichtungsträgers. Er ist gefordert, weil er die notwendigen und sachdien-

Sturzprophylaxe in der Pflege

Standards schaffen Sicherheit

Der Expertenstandard Sturzprophylaxe befindet sich seit Anfang November 2011 in der Aktualisierungsphase. Es ist davon auszugehen, dass das Ziel, durch geeignete Prophylaxen das Sturzrisiko zu minimieren oder gar zu verhindern, bleibt. Ob und wie weit die bisher bekannten Risikoskalen weiter verwendet werden, ist fraglich. Möglicherweise werden auch hier neue

Assessmentinstrumente etabliert. In den **HINZDoku**-Systemen sind Risikoskalen, z.B. nach Grigo, bereits hinterlegt. Grigo definiert die Sturzursachen und gibt Vorschläge zu Vereinbarungen, die mit dem Patienten/Kunden getroffen werden, die hinsichtlich des weiteren Vorgehens, d.h. der Sturzvermeidung, einzuhalten sind, u.a. zu den Themen: Umfeldverändernde Maßnahmen (z.B. Hilfsmittel),

Arztbesuche, Schutz am Körper, Geh- und Balanceübungen. Der Bogen schließt mit einer „Vereinbarung über Verhaltensänderungen“. Aus diesem System, das auch mit einem aktualisierten Expertenstandard im Einklang steht, resultiert ein hohes, auch pflegewissenschaftlich begründbares Sicherheitsmaß für Bewohner, Pflegepersonen und andere Mitarbeiter der Einrichtungen.

Folgende Inhalte sind mit dem Basisformular verknüpft:

Kompetenzebene S1

(zu AEDL 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13): Beschreibung des Allgemeinzustandes. Ziel: Gesamtüberblick erstellen. Weitere diesbezügliche Parameter werden z.B. über hinterlegte Risikoskalen nach GRIGO ebenso erfasst wie über das Verlaufs-Ressourcenblatt.

Kompetenzebene S2

(zu AEDL 11): Beratungskompetenz der Pflegekraft korrespondiert mit S3.

Kompetenzebene S3

(zu AEDL s.o.): Festlegen von Zielen, Vereinbaren von Maßnahmen zur Sturzvermeidung.

Kompetenzebene S4

(zu AEDL s.o.): Interventions-

angebote, z.B. Teilnahme an Bewegungstherapie.

Kompetenzebene S5

(zu AEDL s.o. + GRIGO-Skala): Information über Risiken.

Kompetenzebene S6

(zu AEDL s.o./GRIGO-Sturzprotokoll): Schematische Analyse.

Polypoint-Anwendertreffen

Anwendertreffen 2012 in Köln und in Potsdam

In diesem Jahr war es wieder soweit: Zwei Tage voller angespannter Momente, interessanter Gespräche und lehrreicher Diskussionen. Wir – das gesamte **HINZOnline**-Team – freuten uns auf den direkten Kontakt mit unseren Kunden. In Köln und in Potsdam wurde am Vormittag die brandneue 3. Generation der Elektronischen Bewohner-/Patientenakte vorgestellt. Weitere Neuerungen und Produktentwicklungen wurden zum Thema „Mobile Visite“ präsentiert. Fazit: Egal ob online oder offline dokumentiert werden soll – mobile Lösungen aus dem Hause **HINZ** pas-

sen sich den wachsenden Anforderungen flexibel an. An den Nachmittagen gab es Vorträge zu unserem zweiten

Abgerundet wurden die Anwendertage durch Vorträge von Partnerfirmen. Zum Einen wurden aktuelle Entwicklungen in der Zeitwirtschaft thematisiert und zum Anderen eine sehr interessante Software zum automatisierten Bewerbungsmanagement vorgestellt.

Ausblick 2013

Nach der durchweg guten Resonanz auf die beiden Anwendertagen wird das **HINZOnline**-Team auch im nächsten Jahr wieder auf den unmittelbaren Kundenkontakt setzen und Anwendertreffen anbieten. Eine Veranstaltung ist dabei schon fest für unsere Kunden im Raum Hamburg geplant.



Kernthema – der Personaleinsatzplanung. Auch hier wurden neue Funktionalitäten sowie gesetzliche und tarifliche Änderungen und Besonderheiten diskutiert.

Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Einstufung: Grad oder Kategorien?

Mit der Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe wurde auch der Begriff Kategorien zur Einteilung der Gewebsschädigung eingeführt. Dieser Begriff soll klarer und international weniger missverständlich sein als das Wort Grad. In der Praxis zeigt sich jedoch ein Problem: Der MDK verlangt offenbar die Angaben der Einstufung in Grad, zumal diese auch nach DIMDI mit einem Diagnoseschlüssel für Ärzte und Krankenkassen versehen ist, nach wie vor unter der Kennziffer L89. Geändert hat sich die 4. Stelle.

Der Grad 1 wird jetzt mit L89.0 beziffert - auch dies in Übereinstimmung mit der WHO-Klassifizierung. Die Ausführungen zur jeweiligen Einstufung sind nach DIMDI marginal (s. Kasten). Die Einteilung in Kategorien kann zu Schulungszwecken aus didaktischen Gründen verwendet und in der Dokumentation hinterlegt werden, weil die dortigen Definitionen ausführlicher sind als nach DIMDI bzw. WHO.

Die DIMDI-Klassifikation hat einen weiteren Vorteil: Sie enthält zusätzliche Kennziffern für die Lokalisationen Kopf (0),

obere Extremität (1), Dornfortsätze (2), Beckenkamm inkl. Spina iliaca (3), Kreuzbein mit Steißbein (4), Sitzbein (5), Trochanter (6), Ferse (7), sonstige Lokalisation der unteren Extremität (8), sonstige und nicht näher bezeichnete (9). Diese Verschlüsselung erleichtert auch die Pflegedokumentation, zumal hinter dem jeweiligen Code nur noch rechts oder links angegeben werden muss. Bei Unsicherheit ist der nächst niedrigere Grad zu verwenden. Eine Kollision zum Expertenstandard ergibt sich daraus nicht.

Hinweis:

Bei der Aktualisierung wurde zugunsten eines zukünftigen neuen Begutachtungsassessments auf die Empfehlung von Risikoskalen verzichtet. In Heimen und ambulanten Pflegediensten gelten jedoch andere Regelungen als in Krankenhäusern – den ursprünglichen Adressaten der Standards. Hier fordert der MDK weiterhin die Orientierung nach Risikoskalen, weil sich damit Pflegehandlungen abrechenbar begründen lassen. (Änderung zur Dokumentation s. S. 11; betrifft nicht die Pflegedokumentation!)

Dekubitus-Klassifikation nach DIMDI 2012 (Änderungen rot markiert)

L89.0 = Dekubitus 1. Grades:

Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut.

Die Druckzone erscheint bei wenig pigmentierter Haut als eine umschriebene, persistierende Rötung (Erythem), wohingegen bei dunkleren Hauttönen die

Druckzone in persistierenden roten, blauen oder violetten Hauttönen ohne Hautverlust erscheint.

L89.1 = Dekubitus 2. Grades:

Dekubitus [Druckgeschwür] mit:
- Abschürfung
- Blase
- Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis

- Hautverlust o.n.A.

L89.2 = Dekubitus 3. Grades:

Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten, mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann.

L89.3 = Dekubitus 4. Grades:

Dekubitus [Druckgeschwür] mit

Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln).

L89.9 = Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet

Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades
Hinw.: Kann der Grad eines Dekubitalgeschwüres nicht sicher bestimmt werden, ist der niedrigere Grad zu kodieren.

Pflege von Menschen mit chron. Wunden

Differenzierte Krankheitsbilder erfordern viel Geduld und Fachwissen

Wunden werden als chronisch bezeichnet, wenn sich innerhalb von etwa 4 bis 12 Wochen keine Heilungstendenz zeigt. Dafür gibt es so viele Ursachen wie Patienten. Denn jeder Mensch hat andere Probleme, die ihn zusätzlich belasten. Das erschwert die Pflegearbeit, zumal ein Ziel des Expertenstandards, ein gesundheitsbezogenes Selbstmanagement des Betroffenen ist, woraus sich positive Effekte für die Wundheilung und die Lebensqualität des Betroffenen ergeben.

Folgende Inhalte sind mit dem Basisformular verknüpft:

Kompetenzebene S1

(zu AEDL 2,4,5,11): Allgemeinzustand beschreiben, Gesamtüberblick, Gewohnheiten und Rituale im Hinblick auf die Wundsituation.

Kompetenzebene S2

(zu AEDL 11): Planung geeigneter Maßnahmen, die ggf. eine Verhaltensänderung herbeiführen.

Kompetenzebene S3

(zu AEDL 11): Bereitstellung

notwendiger Hilfsmittel und Maßnahmen, Evaluation der Maßnahmen, Controlling der Lieferung bestellter Hilfsmittel.

Kompetenzebene S4a, 4b

(zu AEDL 11): Beratung, Schulung und Anleitung der Betroffenen und deren Angehörigen. Der Patient soll im Selbstmanagement gefördert werden.

Kompetenzebene S5

(zu AEDL 11): Heilungsverlauf, Beurteilen durch Evaluation erbrachter Maßnahmen, Ziele überprüfen.

Hinweis:

Der hohe Zeit- und Pflegeaufwand ergibt sich überwiegend aus der Beratung der Betroffenen und auch deren Angehörigen.

Es geht immer darum, die Wunde im Zusammenhang mit der Grunderkrankung/Begleiterkrankung zu sehen und zu behandeln und Betroffene, wie Angehörige, entsprechend zu sensibilisieren. So ist z.B. bei einem Ulcus cruris zwingend die Kompressionstherapie erforderlich, beim DFS sind Blutzucker und Ernährung zu optimieren.

Ernährungsmanagement

Ein guter Ernährungszustand ist keine Frage des Körpergewichts

lichen Materialien zur Verfügung stellen muss, damit die Pflegeleistungen sach- und fachgerecht durchgeführt werden können, auch auf der Wissensebene. Zu den Leistungen des Einrichtungsträgers gehören u.a. innerbetriebliche Fortbildungen (IBF), um allen Mitarbeitern denselben Wissensstand im Sinne des Trägers zu vermitteln. Dies wirkt sich z.B. auf das verfügbare Wissen sowie auf die Beratungskompetenz der Pflegekraft aus. Die IBF entbindet die Pflegefachkraft jedoch nicht von eigenen Bemühungen der ständigen Fort- und Weiterbildung.

Das Konzept der Standards von HINZ folgt den einzelnen Ebenen der nationalen Expertenstandards, jedoch in 4 Spalten. Spalte 1 gibt verkürzt die Strukturaussagen der Expertenstandards wieder, Spalte 2 bezieht sich auf das zugehörige Formular, Spalte 3 stellt den Bezug zur Prozessdimension her und Spalte 4 den Bezug zum Ergebnis.

Zusammenfassung

Nationale Expertenstandards schaffen national einheitliche Strukturen, auf deren Basis individuelle lokale Handlungsstandards erstellt werden können. Die einheitlichen Strukturen ermöglichen vergleichbare Rahmenbedingungen, aus denen sich Qualitätsvergleiche ableiten lassen – im Interesse der Patienten.

Das Konzept von Heim.in.Form mit vorformulierten Standards, die auf dem Strukturmodell nach Krohwinkel basieren und individuelle Ergänzungen zulassen, stellt eine Brücke von den allgemein gültig formulierten nationalen Expertenstandards zu den ausdifferenzierten Handlungsstandards für die Praxis dar. Es setzt so auch die Empfehlungen der WHO – Ziel Nr. 16 – hinsichtlich des Managements in handhabbare Leistungsvorschläge sowohl für stationäre als auch für die ambulante Pflege um.

Ziel dieses Expertenstandards ist die Sicherstellung und Förderung der bedarfsgerechten oralen Ernährung. Mangelernährung soll vermieden werden. Zu berücksichtigen sind neben medizinischen Indikationen für bestimmte Ernährungsformen/Diäten soziale und kulturelle Identitäten ebenso wie spezielle Erklärungen des Betroffenen für den Fall, dass er sich nicht mehr

verbal äußern kann. Hier ist speziell auf die Patientenverfügung zu achten.

Ein Hilfsmittel in stationären Einrichtungen ebenso wie in der ambulanten Pflege ist das Screening der Ernährungssituation zu Beginn des Pflegeauftrags. Liegen Gründe vor, die die Nahrungsaufnahme erschweren oder verhindern, z.B. Zahnerkrankungen/schlecht sitzende Prothesen? Entspricht die Nahrungszufuhr

dem Bedarf? Welche weiteren Mängel liegen vor?

Der Standard Ernährungssituation, z.B. nach GRIGO, der allen Dokumentationssystemen von HINZ hinterlegt werden kann, erleichtert die rasche Erfassung der Pflegeprobleme sowie die Zuordnung von Pflegemaßnahmen, die selbstverständlich individuell angepasst werden können und müssen.

Folgende Inhalte sind mit dem Basisformular verknüpft:

Kompetenzebene S1

(zu AEDL 1, 2, 3, 5, 11, 13): Identifikation von Risikofaktoren/Anzeichen von Mangelernährung. Hinterlegt sind Malnutritionrisikoskala und Exsikkose-Risikoskala nach GRIGO.

Kompetenzebene S2

(zu AEDL 5): Bedürfnis- und bedarfsgerechte Ernährung

Kompetenzebene S3

(zu AEDL 5): Planung individueller Mahlzeiten. Hier sind die Ernährungs- und Trinkprotokolle nach GRIGO hinterlegt. Ziel ist ein individueller Ernährungsplan.

Kompetenzebene S4

(zu AEDL 5): Unterstützung der Nahrungsaufnahme.

Kompetenzebene S5

(zu AEDL 5): Informations-, Beratungs- und Anleitungskompetenz. Bewohner/Kunden und Angehörige werden über die

Risiken der Mangelernährung, die z.B. auch bei Übergewicht vorliegen kann, informiert und ggf. angeleitet.

Kompetenzebene S6

(zu AEDL 5): Beurteilung und Evaluation. Erbrachte Maßnahmen und Ziele werden überprüft. Der Verlaufsbericht gibt Auskunft über Ergebnisse und Probleme, die in der Person des Betroffenen liegen, z.B. Ängste, Erschöpfung usw.

Badespaß für Pflege und Kind

Zweckentfremdung zugelassen

Das jüngste „Kind“ der Reihe HINZMobil ist die zweiteilige Kombination Wickel-Badewagen-Spezial, entstanden auf Anregung der Mitarbeiter des St. Marienkrankenhauses Bonn.

Der stabile Korpus mit leicht zu reinigender Kunststofffläche verfügt über abgerundete, 2 mm starke Sicherheitskanten; die Einbaubereiche (links/rechts) sind durch eine Mittelwand getrennt.

Die weiße Plexicor-Badewanne (Innenmaße ca. 680x400x180) verfügt über eine Ablaufgarnitur mit Stopfventil und eine

Schlauchverbindung nach hinten mittig unter den Wagen. Hier zeigt sich wieder einmal

das auf ergonomisches Arbeiten ausgerichtete Konzept von HINZ: Die Wanne kann im



Modell A 6084

[weiter auf Seite 5](#)

Förderung der Harnkontinenz

Kontinenz ist erreichbar

Inkontinenz belastet nicht nur die Betroffenen, sondern indirekt auch ihre Umgebung, d.h. die pflegenden Angehörigen und Pflegepersonen. Vorrangig betroffen sind Frauen. Untersuchungen zufolge sind in Einrichtungen der Altenhilfe zirka 43 bis 77 % der Bewohner betroffen.

Der Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege hat zum Ziel, den sozialen Rückzug, die sinkende Lebensqualität und den steigenden Pflegebedarf

direkt günstig zu beeinflussen. Frühzeitiges Erkennen des Problems und das gemeinsame Vereinbaren von Maßnahmen können die Auswirkungen und Beeinträchtigungen erheblich reduzieren.

Inkontinenz stellt letztlich auch eine Gefährdung der Haut dar. Die ständige Feuchtigkeit kann zu chronifizierenden Wunden, ausgelöst durch Mazeration, führen. Diese Wunden werden je nach Lokalisation mit einem Dekubitus verwechselt, der durch

Druckeinwirkung entsteht. Nicht grundlos erfassen daher die Risikoskalen zur Dekubitusprophylaxe auch die Einwirkung von Nässe. Gefordert sind seitens der Pflegefachkraft daher Kenntnisse der Ursachen bzw. Formen einer Inkontinenz: Z.B. Stress (= Belastungs-) Inkontinenz, Dranginkontinenz, Mischinkontinenz, extraurethrale Inkontinenz, Inkontinenz bei chronischer Harnretention und unkategorisierbare Inkontinenz.

Ziele der Kontinenzförderung sind im Optimalfall:

- Kontinenz = kein unfreiwilliger Harnverlust, Hilfe und Hilfsmittel nicht erforderlich,
- unabhängig erreichte Kontinenz = Kontinenz durch Einsatz von Trainingsmaßnahmen, Medikamenten oder intermittierendem Selbstkatheterismus erreichbar,
- Abhängig erreichte Kontinenz = personelle Unterstützung, z.B. bei Toilettengängen, Medikamenteneinnahme, Fremdkatheterismus.

Folgende Inhalte sind mit dem Basisformular verknüpft:

Kompetenzebene S1

(zu AEDL 1,2,5,10,11,13): Beschreibung des Allgemeinzustandes bzw. des Gesamteindrucks.

Kompetenzebene S2

(zu AEDL 6/GRIGO – Assessment Einschätzung Risikofaktoren): Differenzierte Einschätzung der Probleme mit Harninkontinenz, u.a. Gewohnheiten, Rituale, Hilfsmittel.

Kompetenzebene S3

(zu AEDL 6): Beratungskompetenz, u.a. hinsichtlich Vorbeugung, Beseitigung, Verringerung der Harninkontinenz.

Kompetenzebene S4

(zu AEDL 6): Umsetzung von kontinenzfördernden Maßnahmen bzw. Kompensation der Harninkontinenz, z.B. Festlegung von Zielen, Ermittlung von Toilettenzeiten.

Kompetenzebene S5: Gestaltung eines kontinenzfördernden Umfeldes, z.B. Kooperation mit

dem Arzt zwecks Diagnostik, Sicherstellung von Hilfsmitteln, Reaktionen des Bewohners auf erbrachte Maßnahmen.

Kompetenzebene S6

(zu AEDL 6): Beurteilung der Effektivität der Maßnahmen. Erbrachte Maßnahmen und Ziele werden überprüft. Der Verlaufsbericht gibt Auskunft zur Lebensqualität und weiteren Vereinbarungen mit dem Betroffenen, den Angehörigen und anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

Anmerkung:

Alle Pflegedokumentationssysteme von HINZ unterstützen die Inhalte der Expertenstandards ebenso wie die Theorien von Krohwinkel (AEDL) und GRIGO. GRIGO geht davon aus, dass mit den zu Pflegenden feste Vereinbarungen getroffen werden sollen, die in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und gegebenenfalls neu anzupassen sind. Das Ergebnis einschließlich aktualisierter Vereinbarungen findet sich im Verlaufsbericht.

Wagen, z.B. im Badezimmer, gefüllt und danach in den Raum gefahren werden, in dem das Kind gewaschen werden soll. Nach dem Bad wird sie wieder in den Raum gefahren, aus dem das Wasser geholt wurde und dort entleert.

Den Transport ermöglichen die doppelt kugelgelagerten Superleichtlaufrollen (125 mm). Hinten am Wagen befinden sich eine Geräte- und Infusionsschiene, höhenverstellbar, im Normprofil über der Arbeitsplatte sowie Halter für Handschuhboxen (maximales Kartonmaß 260 x 134 x 93 mm).

Der Einbaubereich verfügt u.a.

über Schubladen mit Klappgriff auf hochwertigen, verdeckt kugelgelagerten Vollauszügen und Zwischenböden.

Die Konstruktion kann auch für einen anderen Einsatzbereich zweckentfremdet werden: Etwa in einer Senioreneinrichtung, z.B. bei einem Bewohner/Kunden, der wegen einer Infektionserkrankung zumindest vorübergehend isoliert werden muss.

In dem Fall lässt sich die Wanne in der Nasszelle mithilfe der Duschen füllen und zum Kunden fahren bzw. zur Entleerung wieder abtransportieren.



Modell A 6226

Gefahrengeeignetes Transportwagen von Waschsüsseln entfällt somit.

Nicht vergessen werden darf der „kleine Bruder“ dieses Systems, der getrennt einzusetzende Wickelwagen.

Zu beiden Seiten sind Halterungen für Abwurfbehälter vorgesehen, einerseits für gebrauchte Wäsche, andererseits für verwendete Pflegematerialien. Beides kann nach dem Bad hygienisch entsorgt werden.

Schmerzmanagement in der Pflege

Auch die Rahmenbedingungen müssen stimmen

Wesentliche Änderung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege ist seit der Aktualisierung 12/2011 die Unterscheidung von akutem und chronischem Schmerz. Zielsetzung ist, „Patienten/Bewohnern mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen durch ein angemessenes Schmerzmanagement unnötiges Leid zu ersparen sowie einer Chronifizierung von Schmerzen vorzubeugen“. Der Titel lautet nunmehr: „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“, entsprechend beziehen sich die Aussagen auf Wahrnehmung von Anzeichen und typischen Risikofaktoren für Schmerz. Ursachen akuter Schmerzen und die entsprechenden Maßnahmen zu ergreifen ist nicht nur eine Frage des erlernten Wissens, sondern oft auch eine Frage der Erfahrung und einer gewissen Unvoreingenommenheit gegenüber der Situation, in der sich ein schmerzgeplagter Mensch und pflegende Personen befinden. Dies zeichnete bereits Wilhelm Busch in seiner Bildergeschichte „Der Schreihals“ in der für ihn typischen humorigen Weise auf. Es geht um einen zunächst friedlichen Säugling, der zu Bett gebracht werden soll und



Grad kommt die Tante auf Visite Und ruft erschreckt: »Du meine Güte!!« –



Voll Weisheit öffnet sie den Bund. – Da haben wir's! – Das war der Grund!



Und Willi, der von Schmerz befreit, Lacht laut vor lauter Heiterkeit.

plötzlich schreit und durch nichts zu beruhigen ist. Doch dann kommt die erfahrene Tante und löst das Problem (s.o.). Insofern wären die Grundprinzipien der Schmerztherapie

- Schmerzmessung und -dokumentation,
- Kenntnisse der Schmerztherapie gemäß WHO-Stufenschema,

- Kenntnisse der Wirkung und Nebenwirkungen von Analgetika,
- Prophylaxe und Behandlung von Nebenwirkungen, z.B. Obstipation,
- Kenntnisse über Durchführung nicht medikamentöser Maßnahmen, deren Wirkung und eventueller Nebenwirkungen, Schulung und Beratungskompetenz,

- Kenntnisse der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV), zu ergänzen um die Forderung: Anwenden der Kenntnisse um die möglichen Ursachen zu beheben. Diese Forderung ist auch durch die immer wieder einmal publik werdenden Fälle gestützt, in denen die Schmerzursache auf einem intraoperativen Fehler basiert.

Folgende Inhalte sind mit dem Basisformular verknüpft:

Kompetenzebene S1 (AEDL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13, GRIGO-Skalen): Beschreibung des Allgemeinzustandes bzw. des Gesamtzustands, Gewohnheiten und Rituale, therapieresistente Schmerzen.

Kompetenzebene S2

(AEDL 11): Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.

Kompetenzebene S3 (AEDL 3,11,13): Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.

Kompetenzebene S4 (AEDL 3,11): Kenntnisse der nicht medikamentösen Schmerz-

linderung sowie deren mögliche Kontraindikationen.

Kompetenzebene S5 (AEDL 3,11,13): Beratungs- und Schulungskompetenz in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Phänomene. Der Betroffene und seine Angehörigen sollen durch gezielte Beratung und Schulung befähigt sein, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen.

PKMS-Anwendertreffen

Anwendertreffen 2012 in Berlin

Am 25.10.2012 fand in Berlin der HINZ/PKMS-Anwendertag statt. Aus mehr als 50 Einrichtungen haben 100 Teilnehmer unsere Veranstaltung besucht.

Am Vormittag hat Frau Dr. Pia Wietek über die Neuerungen für 2013 und die bisherigen Erfahrungen mit dem PKMS berichtet. Der Vortrag kam sehr gut an, da er aus der Sicht der Teilnehmer

sehr interessant und praxisorientiert war. Am Nachmittag fanden die Workshops zu unseren PKMS-Formularsystemen statt. Hier konnten die Teilnehmer untereinander und mit den Moderatoren (Peter Thumel, Horst Schinner, Lutz Wagner und Heiner Laux) einen angeregten Informationsaustausch erleben. Das HINZ-PKMS-Team gewann interessante Anregungen zu Ver-

änderungen in den Formularen, die in der Version 2013 umgesetzt werden. Von den Teilnehmern wurde auch ausdrücklich das faire Preis-/Leistungsverhältnis der Veranstaltung gelobt. Sie empfanden die Veranstaltung als echten Kundenservice.

Herr Rosenthal von HINZOnline stellte während der Veranstaltung einigen Teilnehmern die Softwarevariante zu PKMS vor.

Herr Czepull (HINZ, Berlin) hat während der Veranstaltung den interessierten Teilnehmern Informationen zu den ausgestellten HINZMobil-Wagen geben können.

Fazit: Die Veranstaltung war ein voller Erfolg. Von den Teilnehmern kam die Anregung, eine solche Veranstaltung auch im nächsten Jahr wieder anzubieten.

Pflegebedürftigkeit neu definiert

Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) enthält neues Begutachtungsassessment.

1. Der Handlungsbedarf

Zirka 2,4 Mio. Menschen sind pflegebedürftig. In wenigen Jahrzehnten werden es über 4 Millionen sein. Bis zu 1,2 Mio. Menschen sind an Demenz erkrankt. Auch ihre Zahl wird deutlich ansteigen. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbsfähigen und damit auch das Potential zur Gewinnung der für die Versorgung notwendigen Pflegekräfte. Hinsichtlich der Versorgungssituation Demenzkranker ist festzustellen, dass sich ihr spezieller Hilfebedarf, der sich auf Betreuung und Anleitung richtet, nicht adäquat in den Leistungen der Pflegeversicherung widerspiegelt. Um diese Probleme zu bewältigen, ist eine Reform unumgänglich. Die gesetzliche Grundlage bietet das am 29.06.2012 beschlossene PNG.

2. Die Ziele

Die pflegerische Versorgung wird weiterentwickelt. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden bedarfsgerechter auf die besonderen Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen ausgerichtet. Zudem sollen pflegebedürftige Menschen mehr Chancen für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben bekommen und soweit wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Im Einzelnen:

a) Pflegebedürftige brauchen bedarfsgerechte Leistungen, die ihnen ein Leben in Würde ermöglichen. Insbesondere soll den Bedürfnissen der Demenzkranken besser entsprochen werden.

b) Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ wird weiter gestärkt.

c) Pflegenden Angehörige und Familien sollen mehr Unterstützung erfahren.

d) Die Finanzierung der Pflegeversicherung soll zukunftssicher und generationengerecht sein -



© Daniel Bahr / Michael Dedeker

„Das ist ein Gesetz, was für viele Menschen Verbesserung bringt und für keinen Verschlechterung. Immerhin 500.000 Demenzkranke werden erstmals eine Leistung bekommen für den besonderen Betreuungsaufwand aufgrund der Demenz, die bisher keine oder kaum Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommen. Das ist schon ein richtiger Fortschritt.“ (Daniel Bahr, BMG, 29.06.2012 im Deutschlandfunk)

über eine Erhöhung des Beitragsatzes um 0,1 Beitragsatzpunkt, d.h. ab 01.01.2013 beträgt dieser 2,05 %. Versicherte ohne Kinder zahlen einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragsatzpunkten. Des Weiteren wird die eigenverantwortliche private Vorsorge gefördert und durch einen Zuschuss in Höhe von 60,00 € jährlich, d.h., 5,00 € monatlich gefördert.

e) Die Attraktivität des Pflegeberufs soll gesteigert werden. Die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken können mit der bisherigen verrichtungsbezogenen Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nicht angemessen erfasst werden. Deshalb wurde der Begriff Pflegebedürftigkeit neu definiert.

3. Neue Definition Pflegebedürftigkeit

Eine wichtige Grundlage bilden

die bereits vorliegenden Vorarbeiten, die noch in dieser Wahlperiode abgeschlossen werden sollen. Die noch offenen Fragen, insbesondere hinsichtlich der Umsetzung, sind schnellstmöglich zu klären. Ein Zeitplan für die Umsetzungsschritte ist zu erstellen. Feststeht schon jetzt:

Durch eine neue differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit und deren Umsetzung in einem neuen Begutachtungsverfahren sollen die Voraussetzungen für eine zielgerichtete Pflege der von Demenz betroffenen Menschen weiter verbessert werden. Der Erhalt der Selbständigkeit steht dabei im Mittelpunkt.

4. Die besseren Leistungen

Die Leistungen für Pflegebedürftige sollen vor allem in folgenden Punkten verbessert werden:

- Flexiblere Vertragsgestaltung. Dadurch können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen künftig neben Leistungskomplexen auch Zeitvolumen für die Pflege vereinbaren. Gemeinsam mit den Pflegediensten können sie sich dadurch bedarfsgerecht auf Leistungen verständigen, die auch insbesondere den Erfordernissen von Demenzpatienten gerecht werden.

- Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erhalten Demenzkranke kurzfristig verbesserte Leistungen. So wird in den Pflegestufen 1 und 2 der bisherige Betrag aufgestockt.

- Menschen ohne Pflegestufe (Pflegestufe 0) erhalten monatlich ein Pflegegeld von 120 € oder Pflegesachleistungen von bis zu 225 €.

- Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten ein um 70 € höheres Pflegegeld von 305 € und um 215 € höhere Pflegesachleistungen bis zu 665 €.

- Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein um 85 € höheres Pflegegeld von 525 € und um 150 € höhere Pflegesachleistungen von bis zu 1 250 € (Stand: 29.06.2012).

- Betreuungsleistungen, die insbesondere für Demenzkranke erforderlich sind, werden Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung.

- Die Rehabilitation wird gestärkt, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu reduzieren. Jeder Pflegebedürftige erhält im Zuge der Antragstellung ein eigenständiges Gutachten über seine individuelle Rehabilitationsfähigkeit.

- Dem Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ entsprechend werden neue Wohnformen durch die Gewährung einer zweckgebundenen Pauschale für die Beschäftigung einer Kraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt, gefördert.

- Zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Förderung ambulanter Wohngruppen wird aufgelegt.

- Die medizinische Versorgung in den Heimen wird verbessert.

- Die Beratung von Pflegebedürftigen wird verbessert, z. B. durch das verbindliche Angebot von Beratungen im häuslichen Umfeld.

5. Bürokratieabbau

Hier gibt es ein eigenes Maßnahmenpaket, mit dem die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber Pflegekassen und Medizinischem Dienst gestärkt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, für die Medizinischen Dienste verbindliche Servicegrundsätze zu erlassen. Dieser

[weiter auf Seite 8](#)

Rechtssicherheit in der (Pflege-)Dokumentation

Vom Allgemeinen zum Besonderen

„Verhaltenscodex“ soll sicherstellen, dass ein angemessener und respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen Standard ist. Antragsteller sind zudem darauf hinzuweisen, dass sie einen Anspruch darauf haben, das MDK-Gutachten zugesandt zu bekommen.

- Zeitnahe Entscheidungen sind für Pflegebedürftige und Antragsteller von großer Bedeutung. Wenn innerhalb von vier Wochen keine Begutachtung erfolgt, wird die Pflegekasse deshalb verpflichtet, dem Versicherten mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen, damit es auch ohne den MDK vorangehen kann. Wenn die Pflegekassen Begutachtungsentscheidungen nicht fristgerecht treffen, dann haben sie künftig dem Antragsteller für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € als erste Versorgungsleistung zur Verfügung zu stellen.

6. Rentenversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegenden

Gefordert ist eine Mindestpflegeaufwendung von 14 Stunden pro Woche. Zum Ausgleich von Härtefällen muss dieser Pflegeaufwand zukünftig nicht allein für einen Pflegebedürftigen getätigt werden, sondern kann auch durch die Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen erreicht werden.

Quelle: Maßnahmen des PNG im Überblick (www.bmg.bund.de)

1. Voraussetzungen

Bereits bei der Planung und Entwicklung geeigneter Dokumentationssysteme beginnt die Rechtssicherheit nicht nur für die Pflegedokumentation. Es gibt zahlreiche Gesetze und Vorschriften, die im Einzelfall und gegebenenfalls für das Fachgebiet speziell zu berücksichtigen sind. Die wichtigste Frage vor dem Entwurf eines Systems heißt:

2. Wo steht was geschrieben?

Für die Kranken- und Kinderkrankenpflege ist § 3 Abs. 2 KrpflG (= Krankenpflegegesetz) relevant, für die Altenpflege ist es § 3 Abs. 1 AltPflG (= Altenpflegegesetz), beide in Verbindung mit den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Aus diesen Gesetzen ergibt sich die Pflicht zur ordnungsgemäß durchzuführenden Dokumentation, z.B. von Beobachtungen am Patienten und die daraus resultierenden Tätigkeiten und Durchführung ärztlicher Anordnungen und deren Auswirkungen auf den Patienten.

Für Ärzte ist einerseits das Standesrecht maßgeblich (§ 10 Abs. 1 MBO-Ä = Musterberufsord-

nung der Ärzte), andererseits gibt es gesetzlich normierte Pflichten, z.B. § 43 StrlSchVO, § 29 Abs. 2 RöntgVO, § 37 Abs. 3 ArbSchG, § 19 ArbStoffVO und Kammergesetze der Bundesländer.

Dokumentation als Nebenleistungspflicht ergibt sich aus dem Vertragsrecht, z.B. Krankenhausaufnahmevertrag, Behandlungsvertrag, Heimvertrag. Aus Sicht des BGH ist die Dokumentationspflicht eine deliktisch begründete Pflicht. Basis sind die Erfordernisse des Schadensersatzrechts.

Auch bestehen verschiedene Dokumentationspflichten:

- nach SGB V (§§ 294, 302) betr. abrechnungsfähige Leistungen der GKV,
- nach SGB XI (§ 113). Qualitätsgrundsätze betr. Pflegeversicherung, auf Länderebene in Rahmenvereinbarungen niedergelegt (§ 75 SGB XI),
- SGB IX (§ 85) betr. Instrument im Pflegesatzverfahren,
- SGB IX (§§ 104, 105) betr. Nachweis der Leistungserbringung des Einrichtungsträgers.

Nicht zuletzt verpflichtet das Heimgesetz (HeimG) die Heim-

träger zu umfassenden Aufzeichnungen, z.B. hinsichtlich der Stammdaten der Bewohner (§ 13 Abs.1 Nr. 4), der verabreichten Medikamente (§ 13 Abs. 1 Nr. 5) sowie der Pflegeplanung und/-verläufe (§ 13 Abs. 1 Nr. 6). Die ehemals bundeseinheitlichen Vorschriften sind aufgrund der Föderalismusreform 2006 in Landesrecht übergegangen.

3. Art, Inhalt und Umfang der Dokumentation

Nur stichwortartig werden die wesentlichen Anforderungen an die Dokumentationspflicht wiedergegeben:

- *Authentizität*: Handschriftliche Eintragungen sind möglich, werden aber nicht mit Bleistift durchgeführt. Im Falle einer Falscheintragung sind Übermalen mit Korrekturstift oder Überkleben nicht zulässig, sondern Durchstreichen und Nachholen der korrekten Eintragung. Alle Eintragungen müssen persönlich vorgenommen und mit Handzeichen abgezeichnet werden.
- *Sicherheit*: Dokumentationssysteme müssen schnell und immer an gleicher Stelle zugänglich sein.
- *Eindeutigkeit*: Doppeldokumentationen sind zu vermeiden.
- *Datenschutz*: Die Persönlichkeit des Patienten und seiner Daten darf nicht verletzt werden. Das Dokumentationssystem ist so aufzubewahren, dass unbefugte Dritte keinen Zugriff haben (was in der häuslichen Pflege durchaus problematisch sein kann, weil der Pflegedienst die Unterlagen im Haushalt des Patienten belassen muss).
- *Zeitliche Nähe*: Ereignisse/ Maßnahmen müssen unverzüglich dokumentiert werden.

Umfang und Inhalt der Dokumentation bestimmt derjenige, der sie vornimmt. Er weiß, was wesentlich ist und muss den Inhalt verantworten. Dieser soll nur Um-



weiter auf Seite 9

Aufbewahrungsfristen für Daten neu geregelt

G-BA hat Richtlinie beschlossen – BMG muss noch zustimmen

stände und Tatsachen erfassen, die aus medizinischer Sicht für Diagnose und Therapie wesentlich und für die weitere Behandlung erforderlich sind. Aus pflegerischer Sicht sind alle pflegerischen Wahrnehmungen, die aus der Krankenbeobachtung resultieren, zu dokumentieren, z.B. alle atypischen Verläufe, alle pflegerischen Anordnungen und alle pflegerischen Maßnahmen, die die zukünftige Therapieentscheidung unterstützen. Insbesondere sind Abweichungen von Standardbehandlungen sowie Hinweise im Rahmen der Aufklärung zu dokumentieren, letztere muss der Patient gegenzeichnen und als inhaltlich verstanden bestätigen können.

Grundsätzlich gilt: Die Dokumentation muss so abgefasst sein, dass ein fachkundiger Außenstehender sie nachvollziehen und den Planungsgedanken des Dokumentierenden erkennen kann. Kürzel sind zulässig, wenn das System eine Legende enthält, mit der sich der Sinn der Kürzel entschlüsseln lässt. Sie ist nicht dazu bestimmt, Patienten Beweise für Schadensersatzansprüche in einem späteren Haftungsprozess zu verschaffen.

4. Dokumentation in der ambulanten Pflege

Für die ambulante Pflege gilt grundsätzlich das Voraufgeführte. Jedoch finden sich in der „Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege“ des MDK bestimmte Anforderungen an Dokumentationssysteme.

a) Inhaltliche Anforderungen

Inhaltlich werden folgende Parameter gefordert:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese/
Informationssammlung
- Biografie
- Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse
- verordnete medizinische Behandlungspflege

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juli 2012 die Erstfassung der Richtlinie zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V (DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie/DMP-AF-RL) beschlossen.

I. Die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V (DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie/DMP-AF-RL)“

1. Präambel

1. Mit der Dreiundzwanzigsten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (23. RSAVÄndV) vom 23. Dezember 2010 wurde eine Verlängerung der Aufbewahrungsfristen im Sinne einer Übergangsregelung vorgenommen, die Zeit gibt, den noch ausstehenden Erkenntnisgewinn abzuwarten, der eine Neuregelung der Aufbewahrungsfrist ermöglicht, die zukünftig die für die Datenaufbewahrung und -verwendung unterschiedlichen Zwecke differenziert berücksichtigt.

2. Die nachstehenden Regelungen nehmen diesen Auftrag zur Unterscheidung der Aufbewahrungsfristen in Abhängigkeit des Sinns und des Zwecks der gesetzlich vorgesehenen Datenver-

wendung nicht vorweg.

3. Neben der bereits bestehenden Verpflichtung des G-BA, die Inhalte der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zu überprüfen und anzupassen, wurde der G-BA durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit neuen Aufgaben versehen.

4. Dies betrifft neben der Überführung der DMP in Richtlinien auch Neuregelungen im Bereich der Evaluation und Qualitätssicherung.

5. In Abhängigkeit der weiteren Beratungen der Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu DMP und ihrer Anforderungen, insbesondere an die Qualitätssicherung und Evaluation, soll daher ggf. noch eine Regelung zur Differenzierung der Aufbewahrungsfristen eingeführt werden.

6. Bis zum Abschluss der Beratungen vermeiden die nachstehenden Regelungen insbesondere die unwiederbringliche Datenlöschung zum 1. Januar 2013.

§ 1 Regelungsgegenstand und Rechtsgrundlagen

Diese Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung der Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V.

§ 2 Aufbewahrungsfristen personenbezogener Daten

In strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 1 SGB V ist vorzusehen, dass die nach § 28f Abs. 1 Nr. 1 RSAV zu erfassenden Daten fünfzehn Jahre, beginnend mit

dem auf das jeweilige Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufzubewahren und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten, zu löschen sind.

§ 2a Übergangsregelung

1. § 2 gilt entsprechend für die Dokumentationen nach den Anlagen 2, 6 und 8 der RSAV in der Fassung vor dem 01.01.2012, sofern sie noch nicht in eine Richtlinie nach § 137f Absatz 2 SGB V überführt wurden.

2. Bis zum Ende der in § 137g Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmten Anpassungsfrist gilt die Aufbewahrungszeit nach § 28f Abs.1 Nummer 3 sowie Abs. 1a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der Fassung vor dem 01.01.2012 unter Anwendung der Löschrfrist nach § 2 dieser Richtlinie als verlängert.

§ 3 Geltungsdauer

Die Richtlinie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2018 außer Kraft.“

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. Juli 2012
Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Hecken

- Gabe verordneter Medikamente
- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht
- Bewegungs- bzw. Lagerungsplan
- Trink-/Bilanzierungsplan
- Ernährungsplan
- Überleitungsbogen
- Wunddokumentation
- Dekubitusrisiko/
Dekubitusrisikoskala
- Fixierung
- Gewichtsverlauf
- Miktionsprotokoll
- Sturzrisiko
- Sonstiges

b) Formelle Anforderungen

Ein Pflegedokumentationssystem (in der Regel unterteilt in Stammbblatt, Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegedurchführungsnachweis sowie Pflegebericht) soll die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglichen.

Zu den Stammdaten im Stammbblatt gehören:

Angaben zur Person und ggf. zur Konfession, Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI, Datum des Leistungsbeginns, pflegebegründende Diagnosen, Informationen zu bestehenden Allergien, Kostform, medizinisch therapeutische Versorgungsform, Information für Notfallsituationen (z.B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson), Aufenthalte in Einrichtungen (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Kurzzeitpflege, Tagespflege) sowie Angaben zu Hilfsmitteln, Informationen zu Verfügungen, Angaben zu Bezugspersonen und/oder gesetzliche Betreuer. Weiterhin sollten der Hausarzt und weitere mit der Betreuung befasste Dienste aufgeführt werden.

Die Pflegeanamnese/Informationssammlung muss einen umfassenden Gesamteindruck über die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Gewohnheiten, der Möglichkeiten/Fähigkeiten, des Einsatzes von Hilfsmitteln und

Für Sie gelesen

Mitarbeiter zur Dokumentation motivieren

Mitarbeiter in allen Berufen stöhnen über die zeitraubende Zunahme der Verwaltungsarbeit in Form von Dokumentationen, die zu Lasten der praktischen Arbeit an den Patienten geht. Empfehlungen aus Pilotprojekten zur Entbürokratisierung fokussierten drei Themen:

- Pflegeplanung mit handlungsleitendem Charakter, idealerweise mit Tagesablaufplanung verbunden,
- Pflegeplanung mit überschaubarer Tiefe und Seitenzahl,
- Abzeichnen von Leistungskomplexen statt Nachweis von Einzelleistungen.

Dabei spielten in der öffentlichen Diskussion pflegefachliche Aspekte und inhaltliche Neuausrichtung der Dokumentation eine nachgeordnete Rolle. Im Vordergrund standen Zeitersparnis und das Einsparen von Formularen. Übersehen wird, dass es einerseits ein Zuviel an Informationen und Handzeichen gibt, andererseits aber ein Zuwenig an für die individuelle Pflege erforderlichen fachgerechten, unentbehrlichen Informationen. Auch stelle sich die Frage, ob eine „schlanke Dokumentation“ rechtlich zulässig und sicher sei und von der Heimaufsicht und dem MDK akzeptiert werde.

In einem vom BMFSJ in Auftrag gegebenen Projekt wurden im Zeitraum von 2004 bis 2006 insgesamt 276 Dokumentationen aus 29 Referenzheimen hinsichtlich des Bürokratieaufwandes untersucht. Kernergebnis der Studie: Es entstehe in den Heimen und müsse dort behoben werden. Eine Zentrierung der Dokumentation auf die fachgerechte und für die individuelle Pflege ist nötig. Dazu bedürfe es einerseits einer Reduzierung des Umfangs, andererseits einer Vervollständigung der Inhalte. Zur Umsetzung brauche die Praxis Orientierungshilfen.

Auch wenn sich das Handbuch auf die Altenpflege bezieht und die Studie 2007 abgeschlossen ist, lassen sich die Ergebnisse auf alle Pflegebereiche übertragen beziehungsweise ihnen anpassen.

Pflegedokumentation stationär - Das Handbuch für die Pflegeleitung. Hrsg. BMFSJ 2007. Einzelne Exemplare als Download kostenlos abzurufen über www.bmfsj.de/Kategorien/Forschungsnetz/Forschungsberichte.html oder www.google.de „BMFSJ Entbürokratisierung“.

Wie war das doch gleich...?

Wer kennt die Situation nicht: Es wird eine Frage gestellt und man findet nicht sofort eine Antwort, obwohl dies nötig wäre. Hilfreich ist dann ein Lexikon wie der „Pflege-Psychyrembel“, der seit Juli 2012 in der 3. Auflage erhältlich ist. Auf 935 Seiten werden pflegerelevante Begriffe von ABC-Schema bis Zytostatika erläutert. Dazu gehören natürlich auch verschiedene Aspekte der Dokumentation. Das SIEB-Prinzip nach Jana Flach, dessen Entwicklung HINZ förderte, findet sich auf S. 890 im Zusammenhang mit der Wunddokumentation.

Pschyrembel, Pflege. Hrsg. Susanne Wied, Angelika Warmbrunn, de Gruyter, Berlin 3. Aufl. ISBN 978-3-11-025885-4. LP: 29,95 €

Tipp aus der Praxis: Fachkompetente Prophylaxe zahlt sich aus

Das Thema Dekubitus wird seit vielen Jahren aus verschiedenen Gesichtspunkten untersucht und beforscht (s.a. S.11). So behandelt auch Band 4 der Reihe „Fachkompetenz Pflege“ das Dauerproblem Dekubitus aus allen möglichen Aspekten. Die Autorinnen vertiefen das Grundwissen, das die Leser während der Ausbildung erworben haben bzw. rufen es in Erinnerung, und ermutigen sie, ihr Expertenwissen auch anzuwenden und so

ihre Fachkompetenz zu demonstrieren. Neben den fachlichen Grundlagen zur Entstehung des Dekubitus, zu Prävention und Behandlung finden sich auch Antworten auf die Fragen zum Thema Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe. Dass sich fachkompetente Prophylaxe unter Anwendung zunächst teurer Hilfsmittel auszahlt, stellt das Universitätsklinikum Essen immer wieder unter Beweis. Dort liegt die Dekubitusrate derzeit bei 2,5 % (Ärzte-Zeitung online, 01.08.2012).

Heidi Heinhold, Ursula Häupler: Professionelle Dekubitusprophylaxe - Sichere Umsetzung des Expertenstandards in die Pflegepraxis 156 S., zahlr. auch farbige Abb., CD mit Schulungsunterlagen, Checklisten, Formularen und Merkblättern. 1. Aufl. 2011 Verlag Mensch und Medien, Landsberg am Lech. ISBN: 978-3-86283-00-2-2 VP Einzelpreis 159,43 €, im Abonnement 79,72 €. Auch als E-Book erhältlich.

Umfangreich und doch kompakt

Ein Ratgeber „Für die Kitteltasche“ gibt auch nicht medizinisch/pharmazeutisch/pflegegerichtet ausgebildeten Entscheidungsträgern Auskunft für den richtigen Einsatz von Wundauflagen unter den Aspekten: Auswählen: Indikation, Kontraindikation und Wirkungsweise für den gezielten Einsatz, Verordnen: Verpackungseinheiten, Größen und Preise für die sichere und wirtschaftliche Verordnung, Anwenden: Produktfotos und Beschreibungen der Anwendung für die erfolgreiche Therapie. Eine farbige Registermarkierung am Seitenrand erleichtert dem Leser, das gesuchte Thema zu finden.

Vasel-Biergans, Anette, Probst, Wiltrud: Wundauflagen 3. bearb. und erw. Aufl. 1062 S. 366 farb. Abb. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart. ISBN 978-3-8047-2584-3, 54,00 €

deren Aktualisierung ermöglichen.

Das im Pflegeleitbild und/oder Pflegekonzept favorisierte Pflegemodell oder Assessmentverfahren (z.B. RAI-HC) bildet die Struktur für die Pflegeanamnese/Informationssammlung.

(Quelle für das Vorstehende: Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege, MDK)

Zusammenfassung

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen ihre Dokumentationssysteme diesen Richtlinien zur Qualitätsprüfung anpassen. Das macht Sinn, wenn das Ziel im Raum steht, eine möglicherweise doppelte Dokumentation - einmal für die Qualitätssicherung, einmal für den „täglichen Bedarf“ - zu vermeiden und somit letztlich doch Zeit- und Arbeitersparnis daraus resultiert. Rechtsgrundlage sind derzeit die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 113 SGB XI.

Insgesamt gilt, dass der Zeitaufwand für die Dokumentationsarbeit die Kernleistung, z.B. von Medizin, Pflege und Physiotherapie/Krankengymnastik nicht reduziert. Hier sind Optimierung und Standardisierung der Formulierungen erforderlich. In den speziell geschulten Mitarbeitern von HINZ finden Sie in der Phase der Entscheidungsfindung hoch qualifizierte und auch (pflege-)fachkompetente Ansprechpartner.

2. Digitale Dokumentation

Während die papiergebundene Dokumentation einen „Urkundsbeweis“ im Sinne der Zivilprozessordnung (ZPO) darstellt, ist das elektronische Dokument nach § 371 Abs.1S.2 ZPO ein „Augenscheinsbeweis“. Der Computerausdruck ist immer nur eine Kopie der Urschrift. Für die Urkunde fehlt z.B. die typische handschriftliche Unterschrift. Es ist daher darauf zu achten, dass die Software - wie die von HINZ - über ein qualifiziertes Softwarezertifikat verfügt, das den hohen Anforderungen des

Signaturgesetzes entspricht und mit dem sich Authentizität und Integrität des Dokumentes feststellen lassen. Dann kann nach § 371a Abs.1 S.1 ZPO das elektronische Dokument hinsichtlich seiner Beweiskraft einer privaten Urkunde gleichgestellt werden.

3. Fotodokumentation

Es gelten zunächst dieselben Rechtsgrundsätze wie bei der schriftlichen und elektronischen Dokumentation. Die Besonderheit hier ist, dass die möglichst schriftliche Einwilligung des Betroffenen oder seines Vertre-

ters/Betreuers vorliegen muss. Auch kann diese Dokumentationsform verweigert werden. Es muss sichergestellt sein, dass der Fotografierte nicht identifiziert werden kann. Daten, die einrichtungsintern die Notwendigkeit der Identifikation ermöglichen, um die Bilder einer bestimmten Krankengeschichte zuordnen zu können, sind insbesondere für den externen Gebrauch so anzubringen, dass sie, sollten sie in fremde Hände gelangen - etwa bei Publikationen - von Unbefugten nicht mit einer bestimmten Person in Verbindung ge-

bracht werden können. Auch muss das Einverständnis zur Veröffentlichung der Bilder vorliegen.

Redaktioneller Hinweis:

Der Beitrag Rechtssicherheit in der (Pflege-)Dokumentation basiert zum Teil auf dem Beitrag „Die (rechtssichere) Wunddokumentation - Lästiges Übel oder segensreicher Schutz“ von Rechtsanwalt Dirk Rothstein. Rechtsdepesche Sonderausgabe Nr. 1, 8. Jahrg. G & S Verlag Köln. Mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

§ 113 SGB XI im Wortlaut (Stand 2011)

Die Pflegedokumentation dient der Unterstützung des Pflegeprozesses, der Sicherung der Pflegequalität und der Transparenz der Pflegeleistung. Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein und sich am Pflegeprozess orientieren. Veränderungen des Pflegezustandes im Zusammenhang mit den vereinbarten Leistungen sind aktuell zu dokumentieren.

Die Anforderungen an die Pflegedokumentation und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen für die Pflegesituation relevant sowie verhältnismäßig sein und dürfen für die Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.

Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden fünf Bereichen Aussagen, innerhalb dieser Bereiche werden alle für die Erbringung der vereinbarten Leistungen notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereitgestellt. Diese Bereiche sind:

- Stammdaten,
- Pflegeanamnese/Informationssammlung inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten,
- Pflegeplanung,
- Pflegebericht,
- Leistungsnachweis.

Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen ggf. zu erweitern.

Der ambulante Pflegedienst handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Die Leistungen sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.

Der ambulante Pflegedienst fertigt für die im Pflegevertrag vereinbarten Leistungen eine Pflegeplanung an.

Ziel der Pflegeplanung ist es, unter Einbeziehung des pflegebedürftigen Menschen, im Rahmen der vereinbarten Leistungen die Fähigkeiten, Ressourcen und Pflegeprobleme des pflegebedürftigen Menschen zu identifi-

zieren sowie Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zu vereinbaren.

Die Pflegeplanung ist entsprechend der Entwicklung des Pflegeprozesses zu evaluieren und kontinuierlich zu aktualisieren.

Wenn für die Pflegekraft offensichtlich erkennbar ist, dass Leistungen für den pflegebedürftigen Menschen erforderlich sind, von diesem aber nicht abgefragt werden, ist dies in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Die Pflegedokumentation ist beim pflegebedürftigen Menschen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim pflegebedürftigen Menschen ausnahmsweise nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim ambulanten Pflegedienst zu hinterlegen.

Der ambulante Pflegedienst hat die Pflegedokumentation nach der hier geltenden Regelung mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

QS-Verfahren: Umstellung Leistungsbereich Dekubitus beschlossen.

Mit Wirkung zum 01.01.2013 tritt in der digitalisierten Dokumentation für die QS-Verfahren folgende Änderung in Kraft: Händische (= handschriftliche) Dokumentationen sollen nur noch für Patienten mit Dekubitus \geq Grad 2 erfolgen. Konkret soll händisch dokumentiert wer-

den, wenn Dekubitus bei Aufnahme vorhanden war sowie ob er bei Entlassung noch vorlag. Dies soll unabhängig davon erfolgen, ob die entsprechenden Zusatzkennzeichen „Present on admission“ (POA) und „Present on discharge“ (POD) durch das DIMDI umgesetzt wurden. Alle weiteren QS-Angaben werden anhand von Daten erhoben, die bereits in den Krankenhäusern

vorliegen, so auch die benötigten Angaben zur Risikoadjustierung. Berücksichtigt werden nunmehr alle Patienten über 20 J. (bisher: ab 75 J.), die während eines gesamten Jahres wegen Dekubitus im KH behandelt wurden. Das soll den Doku-Aufwand um 700 000 Fälle reduzieren.

(Quelle: GKV-Spitzenverband)

Vertretungen



HINZ Druck
Ausgereifte Formulkonzepte

HINZ Doku
Bewährte Arbeitsmittel

HINZ Mobil
Ergonomische Arbeitswagen

HINZ Online
Innovative Software

Über uns:

Wir bringen das Gesundheitswesen in Bewegung.

Als Richard Hintz unser Unternehmen im Jahre 1886 gründete, hatte er ein klares Ziel vor Augen: Praktisch, überschaubar und zweckmäßig sollten Arbeitsprozesse organisiert sein. An seiner Vision halten wir fest: HINZ schafft seit über hundert Jahren optimale Lösungen für Ihren Arbeitsalltag.

Heute leisten wir genau dort unser Bestes, wo gut organi-

sierte Arbeitsabläufe besonders wichtig sind: Im Gesundheitswesen. Durch eine umfassende Produktpalette bis hin zu modernster Software gelingt uns die organisatorische Komplettversorgung – und zwar in bislang beispielhafter Weise.

Nur Ihre Zufriedenheit entscheidet letztlich über unseren gemeinsamen Erfolg. Deswegen ist jeder Geschäftsabschluss

für uns der Beginn einer langwährenden und soliden Kundenbeziehung. Sie können sich auf uns verlassen.

Dass unsere Produkte Arbeitsabläufe im Gesundheitswesen seit Jahrzehnten optimieren, hat allerdings auch viel mit unseren Partnern zu tun. Bei Planung und Entwicklung arbeiten wir eng mit unseren Kooperationspartnern, Hochschulen, Verbän-

den und Berufsorganisationen zusammen. So sind wir immer „up to date“ – immer zu Ihrem Vorteil.

Es ist ganz selbstverständlich, dass Sie bei der Herstellung der Produkte ein Wörtchen mitzureden haben. Denn Sie kennen Ihren Bedarf am besten. Professionell und zuverlässig bearbeiten wir Ihre Aufträge.

Ihre nächste HINZ-Vertretung ist:

Bayreuth ■ Berlin ■ Bielefeld ■ Frankfurt a. Main ■ Hamburg ■ Hannover ■ Köln ■ Mannheim ■ München ■ Nürnberg ■ Stuttgart
Österreich ■ Polen ■ Schweiz ■ Tschechien

HINZ Fabrik GmbH

Organisation im Gesundheitswesen

Lankwitzer Straße 17/18 ■ D-12107 Berlin ■ Tel.: 0 30 / 7 47 04 -163 ■ Fax: 0 30 / 7 47 04 -172 ■ www.hinz.de ■ info@hinz.de

Impressum:

Herausgeber: HINZ Fabrik GmbH, Organisation im Gesundheitswesen ■ Redaktion: Heiner Laux (verantwortlich), Heidi Heinhold ■ Gestaltung: Cordelia Craigie