I. Kernprozess: Dokumentation

In diesem Modul wird die Dokumentation der Station untersucht. Das Modul unterteilt sich dabei in drei Bereiche auf, die jeweils mit Hilfe eines anderen Instrumentes analysiert werden.

Im ersten Kapitel wird die medizinisch-pflegerische Dokumentation überprüft. Dabei werden folgende Fragen beantwortet:

- Welche Themenbereiche werden dokumentiert?
- Werden die Handzeichen korrekt verwendet?
- Wird die Dokumentation fortlaufend geführt?

Im zweiten Kapitel werden die vorhandenen Formblätter erhoben. Ziel ist es, einen Überblick zu gewinnen und Dopplungen in der Dokumentation zu erkennen.

Im dritten Kapitel werden die benutzten Nebeninformationsträger erhoben. Dabei handelt es sich um schriftliche Informationsträger, für die keine Formblätter vorhanden sind.

In jedem der o. g. Kapitel werden die jeweils verwendeten Methoden und Instrumente beschrieben und deren Anwendung erklärt. Auch die daraus resultierenden Ergebnisse werden im jeweiligen Kapitel dargestellt.

Die Vorschläge zur Optimierung werden für alle drei o. g. Kapitel gemeinsam im vierten Kapitel vorgestellt.

1. Medizinisch-pflegerische Dokumentation

In diesem Kapitel wird die medizinisch-pflegerische Dokumentation unter verschiedenen Aspekten untersucht. Die Erhebung findet an einem Stichtag statt und wird nicht im Verlauf beurteilt.

1.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation wird die **Dokumentenanalyse** in Form einer **Fremdaufschreibung** verwendet. Dabei wird die Patientenakte auf unterschiedliche Parameter hin überprüft. Die verwendeten Prüfkriterien orientieren sich dabei an den Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bezüglich der Führung der Dokumentation in stationären Pflegeeinrichtungen.

Methode:
Dokumentenanalyse
Seite J-11

Fremdaufschreibung
Seite J-13

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

Die Prüfkriterien des MDK lehnen sich am Geltungsbereich des SGB XI an und dienen der Begutachtung ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Stationäre Einrichtungen in Krankenhäusern werden davon nicht berührt. Es wird vorausgesetzt, dass die in den Prüfanleitungen des MDK enthaltenen Qualitätskriterien unabhängig vom Versorgungsbereich anwendbar sind.

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, den inhaltlichen Erreichungsgrad der medizinisch-pflegerischen Dokumentation abzubilden.

Als **Instrument zur Fremdaufschreibung** wird das **Protokoll Dokumentation** benutzt. Das Protokoll ermöglicht per Auszählung die Erfassung der Prüfkriterien.

Instrument:
Protokoll Dokumentation
Seite I-39

1.1.1. Aufbau des Instruments

Das Protokoll zur Erfassung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation ist in sechs Bereiche unterteilt.

Abbildung I-1 zeigt den Kopfbereich des Protokolls. An dieser Stelle werden vier Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

1. Bereich Kopfdaten

- Das Datum, an dem die Stichtagserhebung durchgeführt wird.
- Die Patientenakten-Nummer, die zur Anonymisierung dient. Hierbei handelt es sich um eine fortlaufende Nummerierung durch den Untersucher.
- Der Aufnahmetag, an dem der Patient in der Klinik eingetroffen ist.
- Die Aufnahmeschicht, von der der Patient aufgenommen wurde.

Protokoll Dokumentation Datum:

Patientenakte Nr.		Aufnahmetag		Aufnahmeschicht	

Abbildung I-1: Protokoll Dokumentation - 1. Bereich

Im Bereich Planetteninhalt des Protokolls werden Felder angelegt, um notwendige Dokumente in der Patientenakte zu erfassen. Dazu gehören laut MDK:

2. Bereich Planetteninhalt

- Das Stammblatt
- Die Pflegeanamnese, der Pflegeplan und der Pflegebericht
- Das Formblatt für die Durchführungsnachweise
- Der Überwachungsbogen
- Bedarfsabhängige Dokumente:
  a) Das Formblatt zur Bilanzierung
  b) Das Formblatt zur Dokumentation der Lagerungsmaßnahmen

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

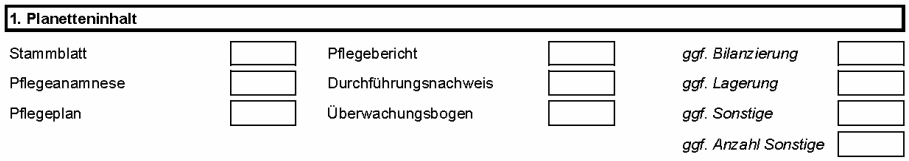


Abbildung I-2: Protokoll Dokumentation - 2. Bereich

Mit dem Feld „Sonstige“ wird erfasst, ob andere Dokumente in der Planette enthalten sind. Im Folgefeld wird schließlich deren Anzahl erfasst. Abbildung I-2 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

3. Bereich Pflegeanamnese und Pflegeplan

Im dritten Bereich befinden sich die Felder zur Überprüfung der Pflegeanamnese und des Pflegeplans. Zur Beurteilung der Pflegeanamnese werden drei Felder angelegt, die folgende Bedeutung besitzen:

- Vorhanden: Ist eine Pflegeanamnese vorhanden? An dieser Stelle wird beurteilt, ob das Formblatt zur Pflegeanamnese auch ausgefüllt wurde und nicht, ob das Formblatt vorhanden ist.
- Unterschrift: Ist die Pflegeanamnese mit der Unterschrift der Pflegekraft versehen?
- Vollständig: Ist die Pflegeanamnese vollständig?

Zur Beurteilung des Pflegeplans wird nur erfragt, ob die Pflegeplanung in schriftlicher Form ausgearbeitet wurde. Abbildung I-3 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

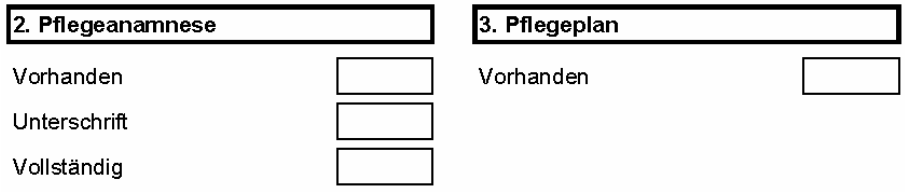


Abbildung I-3: Protokoll Dokumentation - 3. Bereich

4. Bereich Handzeichen

Im vierten Bereich Handzeichen werden Felder zur Überprüfung der notwendigen und tatsächlich vorhandenen Handzeichen angelegt. Dabei haben die einzelnen Felder folgende Bedeutung:

- Nummer: Die Prüfung beschränkt sich auf die letzten fünf Anordnungen der jeweiligen Patientenakte. Daher wird eine Nummerierung von eins bis fünf vorgenommen.
- EA = Einzelanordnung: Handelt es sich um eine Einzelanordnung?
- SA = Sammelanordnung: Handelt es sich um eine Sammelanordnung?
- Anz. SA = Anzahl der in der Sammelanordnung enthaltenen Einzelanordnungen: Wie viele Einzelanordnungen sind in der Sammelanordnung enthalten?

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

- Kategorie Arzt:
  a) Soll: Anzahl der erforderlichen Handzeichen durch einen Arzt.
  b) Ist: Anzahl der vorhandenen Handzeichen durch einen Arzt.
  c) AV = Ärztliche Handzeichen vollständig: Sind die ärztlichen Handzeichen vollständig vorhanden?
- Kategorie Pflege:
  a) Soll: Anzahl der erforderlichen Handzeichen durch eine Pflegefachkraft.
  b) Ist: Anzahl der vorhandenen Handzeichen durch eine Pflegefachkraft.
  c) AV = Pflegerische Handzeichen vollständig: Sind die pflegerischen Handzeichen vollständig vorhanden?

Abbildung I-4 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

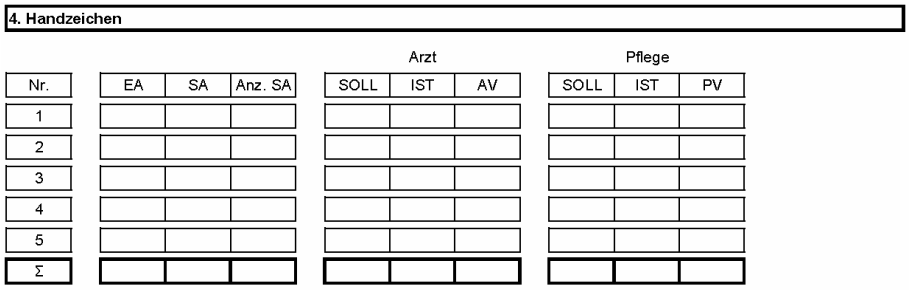


Abbildung I-4: Protokoll Dokumentation - 4. Bereich

5. Bereich Pflegebericht

Der fünfte Bereich des Protokolls dient der Prüfung der fünf letzten Eintragungen im Pflegebericht. Dabei haben die einzelnen Felder folgende Bedeutung:

- Nummer: Die Prüfung beschränkt sich auf die letzten fünf Anordnungen der jeweiligen Patientenakte. Daher wird eine Nummerierung von eins bis fünf vorgenommen.
- Datum / Schicht: Datum des Eintrags im Pflegebericht und Bezeichnung der Dienst habenden Schicht.
- Vorhanden: Wurde ein Eintrag im Pflegebericht von der Schicht vorgenommen?
- Summe Soll: Anzahl der maximal fünf letzten Einträge.
  Hinweis: Die Anzahl der Einträge kann auch weniger als fünf Einträge betragen, sofern der Patient erst kurz vor der Erhebung aufgenommen wurde.
- Summe Ist: Anzahl der Berichtseinträge, die auch tatsächlich vorhanden waren.
- Fortlaufend: Wurde der Pflegebericht fortlaufend fortgeführt?

Abbildung I-5 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

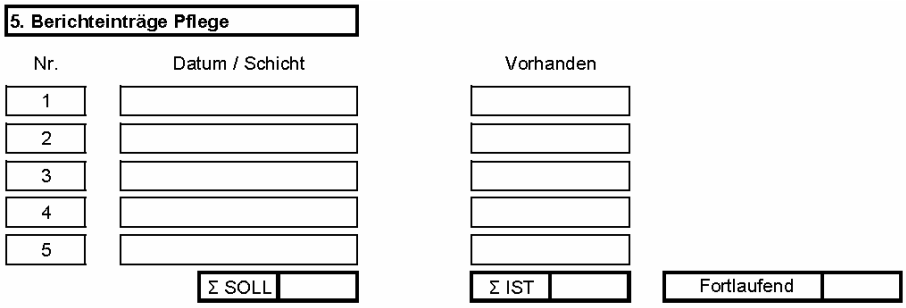


Abbildung I-5: Protokoll Dokumentation - 5. Bereich

6. Bereich Bemerkungen

Im sechsten Bereich wird ein Feld für Bemerkungen durch den Untersucher erstellt. Abbildung I-6 zeigt das Feld in verkleinerter Form.

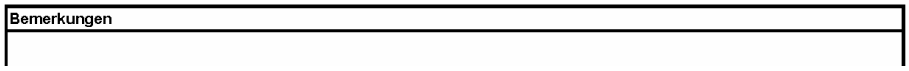


Abbildung I-6: Protokoll Dokumentation - 6. Bereich

1.1.2. Anwendung des Instruments

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie das Protokoll Dokumentation durch den Untersucher angewendet wird. Für die Datenerhebung wird ein Stichtag ausgewählt. An diesem Tag werden alle Patientenakten der anwesenden Patienten der Station überprüft. Auf der Musterstation standen dafür 27 Patientenakten zur Verfügung.

1. Bereich Kopfdaten

Zunächst wird für jede Patientenakte ein Protokoll bereit gelegt und mit einer fortlaufenden Nummer sowie dem aktuellen Datum versehen. Anschließend werden das Datum der Aufnahme des Patienten und die Schicht, in der der Patient aufgenommen wurde übernommen.

2. Bereich Planetteninhalt

Auf der Grundlage der vom MDK geforderten und deshalb für jeden Patienten notwendigen Dokumentationselemente wird überprüft, ob das Stammblatt, die Pflegeanamnese, der Pflegeplan, der Pflegebericht, der Durchführungsnachweis sowie der Überwachungsbogen in jeder Patientenakte enthalten sind. Ist ein Dokument vorhanden, wird in das entsprechende Feld eine „1“ eingetragen. Ist das Dokument nicht vorhanden, wird dies durch eine „0“ im entsprechenden Feld dokumentiert.

Die Dokumente zur Bilanzierung und zum Nachweis einer regelmäßigen Lagerung müssen nicht grundsätzlich in allen Patientenakten enthalten sein. Sie werden nur dann eingefordert, wenn der Zustand des Patienten die entsprechende Maßnahmen und damit deren Dokumentation erfordert. Deshalb wird deren Vorhandensein auch nur gewertet, wenn ein Bedarf aus der Patientenakte hervorgeht. Es gilt daher folgende Regelung zum Ausfüllen des Protokolls:

- Eine „1“ wird eingetragen, wenn das Formblatt laut Patientenakte notwendig ist und in dieser vorgefunden wird.
- Eine „0“ wird eingetragen, wenn das Formblatt laut Patientenakte notwendig ist, jedoch in dieser nicht vorgefunden wird.
- Es erfolgt kein Eintrag, wenn das Formblatt laut Patientenakte nicht benötigt wird.

Abbildung I-7 veranschaulicht die Bewertungsregeln noch einmal anhand der Protokollfelder.

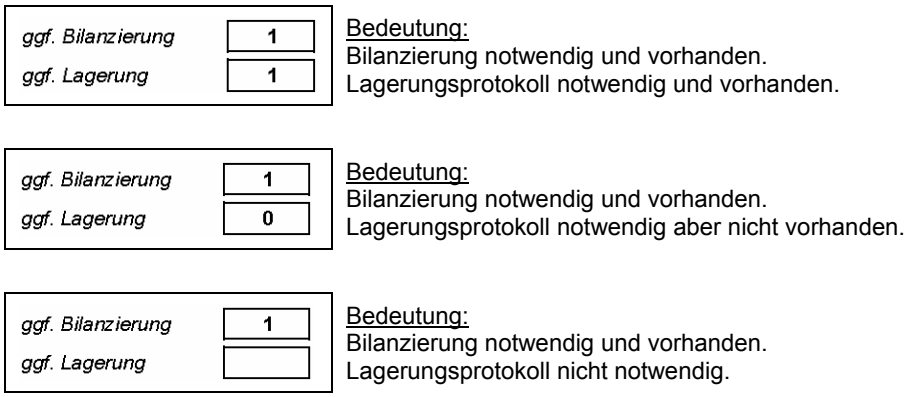


Abbildung I-7: Bedeutung der Zahlencodierungen im Protokoll Dokumentation.

Sofern es von Interesse ist, kann auch eine zusätzliche Codierung verwendet werden, um festzustellen, ob das jeweilige Formblatt in der Patientenakte vorhanden ist, obwohl es nicht benötigt wird.

Die Felder „Sonstige“ und „Anzahl Sonstige“ dienen der Erfassung von Formblättern, die nicht den Prüfbestimmungen des MDK unterliegen. Im Feld „Sonstige“ wird zunächst erfasst, ob überhaupt andere Formblätter in der Patientenakte verwendet werden. Ist mindestens ein anderes Formblatt vorhanden, wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Wird kein anderes Formblatt verwendet, so ist dies durch eine „0“ zu kennzeichnen.

Sonstige Elemente in der Patientenplanette sind Nebeninformationsträger und sollten nicht vorhanden sein, da bei ordnungsgemäßer Dokumentation die Formblätter alle notwendigen Informationen erfassen. Aus diesem Grund ist bei „Sonstige“ eine SOLL-Anzahl von Null anzusetzen.

Zusätzlich wird im Feld „Anzahl Sonstige“ die Anzahl der sonstigen Formblätter angegeben, die in der Patientenakte aufzufinden sind.

3a. Bereich Pflegeanamnese und Pflegeplan

Im nächsten Schritt wird jede Patientenakte hinsichtlich der Pflegeanamnese überprüft. Dabei wird zunächst bewertet, ob in das Pflegeanamneseformblatt ausgefüllt ist. Zusätzlich wird geprüft, ob die Pflegeanamnese durch eine Pflegefachkraft abgezeichnet wurde. Ist das jeweilige Kriterium erfüllt, so wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Andernfalls ist in das jeweilige Feld eine „0“ einzutragen.

Erst danach wird, in Anlehnung an die Prüfkriterien des MDK, die Vollständigkeit der Pflegeanamnese bewertet. Danach sollte eine Pflegeanamnese u. a. folgende pflegerelevante Informationen enthalten:

- Biographie
- Gewohnheiten
- soziale Beziehungen
- direkte Bezugspersonen
- Informationen zum Wohn- und Lebensbereich
- Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL’s)
- Gedächtnis und Konzentration
- Vitalfunktionen

Die Pflegeanamnese gilt jedoch erst als vollständig, wenn die o. g. Informationen vorhanden **und** diese durch die Pflegekraft abgezeichnet sind.
Sind die Informationen und das Handzeichen vorhanden, so wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Andernfalls ist in das Feld eine „0“ einzutragen.

Achtung:
Auch wenn die Informationen in ausreichendem Umfang vorhanden sind, jedoch das Handzeichen der Pflegekraft fehlt, ist das Prüfkriterium nicht erfüllt!

3b. Bereich Pflegeplan

Nach den Anforderungen des MDK und des § 4 Krankenpflegegesetzes benötigt die Umsetzung des Pflegeprozesses einen Pflegeplan. Aus diesem Grund wird jede Patientenakte auf das Vorhandensein des Pflegeplanes überprüft. Ist der Pflegeplan vorhanden, so wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Andernfalls ist in das Feld eine „0“ einzutragen.

Auf die inhaltliche Bewertung des Pflegeplans wird an dieser Stelle verzichtet. Grund hierfür ist das dafür notwendige aufwendige Verfahren.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

Jeder Eintrag müsste dafür mit den, im jeweiligen Krankenhaus, vorhandenen Pflegestandards etc. abgeglichen werden. Im Rahmen der Reorganisation einer bettenführenden Station stehen die dafür notwendigen Ressourcen jedoch nur selten zur Verfügung.

4. Bereich Handzeichen

Im nächsten Schritt wird die Vollständigkeit der Handzeichen im Rahmen der ärztlichen Anordnungen überprüft. Dabei werden nur die letzten fünf Anordnungen in die Untersuchung mit einbezogen, um einerseits den Arbeitsaufwand zu reduzieren und andererseits die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Zunächst wird jede Anordnung daraufhin überprüft, ob es sich um eine Einzelanordnung oder um eine Sammelanordnung handelt. Im Protokoll sind dafür die Felder „EA“, „SA“ und „Anz. SA“ vorgesehen. Abbildung I-8 zeigt beispielhaft die ausgefüllten Felder. Das Ausfüllen geschieht nach folgenden Regeln:

- Handelt es sich um eine Einzelanordnung, wird dies im Feld „EA“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
- Handelt es sich um eine Sammelanordnung, wird dies im Feld „SA“ durch eine „1“ kenntlich gemacht und im Anschluss daran im Feld „Anz. SA“ die Anzahl der einzelnen Anordnungen innerhalb dieser Sammelanordnung ausgezählt und niedergeschrieben.

Nr.	EA	SA	Anz. SA
1			
2			
3	1		
4		1	3
5	1		
Σ	2	1	3

Abbildung I-8: Beispielbewertung Einzel- und Sammelanordnung

Erläuterung zur Abbildung I-8:
Im Beispiel ist der Patient erst am Vortag aufgenommen worden. Aus diesem Grund sind nur drei Anordnungen durchgeführt worden, so dass die Zeilen eins und zwei leer bleiben.
Anordnung Nr. 3 und Nr. 5: Es wurde eine Einzelanordnung vorgefunden.
Anordnung Nr. 4: Es wurde eine Sammelanordnung vorgefunden, die drei Einzelanordnungen enthält.

Anschließend werden die Handzeichen des Arztes zu den vorgefundenen Anordnungen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Abbildung I-9 zeigt beispielhaft die ausgefüllten Felder. Das Ausfüllen geschieht nach folgenden Regeln:

- Feld SOLL:
  a) Handelt es sich um eine Einzelanordnung, wird dies im Feld „SOLL“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
  b) Handelt es sich um eine Sammelanordnung, so wird dies im Feld „SOLL“ durch die Anzahl der enthaltenen Einzelanordnungen kenntlich gemacht. Das heißt, der Wert im Feld „SOLL“ entspricht in diesem Fall dem Feld „Anz. SA“ des vorangegangenen Blocks.
- Feld IST:
  a) In diesem Feld befindet sich die Anzahl der tatsächlich vorgefundenen Handzeichen.
- Feld AV (= Handzeichen Arzt Vergleich):
  a) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ dem Wert im Feld „IST“, sind alle notwendigen Handzeichen vorhanden. Dies wird im Feld „AV“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
  b) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ nicht dem Wert im Feld „IST“, so fehlen notwendige Handzeichen durch den Arzt. In diesem Fall wird im Feld „AV“ eine „0“ eingetragen.

SOLL	IST	AV
1	1	1
3	1	0
1	1	1
5	3	2

Abbildung I-9: Beispielbewertung SOLL-IST Arzt

Erläuterung zur Abbildung I-9:
Im Beispiel ist der Patient erst am Vortag aufgenommen worden. Aus diesem Grund sind nur drei Anordnungen durchgeführt worden, so dass die Zeilen eins und zwei leer bleiben.
Anordnung Nr. 3 und Nr. 5: Es wurde ein Handzeichen zu einer Einzelanordnung vorgefunden.
Das Feld „SOLL“ und „IST“ entsprechen sich, so dass im Feld „AV“ der Eintrag als gültig gekennzeichnet wird.
Anordnung Nr. 4: Es wurde eine Sammelanordnung vorgefunden, die drei Einzelanordnungen enthält. Es wären daher drei Handzeichen des Arztes notwendig. Vorgefunden wird jedoch nur ein Handzeichen. Im Feld „AV“ wird daher der Eintrag als ungültig gekennzeichnet.

In der letzten Zeile finden sich die summierten Werte.

Danach werden die Handzeichen der Pflege zu den vorgefundenen Anordnungen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Abbildung I-10 zeigt

beispielhaft die ausgefüllten Felder. Das Ausfüllen geschieht nach folgenden Regeln:

- Feld SOLL:
  a) Handelt es sich um eine Einzelanordnung, wird dies im Feld „SOLL“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
  b) Handelt es sich um eine Sammelanordnung, so wird dies im Feld „SOLL“ durch die Anzahl der enthaltenen Einzelanordnungen kenntlich gemacht. Das heißt, der Wert im Feld „SOLL“ entspricht in diesem Fall dem Feld „Anz. SA“ des vorangegangenen Blocks.
- Feld IST:
  a) In diesem Feld befindet sich die Anzahl der tatsächlich vorgefundenen Handzeichen.
- Feld PV (= Handzeichen Pflege Vergleich):
  a) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ dem Wert im Feld „IST“, sind alle notwendigen Handzeichen vorhanden. Dies wird im Feld „AV“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
  b) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ nicht dem Wert im Feld „IST“, so fehlen notwendige Handzeichen durch die Pflegefachkraft. In diesem Fall wird im Feld „AV“ eine „0“ eingetragen.

SOLL	IST	PV
1	1	1
3	1	0
1	0	0
5	2	1

Abbildung I-10: Beispielbewertung SOLL-IST Pflege

Erläuterung zur Abbildung I-10:
Im Beispiel ist der Patient erst am Vortag aufgenommen worden. Aus diesem Grund sind nur drei Anordnungen durchgeführt worden, so dass die Zeilen eins und zwei leer bleiben.

Anordnung Nr. 3: Es wurde ein Handzeichen zu einer Einzelanordnung vorgefunden. Das Feld „SOLL“ und „IST“ entsprechen sich, so dass im Feld „PV“ der Eintrag als gültig gekennzeichnet wird.

Anordnung Nr. 4: Es wurde eine Sammelanordnung vorgefunden, die drei Einzelanordnungen enthält. Es wären daher drei Handzeichen der Pflegekraft notwendig, um jede einzelne Anordnung nach der Erledigung abzuzeichnen. Vorgefunden wird jedoch nur ein Handzeichen. Im Feld „AV“ wird daher der Eintrag als ungültig gekennzeichnet.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

Anordnung Nr. 5: Es wurde kein Handzeichen zu einer Einzelanordnung vorgefunden. Im Feld „AV“ wird daher der Eintrag als ungültig gekennzeichnet.

In der letzten Zeile finden sich die summierten Werte.

Um die Auswertung der ermittelten Daten zu vereinfachen, wird in der letzten Zeile für jede Spalte deren Summe gebildet. Diese Zahlenwerte werden später in die zugehörige Excel-Datei übernommen.

5. Bereich Pflegebericht

In der Kategorie „Pflegebericht“ wird überprüft, in welcher Form der Pflegebericht innerhalb der letzten fünf Schichten geführt wurde.

Ausgehend vom Erhebungszeitpunkt, werden in den Feldern „Datum / Schicht“ die letzten fünf Schichten benannt und mit dem entsprechenden Datum versehen. Erst danach wird beurteilt, ob in der jeweiligen Schicht ein Pflegebericht erstellt worden ist. Ist ein Pflegebericht erstellt worden, so wird dies im Feld „Vorhanden“ mit einer „1“ gekennzeichnet. Fehlt der Pflegebericht, wird dies durch eine „0“ gekennzeichnet.

Ein Pflegebericht wird nur dann als vorhanden gewertet, wenn der Berichtseintrag eindeutig einer Schicht zuzuordnen ist. Im Musterkrankenhaus war dieses Kriterium erfüllt, sofern neben dem Berichtseintrag das Datum und die Schicht verzeichnet waren.

Eine eindeutige Kennzeichnung kann jedoch auch durch die Verwendung unterschiedlicher Schriftfarben erfolgen. In diesem Fall gilt das Vorhandensein des Datums in der Farbe der jeweiligen Schicht als ausreichend.

Ist der Berichtseintrag nicht eindeutig zuzuordnen, so muss der Bericht als fehlend gewertet werden.

Eine Beispielbewertung zeigt Abbildung I-11.

5. Berichteinträge Pflege

Nr.	Datum / Schicht	Vorhanden
1	27.7.2003 / Nacht	1
2	28.7.2003 / Früh	1
3	28.7.2003 / Spät	1
4	28.7.2003 / Nacht	1
5	29.7.2003 / Früh	1
	Σ SOLL 5	Σ IST 5

Fortlaufend 1

Abbildung I-11: Beispielbewertung - Pflegebericht

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

Nach der Überprüfung der einzelnen Berichteinträge wird beurteilt, ob der Bericht fortlaufend geführt ist. Zunächst werden dafür die Einträge im Feld „Datum / Schicht“ gezählt und im Feld „Σ SOLL“ addiert. Anschließend werden die Einträge im Feld „Vorhanden“ gezählt und im Feld „Σ IST“ addiert.

Bei der Ermittlung der SOLL-Vorgabe ist die Liegedauer der Patienten zu beachten. Sollen fünf Berichteinträge rückwirkend überprüft werden, so ist es erforderlich, dass der Patient bereits 48 Stunden vor der Erhebung aufgenommen wurde. Bei einer kürzeren Verweildauer reduziert sich die SOLL-Vorgabe dementsprechend. Erfolgt die Erhebung beispielsweise am 8. April im Frühdienst, muss der Patient spätestens seit dem Spätdienst des 6. April anwesend sein, um fünf Berichteinträge aufzuweisen. Ist der Patient erst am 7. April im Frühdienst aufgenommen worden, können nur drei Berichteinträge gefordert werden. In diesem Fall reduzieren sich die SOLL-Vorgabe für diesen Patienten sowie das Gesamt-SOLL der Erhebung der Berichteinträge.

Schließlich wird bewertet, ob der Pflegebericht fortlaufend geführt wurde. Dies ist der Fall, wenn die Summe im Feld „Σ SOLL“ der Summe im Feld „Σ IST“ entspricht. In der Beispielbewertung in Abbildung I-11 sind alle geforderten Berichte auch vorhanden. Die Dokumentation ist also fortlaufend geführt worden. Im Feld „Fortlaufend“ wird dies durch eine „1“ markiert.
Fehlen ein oder mehrere Berichte, so ist die Dokumentation als nicht fortlaufend zu betrachten. Im Feld „Fortlaufend“ wird dies durch eine „0“ gekennzeichnet.

6. Bereich Bemerkungen

Am Ende des Protokolls befindet sich ein offenes Feld für Bemerkungen. Hier kann beispielsweise notiert werden, welche zusätzlichen Dokumente sich in der Patientenakte befinden. Auch weitere Auffälligkeiten wie formale Mängel, die sich während der Dokumentenanalyse zeigen, können hier verzeichnet werden.

Dazu gehören z. B.:

- Bemerkungen über die Verwendung nicht dafür vorgesehener Formblätter
- Das unzureichende Ausfüllen der Formblattköpfe
- Die fehlende Angabe der Dosierung bei Medikamentenanordnungen usw.

Das vorgestellte Instrument kann entsprechend dem Erkenntnisziel bzw. dem verwendeten Dokumentationssystem verändert werden. So ist es vorstellbar, dass bei einer Untersuchung nur die Dokumentation überprüft wird. Dabei könnte z. B. ein Vergleich geplanter und tatsächlich ausgeführter pflegerischer Maßnahmen erfolgen.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

Auch die Vorgabe der zu prüfenden Schichten kann verändert werden. So können beispielsweise mehr als fünf Schichten überprüft werden oder die Überprüfung der Berichteinträge an die stationsspezifische Eintragungsfrequenz angepasst werden.

1.2. Auswertung

Nach Abschluss der Erhebung werden die Protokolle Dokumentation ausgewertet. Im Musterkrankenhaus standen hierfür 27 Datenlisten zur Verfügung.

Da die Daten der Protokolle bereits in kodierter Form vorliegen, können die Werte direkt in die Excel-Auswertungsdatei übernommen werden.

Die Dateneingabe wird in der Auswertungsdatei über das Eingabeformular „**Dateneingabe_Doku**“ vorgenommen.

Modul-G > G-Auswertung.xls

Das Eingabeformular unterteilt sich in mehrere Zeilen, die jeweils einen Eintrag aus dem Protokoll entsprechen. Eine Spalte entspricht einer einzelnen Patientenakte.

Zunächst werden in den Zeilen drei bis fünf die Kopfdaten des Protokolls übernommen. Anschließend erfolgt in den Zeilen sieben bis 17 die Datenübernahme der Ergebnisse zum Planetteninhalt. Abbildung I-12 stellt beispielhaft die Datenübernahme für die ersten drei Patientenakten der Musterstation dar.

Patientenakte Nr.	1	2	3
Aufnahmetag	6.4.	3.4.	28.3.
Aufnahmeschicht	FD	FD	SD

1. Planetteninhalt			
Stammblatt	1	1	1
Pflegeanamnese	0	0	0
Pflegeplan	0	0	0
Pflegebericht	1	1	1
Durchführungsnachweis	1	1	1
Überwachungsbogen	1	1	1
ggf. Bilanzierung	0		
ggf. Lagerung	1		
ggf. Sonstige	0	0	0
ggf. Anzahl Sonstige	0	0	0

Abbildung I-12: Datenübernahme - Planetteninhalt

Während der Eingabe ist zu beachten, dass in den Zeilen 14 und 15 (Bilanzierung und Lagerung) nur dann ein Wert eingegeben werden darf, wenn beim Patienten tatsächlich ein Bedarf vorliegt. Dieser Bedarf wird entweder anhand der Diagnose oder anhand der Pflegeplanung ermittelt.

Im nächsten Schritt werden die Daten zur Pflegeanamnese und zum Pflegeplan in die Auswertungsdatei eingegeben. Abbildung I-13 zeigt die Eintragungen der Excel-Auswertungsdatei. Zur besseren Orientierung wird die Patientenakten Nummer wiederholt.

Patientenakte Nr.	1	2	3
2. Pflegeanamnese			
Anamnese vorhanden	0	0	0
Unterschrift vorhanden	0	0	0
Anamnese vollständig	0	0	0
3. Pflegeplan			
Vorhanden	0	0	0

Abbildung I-13: Datenübernahme - Pflegeanamnese und Pflegeplan

Anschließend werden die Daten bezüglich der ausgewerteten Handzeichen in den Zeilen 27 bis 36 der Dateneingabemaske eingetragen.

Davon ausgenommen sind die Zeilen 31 und 34 (Arzt SOLL und Pflege SOLL) sowie die Zeilen 33 und 36 (Arzt AV und Pflege PV), die automatisch berechnet werden. Die SOLL-Werte ergeben sich aus der Anzahl der Einzelanordnungen plus der Anzahl der Einzelanordnungen in den Sammelanordnungen. Der Wert „Arzt AV“ wird ermittelt, indem überprüft wird, ob der Wert „Arzt SOLL“ dem Wert „Arzt IST“ entspricht. Ist dies der Fall, wird automatisch das Feld „Arzt AV“ auf den Wert „1“ gesetzt. Andernfalls erhält das Feld den Wert „0“. Für das Feld „Pflege PV“ wird das gleiche Berechnungsverfahren unter Berücksichtigung der Werte für die Pflege verwendet.

Abbildung I-14 veranschaulicht die Eintragungen in der Excel-Auswertungsdatei.

Patientenakte Nr.	1	2	3
4. Handzeichen			
Einzelanordnung (EA)	3	4	3
Sammelanordnung (SA)	1	1	2
EA in den SA	7	4	9
Arzt SOLL	10	8	12
Arzt IST	4	3	6
Arzt AV	0	0	0
Pflege SOLL	10	8	12
Pflege IST	10	6	4
Pflege PV	1	0	0

Abbildung I-14: Datenübernahme - Handzeichen

In den Zeilen 38 bis 41 werden schließlich die Werte bezüglich der Einträge im Pflegebericht übernommen.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

Zeile 41 wird dabei automatisch erzeugt. Dabei wird geprüft, ob die Anzahl der SOLL-Werte der Anzahl der IST-Werte entspricht. Ist dies der Fall, so wird im Feld „Fortlaufend“ der Wert „1“ erzeugt. Ist dies nicht der Fall, so erhält das Feld den Wert „0“.

Abbildung I-15 veranschaulicht die Eintragungen in der Excel-Auswertungsdatei.

Patientenakte Nr.	1	2	3

5. Berichteinträge Pflege			
Σ SOLL	5	5	5
Σ IST	1	0	0
Fortlaufend	0	0	0

Abbildung I-15: Datenübernahme - Einträge Pflegebericht

Die im Datenblatt eingegebenen Daten können anschließend in Form von Grafiken zur Ergebnisdarstellung genutzt werden. In der Excel-Auswertungsdatei stehen dafür folgende Grafiken zur Verfügung.

Tabellenblatt: Bild_Doku_1
Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten der in den Patientenakten enthaltenen Formblätter.

Tabellenblatt: Bild_Doku_2
Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten bezüglich der Pflegeanamnese.

Tabellenblatt: Bild_Doku_3
Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Wert des Pflegeberichts.

Tabellenblatt: Bild_Doku_4
Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten der vorgefundenen Handzeichen durch den ärztlichen Dienst und der Pflege.

Tabellenblatt: Bild_Doku_5
Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten im Hinblick auf die Vollständigkeit der Patientenakten.

Da die Excel-Datei nicht geschützt ist, besteht die Möglichkeit weitere Datenblätter zur Auswertung anzulegen.

Zusätzlich erfolgt eine schriftliche Auswertung der Eintragungen in den Bemerkungsfeldern. Es empfiehlt sich die dort vorhandenen Ergebnisse mit Hilfe einer Textverarbeitung zu erfassen. Diese Vorgehensweise ermöglicht später eine leichte Reproduktion (z. B. zum Verteilen von Kopien an Arbeitsgruppen).

Werden die Einträge in einer Tabelle erfasst – ein Eintrag pro Zeile – kann jedem Eintrag in einer zweiten Spalte auch eine Kategorie zugeordnet werden. Dadurch lassen sich die Daten mit Hilfe der Sortierfunktion in beliebigen Reihenfolgen anordnen.

1.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

1.3.1. Ausgangssituation

Das Dokumentationssystem der Musterstation wird von einem Fremdhersteller bezogen. Es umfasst folgende Bestandteile:

- Das Planettensystem mit den Patientenakten für die aktuelle Dokumentation der Anordnungen, der Durchführungsnachweise und der Berichte der Pflege, Ärzte und Therapeuten.
- Die Hängeregistratur mit den Stammakten der Patienten inklusive Befunde, Arztbriefe sowie älteren Patientenunterlagen aus dem Planettensystem.

1.3.2. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

A) Planetteninhalt

Die Überprüfung des Planetteninhalts zeigt folgende Ergebnisse:

- Der Pflegebericht, der Durchführungsnachweis und der Überwachungsbogen sind in allen Patientenakten enthalten (jeweils SOLL=27 / IST=27).
- Das Stammblatt ist nur in einer Patientenakte nicht enthalten (SOLL=27 / IST=26).
- Die Pflegeanamnese sowie der Pflegeplan sind in keiner Patientenakte enthalten (jeweils SOLL=27 / IST=0).
- Die Formblätter für Bilanzierung und Lagerung sind nicht grundsätzlich, sondern je nach Patientensituation (Zentraler Venenkatheter, Immobilität) in der Dokumentation aufgenommen. Dieses ist jeweils bei sieben Patienten erforderlich. Bei fünf dieser Patienten sind die entsprechenden Formblätter tatsächlich enthalten (SOLL=7 / IST=5).

Abbildung I-16 stellt die beschriebenen Ergebnisse in einer Übersicht grafisch dar.

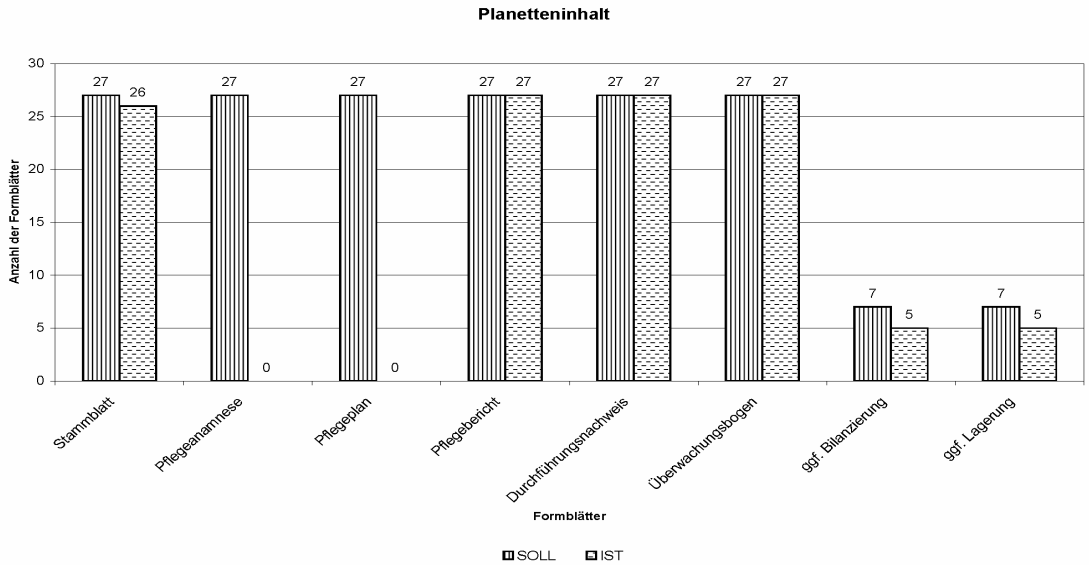


Abbildung I-16: Formblätter der Pflegedokumentation.

Bei der Überprüfung fällt positiv auf, dass der Anteil sonstiger Dokumente, die nicht in die Patientenakte gehören, sehr gering ist. Lediglich in vier der 27 untersuchten Kurven wurden zwölf sonstige Dokumente gefunden.

B) Pflegeanamnese

Die Vollständigkeit der Pflegeanamnesen kann nicht überprüft werden, da auf der Musterstation keine Pflegeanamnesen erhoben werden.

C) Pflegeplan

Die Prüfung ergibt, dass keine Patientenakte einen Pflegeplan enthält, da auch diese auf der Musterstation nicht eingesetzt werden.

D) Handzeichen

Ausgehend von der Prüfung der letzten fünf ärztlichen Anordnungen auf das Vorhandensein der entsprechenden Anordnungshandzeichen ergibt sich ein SOLL von insgesamt 275 Anordnungen. Diese setzen sich zusammen aus

- 80 Einzelanordnungen
- und 50 Sammelanordnungen, die aus 195 einzelnen Anordnungen bestehen.

Zu den überprüften 275 Anordnungen werden insgesamt 135 **ärztliche Handzeichen** vorgefunden. Davon sind 70 Handzeichen korrekt zur Abzeichnung der Einzelanordnungen verwendet.
Die restlichen 65 Handzeichen dienen dem Abzeichnen einer

Sammelanordnung, das heißt, dass mehrere Einzelanordnungen mit einem Handzeichen abgezeichnet werden. Sie sind somit nicht vollständig. Insgesamt sind 140 Anordnungen überhaupt nicht abgezeichnet. Abbildung I-17 fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.

Sammel-anordnungen		Einzel-anordnungen		Handzeichen vorhanden	Handzeichen nicht vorhanden
		80	→	70	10
50	→	195	→	65	130
	GESAMT:	275	→	135	140

Abbildung I-17: Vergleich der ärztlichen Anordnungen und der ärztlichen Handzeichen

Jede der 50 Sammelanordnungen wurde von einem Arzt abgezeichnet. In 16 Fällen wurden jedoch innerhalb der Sammelanordnung zusätzliche Handzeichen zum Abzeichnen eingefügt. Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 65 Handzeichen für die Sammelanordnungen.

Die Betrachtung der **pflegerischen Handzeichen** ergibt folgendes Ergebnis. Von den 80 Einzelanordnungen wurden 73 nach der Durchführung der Anordnung abgezeichnet. Die 195 in den Sammelanordnungen enthaltenen Einzelanordnungen wurden mit 81 Handzeichen abgezeichnet. Das heißt, in 121 Fällen wurde die Anordnung nach ihrer Durchführung von der Pflege nicht abgezeichnet. Abbildung I-18 fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.

Sammel-anordnungen		Einzel-anordnungen		Handzeichen vorhanden	Handzeichen nicht vorhanden
		80	→	73	7
50	→	195	→	81	114
	GESAMT:	275	→	154	121

Abbildung I-18: Vergleich der ärztlichen Anordnungen und der pflegerischen Handzeichen

Auf Grund der zahlreichen Sammelanordnungen wurde eine detailliertere Prüfung vorgenommen, in der bestimmt wurde, wie viele Einzelanordnungen sich in der jeweiligen Sammelanordnung befinden. Dabei ergibt sich folgende Aufteilung:

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

- 2 Anordnungen: 21 Fälle
- 3 Anordnungen: 9 Fälle
- 4 Anordnungen: 6 Fälle
- 5 Anordnungen: 3 Fälle
- 6 Anordnungen: 1 Fall
- 7 Anordnungen: 5 Fälle
- 8 Anordnungen: 3 Fälle
- 11 Anordnungen: 2 Fälle

E) Berichteinträge

Auf der Musterstation sind 26 von 27 Patientenakten im Hinblick auf den Pflegebericht überprüft worden. Eine Akte entfällt, da der Patient erst in der Erhebungsschicht aufgenommen wurde.

Bei kontinuierlicher Berichtsführung (ein Eintrag pro Schicht) ergibt sich ein SOLL von 130 Berichteinträgen, da auf der Musterstation alle 26 überprüften Patienten in den zu beurteilenden letzten fünf Schichten auf der Musterstation anwesend sind.

Obwohl es keine detaillierten Rechtsvorschriften zur Häufigkeit der Pflegeberichtserstattung gibt, ist es empfehlenswert, im Rahmen der Akutkrankenversorgung einen Eintrag pro Schicht im Pflegebericht zu fordern. Nur so kann im Bedarfsfall ein rechtssicherer Nachweis der Betreuungskontinuität erbracht werden.

Im Hinblick auf eine fortlaufende Pflegeberichterstattung kann festgestellt werden, dass nur in einer Patientenakte alle fünf geforderten Berichtseinträge vorhanden sind. In den anderen 25 Patientenakten fehlt hingegen mindestens ein Berichtseintrag.

Für die Musterstation handelt es sich hierbei um ein alarmierendes Ergebnis. Da weder Pflegeanamnesen noch Pflegepläne erstellt werden, bietet der Pflegebericht die einzige Möglichkeit, den Pflegeverlauf und den Pflegeprozess zu dokumentieren.

Da die Berichteinträge nur in einer Akte fortlaufend geführt werden, wird in der weiteren Auswertung besonderes Augenmerk auf die Anzahl der vorgefundenen Einträge gelegt. Dabei zeigt sich, dass von 130 geforderten Einträgen insgesamt 19 Berichteinträge vorhanden sind. Das heißt, 111 Einträge fehlen. Abbildung I-19 stellt diese Werte noch einmal grafisch gegenüber.

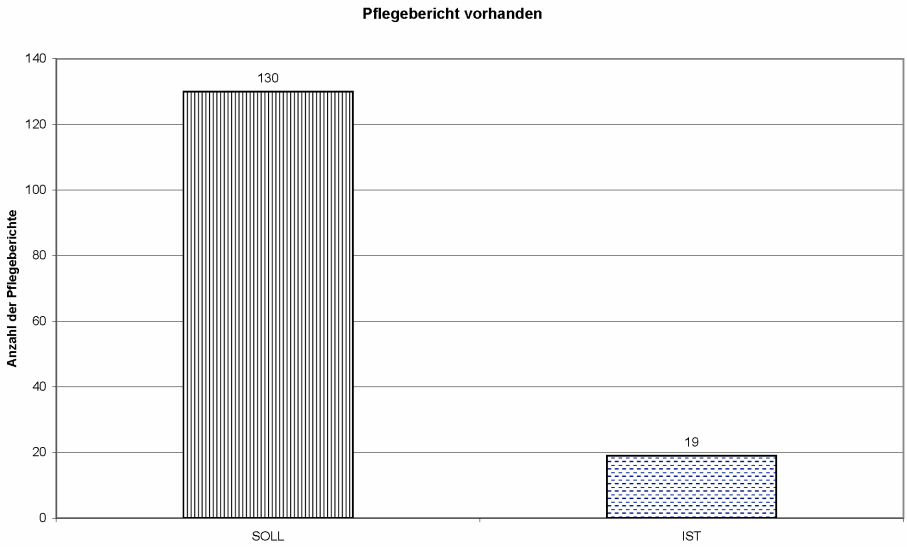


Abbildung I-19: SOLL-IST Vergleich der Pflegeberichte

Die hohe Anzahl fehlender Berichtseinträge führte im Musterkrankenhaus zu einer weiterführenden Untersuchung der Patientenakten. An drei Patienten wurden dafür alle Pflegeberichteinträge ausgezählt und dem entsprechenden SOLL-Wert bezogen auf die gesamte Anwesenheitszeit gegenüber gestellt.

Patient 1:
Auf Grund der Verweildauer des Patienten sind bei kontinuierlicher Berichtführung insgesamt 51 Einträge gefordert. Tatsächlich sind drei Einträge vorhanden.

Patient 2:
Auf Grund der Verweildauer des Patienten sind bei kontinuierlicher Berichtführung insgesamt 39 Einträge gefordert. Tatsächlich sind zwei Einträge vorhanden.

Patient 3:
Auf Grund der Verweildauer des Patienten sind bei kontinuierlicher Berichtführung insgesamt 38 Einträge gefordert. Tatsächlich sind drei Einträge vorhanden.

Während der Auswertung der drei Patienten viel auf, dass ein erheblicher Zeitunterschied zwischen dem Tag der Aufnahme und dem ersten Eintrag im Pflegebericht auftritt.

Patient 1:
Der Patient wird am 22. März aufgenommen. Am 26. März (fünf Tage später) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

Patient 2:
Der Patient wird am 26. März aufgenommen. Am 30. März (fünf Tage später) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

Patient 3:
Der Patient wird am 27. März aufgenommen. Am 3. April (acht Tage später) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

F) Bemerkungen

In diesem Abschnitt werden die Informationen zusammengetragen, die auf den Protokollen im Feld „Bemerkungen" erfasst wurden. Für die Musterstation zeigen sich folgende Ergebnisse:

Handzeichen
Bei der Prüfung der ärztlichen Anordnungshandzeichen werden Schwachstellen festgestellt. So fehlt in den Patientenakten sechsmal die Angabe der Dosierung bei Medikamentenanordnungen, dreimal das Datum der Anordnung und einmal die Angabe der Dosierung und Laufgeschwindigkeit bei der Anordnung einer Dauerinjektion (Perfusor). Ferner werden je einmal Untersuchungen auf dem Medikamentenanordnungsblatt und die Dauerinjektion unter der Kategorie „subkutane und intramuskuläre Injektionen" angeordnet.

Handzeichen sind rechtsverbindliche Unterschriften, die in der Patientenakte in Form eines Namenskürzels geleistet werden. Über die verwendeten Handzeichen ist stets eine aktuelle und vollständige Liste zu führen. Diese ist über die Dauer des gesetzlichen Haftungszeitraums hinweg zu archivieren.

Formularvollständigkeit
Ohne eine weiterführende inhaltliche Beurteilung der Formblätter vorzunehmen, werden einige auffällige formale Fehler gefunden. So ist sechsmal das Stammblatt nicht von der ausfüllenden Pflegekraft unterschrieben, 17-mal der ärztliche Verlaufsbericht unvollständig (Kopf, Datum oder Unterschrift fehlt), sechsmal der ärztliche Anordnungsbogen unvollständig (Kopf nicht ausgefüllt) und fünfmal der pflegerische Berichtbogen unvollständig (Kopf nicht ausgefüllt).

Zuordnung der Einträge zu den Berufsgruppen
Im Rahmen der Prüfung der Dokumentation fällt außerdem auf, dass einige Einträge nicht eindeutig der eintragenden Berufsgruppe zuzuordnen sind (betrifft alle Berufsgruppen). Mehrfach werden falsche Formblätter benutzt, z. B. Einträge der Ergotherapie auf dem Formblatt der Logopädie. Ein Rückschluss auf die eintragende Berufsgruppe ist nur indirekt über inhaltliche Aspekte möglich. Die direkte Zuordnung der eintragenden Berufsgruppe und die Benutzung entsprechender Formblätter ist jedoch unbedingt notwendig, wenn Informationsverluste und das Übersehen von Anordnungen vermieden werden sollen.
Die aus den Ergebnissen gewonnenen Vorschläge und der daraus resultierende Maßnahmenplan finden sich im Kapitel 4.

2. Formblätter

In diesem Kapitel wird untersucht, welche Formblätter auf der Musterstation verwendet werden bzw. vorhanden sind.

2.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Formblätter wird die **Dokumentenanalyse** in Form einer **Fremdaufschreibung** verwendet. Dabei werden alle auf der Station verfügbaren Formblätter aufgenommen.

Methode:
Dokumentenanalyse
Seite J-11

Fremdaufschreibung
Seite J-13

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, eine Übersicht der verwendeten Formblätter zu erhalten und vorhandene Schwierigkeiten abzubilden.

Als **Instrument zur Dokumentenanalyse** wird das **Protokoll Formblätter** benutzt. Jedes Formblatt wird damit erfasst und mit dem Formblatt verbundene Besonderheiten beschrieben.

Instrument:
Protokoll
Formblätter
Seite I-40

2.1.1. Aufbau des Instruments

Das Protokoll unterteilt sich in zwei Bereiche. Die Kopfzeile enthält ein Feld, indem der Name des Formblattes eingetragen wird.

Das zweite Feld dient der Aufnahme von Bemerkungen. Als Erinnerungshilfe sind einige Beispiele im Protokoll angegeben.

2.1.2. Anwendung des Instruments

An einem Stichtag erfolgt eine Begehung der Station, bei der alle vorgefundenen Formblätter erfasst werden.

Zunächst wird während der Erhebung der Name des Formulars in der Kopfzeile eingetragen. Dabei ist darauf zu achten, dass sowohl der offizielle Name des Herstellers als auch der Gebrauchsname, den die Mitarbeiter verwenden, erfasst wird.

Im Bemerkungsfeld werden anschließend alle weiteren Besonderheiten notiert. Dabei ist es notwendig, dass ein erfahrener Mitarbeiter für Nachfragen verfügbar ist. Nur er kann klären, ob ein Formblatt auch tatsächlich in der täglichen Arbeit genutzt wird.

Zunächst werden der Name des Herstellers und die Bestellnummer notiert. Falls nach Abschluss der Untersuchung festgestellt wird, dass Änderungen an einem Formblatt vorgenommen werden müssen, kann durch die Bestellnummer der Hersteller präzise informiert werden. Ist das Formblatt durch die Mitarbeiter der Station selbst erstellt worden, so ist auch dies zu vermerken.

Zudem wird beschrieben, ob das Formblatt bei jedem Patienten oder nur im Einzelfall (z. B. Trinkprotokoll) zum Einsatz kommt. Möglich

ist auch, dass ein Formblatt zwar vorhanden ist, aber von der Station nicht eingesetzt wird.

Werden einzelne Felder eines Formblattes nie verwendet, so sind diese zu notieren. Soll das Formblatt nach Auswertung der Ergebnisse überarbeitet werden, kann später auf die diese Informationen zurückgegriffen werden.

2.1.3. Rolle des Beobachters

Neben der Dokumentenanalyse sollte der Umgang mit den Formblättern beobachtet werden. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch die Dokumentenanalyse erfasst werden.

2.2. Auswertung

Zur Auswertung werden die Protokolle durchgelesen. Zunächst wird eine Liste aller Formblätter erstellt, die sowohl den Namen und ggf. die Bestellnummer zur eindeutigen Identifizierung enthält.

Danach wird untersucht, welche Formblätter ständig zum Einsatz kommen und welche Formblätter nur im Bedarfsfall verwendet werden. Diese werden nach Gruppen geordnet in einer Liste erfasst.

In einer dritten Liste werden diejenigen Formblätter aufgeführt, in denen nur einige Felder genutzt werden. Diese Liste ermöglicht später eine gezielte Besprechung notwendiger Überarbeitungen.

Schließlich wird eine vierte Liste angelegt, in der Informationen aufgeführt werden, die in mehr als einem Formblatt erfasst werden. Auch hier muss sich später die Frage gestellt werden, ob eine Überarbeitung möglich ist, so dass die Information nur noch an einer Stelle erfasst wird.

2.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

2.3.1. Ausgangssituation

Auf der Musterstation wird das Planettensystem der Firma XY zur medizinisch-pflegerischen Dokumentation benutzt. Jedes Formblatt besitzt eine eindeutige Bestellnummer.

2.3.2. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Folgende Formblätter werden laut Angaben der Mitarbeiter ständig benutzt:

- Anordnung / Marcumar
- Bericht
- Diabetesbogen
- Lagerung / Mobilisation
- Logopädie / Psychologie / Sonstige
- Pflege-Nachweis-Einstufung
- Pflegeüberleitungsbogen
- Pflegeverlegungsbericht
- Physiotherapie / Ergotherapie / Sozialdienst
- Schmerzmittel
- Stammblatt
- Überwachung / Bilanzierung
- Überwachungsbogen
- Verlaufsbericht
- Visite / Anordnungen / Bedarfsmedikation / Fragen an den Arzt
- Visite / Anordnungen / Infusionen
- Visite / Anordnungen / Medikamente

Daneben gibt es weitere Formblätter, die nicht oder nur teilweise genutzt werden. Dazu gehören:

- Lagerung / Mobilisation
- Logopädie / Psychologie / Sonstige
- Pflegeüberleitungsbogen
- Pflegeverlegungsbericht
- Physiotherapie / Ergotherapie / Sozialdienst
- Überwachung / Bilanzierung
- Verlaufsbericht
- Visite / Anordnungen / Infusionen

Zusätzlich werden von der Musterstation selbst erstellte Formblätter benutzt. Diese sind:

- Ernährungsprotokoll
- Pflegeprotokoll (Grundpflege, Mundpflege, Inkontinenz-versorgung, Lagerungswechsel, Prophylaxen, Ausfuhr)
- Trinkprotokoll (A 6-Format)

2.3.3. Ergebnisse aus der Beobachtung

A) Formblätter

Einige der o. g. Originalformblätter werden nicht genutzt. Dafür erfolgt die Nutzung selbst erstellter Formblätter, was zu Mehrfachdokumentationen (z. B. Einfuhr / Ausfuhr auf Trinkprotokoll, Pflegeprotokoll und im Verlaufsbogen) führt.

B) Befunde

Laborbefunde werden doppelt dokumentiert. Sie werden in den Überwachungsbogen eingeklebt und zusätzlich in der Stammakte des Patienten (Hängeregistratur) abgeheftet.

Bei Röntgenbefunden wird der Befundtext ausgeschnitten und auf den Durchschlag des Anforderungsformulars geklebt. Einmal ist zu beobachten, dass die Unterschrift des Röntgenologen mit abgeschnitten wird.

C) Interne Patientenübernahme

Bei Verlegung eines Patienten innerhalb des Krankenhauses wird auf einen Pflegeverlegungsbericht verzichtet. Weder bietet die verlegende Station an, den Bericht bei Bedarf zu erstellen, noch wird er von den Mitarbeitern der Musterstation eingefordert.

D) Wertsachen

Wertsachen des Patienten werden auf der Musterstation zu keinem Zeitpunkt erfasst. Dies gilt sowohl für die Patientenaufnahme als auch für die Patientenentlassung. Auch bei einer hausinternen Verlegung wird auf die Dokumentation der Wertsachen verzichtet.

Es konnte beobachtet werden, dass die Uhr eines Patienten von der verlegenden Station nicht mitgegeben wurde. Der Verlust wurde vom Patienten einige Stunden später bemerkt. Daraufhin wurde die Uhr von der Station angefordert.

Es existiert keine verbindliche hausinterne Regelung zum Umgang mit Wertsachen; nur eine aus rechtlicher Sicht unzulängliche Vorschrift in der Hausordnung. Der in der Hausordnung vorgesehene Haftungsausschluss ist in dieser Form unzulässig.

Die Aufbewahrung der Wertsachen ist nicht eindeutig geregelt. Die Patienten behalten ihre Wertsachen im Zimmer. Größere Geldbeträge werden nach Angabe der Stationsleitung im Betäubungsmittelschrank der Musterstation aufbewahrt.

Die aus den Ergebnissen gewonnenen Vorschläge und der daraus resultierende Maßnahmenplan finden sich im Kapitel 4.

3. Nebeninformationsträger

Neben der medizinisch-pflegerischen Dokumentation arbeitet eine Station mit Nebeninformationsträgern. Darunter fallen alle schriftlichen Dokumente, die nicht direkt der Patientenakte angehören oder den Formblättern angehören. In diesem Kapitel werden die Nebeninformationsträger untersucht.

3.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Nebeninformationsträger wird die **Dokumentenanalyse** in Form einer **Fremdaufschreibung** verwendet. Dabei werden alle auf der Station verfügbaren Nebeninformationsträger aufgenommen.

Methode:
Dokumentenanalyse
Seite J-11

Fremdaufschreibung
Seite J-13

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, eine Übersicht der verwendeten Informationsträger zu erhalten und vorhandene Schwierigkeiten abzubilden.

Als **Instrument zur Dokumentenanalyse** wird das **Protokoll Nebeninformationsträger** benutzt. Jeder Nebeninformationsträger wird damit erfasst und damit verbundene Besonderheiten beschrieben.

Instrument:
Protokoll
Nebeninformationsträger
Seite I-41

3.1.1. Aufbau des Instruments

Das Protokoll unterteilt sich in zwei Bereiche. Zunächst werden Felder angelegt, in die später der Name des Nebeninformationsträgers eingetragen wird. Am Seitenende befindet sich ein weiteres Feld, in dem Bemerkungen notiert werden können.

Abbildung I-20 zeigt das Protokoll in verkürzter Form.

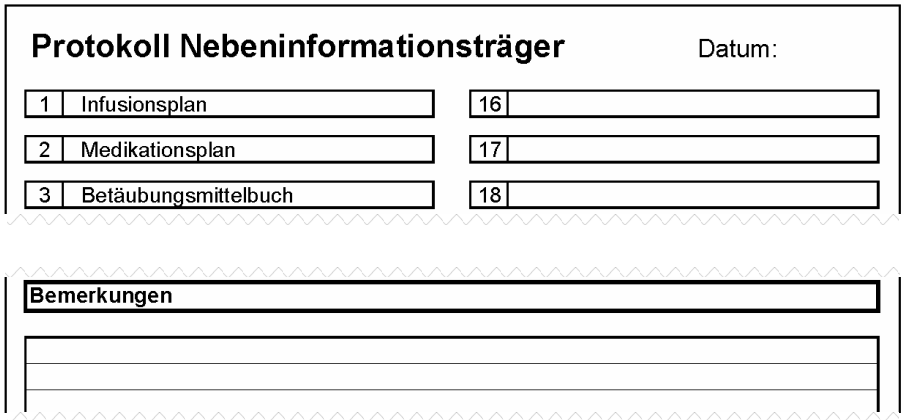


Abbildung I-20: Protokoll Nebeninformationsträger

Einige Nebeninformationsträger sind bereits im Protokoll enthalten. Dabei handelt es sich um Dokumente, die aller Voraussicht nach in jedem Krankenhaus vorzufinden sind.

3.1.2. Anwendung des Instruments

An einem Stichtag erfolgt eine Begehung der Station, bei der alle vorgefundenen Nebeninformationsträger erfasst werden.

Zunächst wird während der Erhebung der Name des Nebeninformationsträgers in einem der freien Felder notiert. Eine Reihenfolge ist dabei nicht zu beachten. Dabei ist darauf zu achten, dass sowohl der offizielle Name des Herstellers als auch der Gebrauchsname, den die Mitarbeiter verwenden, erfasst wird.

Im Bemerkungsfeld werden anschließend alle weiteren Besonderheiten notiert. Dabei ist es notwendig, dass ein erfahrener Mitarbeiter für Nachfragen verfügbar ist. Nur er kann klären, ob ein Formblatt auch tatsächlich in der täglichen Arbeit genutzt wird und in welcher Form dies geschieht. So kann beispielsweise erfragt werden, wo sich die verschiedenen Protokolle und Bücher befinden und wie sie gestaltet sind. Ebenso kann verzeichnet werden, ob Nebeninformationsträger vorhanden sind, die Informationen enthalten, für deren Dokumentation es reguläre Formblätter gibt. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Untersuchung der Formblätter vor der Untersuchung der Nebeninformationsträger durchzuführen.

3.1.3. Rolle des Beobachters

Neben der Dokumentenanalyse sollte der Umgang mit den Informationsträgern beobachtet werden. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch die Dokumentenanalyse erfasst werden.

3.2. Auswertung

Zur Auswertung werden die Protokolle durchgelesen. Zunächst wird eine Liste aller Nebeninformationsträger erstellt.

Anschließend wird untersucht, ob einzelne Informationsträger miteinander in unmittelbarer Verbindung stehen. Im Musterkrankenhaus konnte beispielsweise festgestellt werden, dass die Informationsträger zum Vorbereiten von Medikamenten gleich aufgebaut sind. Lediglich die Bezeichnung des Titels unterscheidet sich.

Schließlich wird untersucht, ob sonstige Auffälligkeiten im Umgang mit dem jeweiligen Informationsträger aufgetreten sind.

3.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

3.3.1. Ausgangssituation

Neben dem medizinisch-pflegerischen Dokumentationssystem werden auf der Musterstation weitere Informationsträger genutzt. Diese Nebeninformationsträger erschweren die sichere Übermittlung der Information und erhöhen den administrativen Aufwand. Sie sind als Fehlerquelle einzustufen, da falsche Überträge von einem zum anderen Dokument nicht zuverlässig verhindert werden können. Ziel ist daher, möglichst mit den Originaleinträgen der Patientenakte zu arbeiten und auf Nebeninformationsträger zu verzichten.

3.3.2. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Insgesamt wurden auf der Musterstation 86 Nebeninformationsträger gefunden. Dazu gehören:

- Aufnahmebuch
- Ausgabehefter
- Besprechungsbuch (nur Erdgeschoß)
- Bestellhefter (20 verschiedene)
- Betäubungsmittelbuch
- Blutsenkungsbuch
- Blutzuckerbuch
- Desinfektionsplan
- Dienstplanwunschbuch
- diverse Bedienungsanleitungen
- diverse Informationszettel (30 verschiedene)
- Ernährungsprotokoll
- Frühstücksgruppenplan
- Infusionspläne
- Insulinplan
- Kalender
- Kostplan
- Küchenbestellungsbuch
- Lösungsmittelplan
- Lösungsmittelwechselplan

- Lösungsmittelzubereitungsplan
- Mappe Arztunterschriften
- Medikationsplan intravenöse Injektionen
- Medikationsplan subkutane Injektionen
- Medikationsplan Tabletten, Tropfen
- Ordner Hausmitteilungen
- Ordner Laboruntersuchungen
- Ordner Leitungsbesprechungen
- Pflegeprotokoll
- Teambuch
- Telefonübersicht
- Terminbuch
- Trinkprotokoll
- Untersuchungsplan
- Wiegeplan
- Zimmerbelegungsplan

Bemerkungen Teambuch

Das Teambuch wird von Ärzten und Pflegenden genutzt, um Neuerungen und Problemen zu dokumentieren.

Bemerkungen Kalender

Der Kalender wird zur Kennzeichnung der Bestelltage von Material, Apotheke, Infusionen usw. genutzt.

Bemerkungen Aufnahmebuch

Das Aufnahmebuch soll der Planung von Aufnahmen und Entlassungen dienen. Es wird jedoch wenig genutzt.

Bemerkungen Bestellhefter

Pro Etage der Musterstation existieren je fünf Hefter für Bestellungen und Ausgaben. Es gibt je einen Bestell- und Ausgabehefter für Infusionen, Apotheke, medizinischen Bedarf, Büromaterial und Wirtschaftsbedarf. Es werden somit auf der Station insgesamt 20 Hefter für Bestellungen und Ausgaben geführt. Der Bestellhefter dient der Abheftung der Bestellscheine, der Ausgabehefter der Abheftung der Lieferscheine.

Bemerkungen Informationszettel

Auf der Musterstation befinden sich 30 verschiedene Informationszettel; vorwiegend an Wänden, Schranktüren, Schrankinnentüren, Pinnwänden u. ä. Die Zettel enthalten z. B. Informationen über Essenbestellung, Untersuchungen, Prämedikation, Spritzenbeschriftung, Medikamentennamenänderung und Laboruntersuchungen.

3.3.3. Ergebnisse aus der Beobachtung

A) Intravenöse Medikation

Der auf der Musterstation verwendete Medikationsplan für intravenöse Injektionen (i. v.-Medikationsplan) ist ein Blankoformular. Es befindet sich in einer Klarsichtfolie. Auf dieser Klarsichtfolie werden mit einem wasserlöslichen Stift die angeordneten Medikamente verzeichnet. Beim Anfassen mit feuchten Händen nach der Händedesinfektion hat dies zur Folge, dass die Beschriftung nicht mehr lesbar ist.

Anhand des i. v.-Medikationsplanes werden die Ampullen auf der Arbeitsplatte im Pflegearbeitsraum vom Spätdienst zur Verteilung durch den Nacht- und Frühdienst vorbereitet. Dazu wird ein Pflaster mit dem Patientennamen und dessen Zimmernummer auf die Arbeitsplatte geklebt. Hinter dem Pflaster werden die Ampullen aufgestellt. Da die Ampullen im Arbeitsbereich stehen, ist zu beobachten, dass diese mehrmals (viermal) umfallen. In der Folge müssen diese jedes Mal neu gestellt werden.

Aufgezogene Spritzen werden zur Aufbewahrung in die Einzelverpackung der Spritze zurückgesteckt. Die Beschriftung erfolgt auf der Papierseite der Spritzenverpackung. Dabei werden lediglich der Name des Patienten und die Zimmernummer als Erkennungsmerkmal notiert. Der Name des Medikaments sowie dessen Dosierung wird hingegen nicht notiert. Die Medikamenten-Ampulle wird anschließend verworfen. Damit ist eine Kontrolle des Inhalts der Spritze für den Nacht- und Frühdienst nicht mehr möglich.

B) Subkutane Medikation

Fertigspritzen für subkutane Injektionen werden von den Mitarbeitern des Spätdienstes für den Nacht- und Frühdienst in einem Becher vorbereitet. Der Becher enthält einen Notizzettel, auf dem Patientenname und Zimmernummer dokumentiert sind. Die zu stellenden Spritzen werden vom s. c.-Medikationsplan abgelesen. Dieser entspricht im Aufbau dem i. v.-Medikationsplan.

C) Infusionsplan

Angeordnete Infusionen und Zusätze werden auf dem Infusionsplan verzeichnet. Dieser entspricht im Aufbau dem i. v.-Medikationsplan.

Die Mitarbeiter des Spätdienstes stellen für den Frühdienst die Infusionsflaschen und Zusätze bereit und beschriften die Flaschen mit einem wasserlöslichen Stift.

Der Mitarbeiter im Nachtdienst spritzt die Zusätze in die Infusionen und versieht diese mit einem Infusionssystem.

Im Frühdienst werden die Infusionen dann entweder vom zuständigen Arzt verabreicht oder auf Grund von Änderungen während der Visite verworfen.

D) Orale Medikation

Angeordnete orale Medikamente werden vom ärztlichen Anordnungsformular auf den Überwachungsbogen übertragen.

Anschließend werden die notwendigen Etiketten vorbereitet. Im ersten Schritt werden Anordnungen, die in Form von Tabletten verabreicht werden, auf selbstklebende Etiketten übertragen. Das heißt, es wird der Name des Medikaments, dessen Konzentration und die zu verabreichende Dosis auf dem Etikett vermerkt. Das beschriftete Etikett wird anschließend auf die Tagesmedikationsbox geklebt.

In gleicher Art und Weise erfolgt im zweiten Schritt die Etikettierung der Anordnungen, die in Form von Tropfen oder als Brausetabletten verabreicht werden. Das beschriftete Etikett wird anschließend auf das Tablett geklebt, das zum Verteilen der Medikamente benutzt wird.

Im Frühdienst werden die oralen Medikamente dann entweder von der zuständigen Pflegekraft verabreicht oder auf Grund von Änderungen während der Visite verworfen.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt. In diesem Kapitel werden die Lösungen für alle drei vorangegangenen Kapitel zusammengefasst vorgestellt. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan übertragen (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite I-42

A) medizinisch-pflegerische Dokumentation

Formblätter allgemein (kurzfristige Umsetzung)
Aus Gründen der eindeutigen Patientenzuordnung sind alle verwendeten Formblätter vollständig auszufüllen, d. h., der Formularkopf enthält den Namen und das Geburtsdatum des Patienten.

Bei allen Einträgen in die Dokumentation ist auf die Angabe von Datum, ggf. Berufsgruppe und Unterschrift zu achten.

Bei der Dokumentation von Anordnungen und Informationen ist darauf zu achten, dass diese in der korrekten Spalte verzeichnet werden.

Pflegeanamnese / Pflegeplan (mittel- bzw. langfristige Umsetzung)
Die Dokumentationselemente Pflegeanamnese und Pflegeplanung sind gesetzlich gefordert, jedoch auf der Station nicht vorhanden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, ein System zu entwickeln und einzuführen, dass an die Bedürfnisse der Station für die Erhebung angepasst ist.

Pflegebericht (kurzfristige Umsetzung)
Die fortlaufende Führung des Pflegeberichts ist zwingend notwendig.

Die Eintragshäufigkeit ist für die Station in Absprache mit der Pflegedienstleitung festzulegen.

Solange auf der Station Pflegeanamnese und Pflegeplan nicht vollständig umgesetzt sind, ist ein Eintrag pro Schicht vorzunehmen.

Die Berichteinträge sind zeitnah auszuführen. Bei Patientenaufnahmen muss ein Ersteintrag am Aufnahmetag in der Schicht erfolgen, während derer der Patient aufgenommen wird.

Die Angabe des Datums und des Handzeichens erfolgt weiter wie bisher.

Bei den Einträgen ist jetzt schon zu beachten, dass die eintragende Schicht angegeben wird. Alternativ kann von jeder Schicht eine spezifische Farbe benutzt werden. Werden mehrere Einträge in einer Schicht vorgenommen, ist die Uhrzeit zu notieren.

Interne Patientenübernahme (mittel- bis langfristige Umsetzung)
Es wird empfohlen, ein Formular für den Pflegeverlegungsbericht (intern / extern) einzuführen, um die pflegerische Betreuung zu optimieren und Informationsverluste zu vermeiden.

Wertsachen (kurzfristige Umsetzung)
Zur rechtlichen Absicherung der Musterstation wird die Einführung eines Wertsachenprotokolls empfohlen. Schadensersatzansprüche sollen damit vermieden werden.

Alle Wertsachen des Patienten sollten bereits bei Aufnahme oder bei einer hausinternen Verlegung erfasst und dokumentiert werden. Gleiches gilt für die Ausgabe der Wertsachen bei der Entlassung.

Ein zentraler oder stationsinterner sicherer Aufbewahrungsort für Wertsachen sollte eingerichtet werden.
Der Umgang mit Wertsachen sollte in einer Dienstanweisung festgelegt werden.

Handzeichen Ärzte und Pflege (kurzfristige Umsetzung)
Alle Anordnungen sollten mit dem Datum versehen und per Handzeichen abgezeichnet werden.

Sammelanordnungen (kurzfristige Umsetzung)
Sammelanordnungen sind nach Aussage des MDK nicht unzulässig. Voraussetzung ist jedoch, dass das Handzeichen eindeutig der Anordnung zugeordnet werden kann. Dennoch sollte angestrebt werden, jede ärztliche Anordnung einzeln abzuzeichnen und Sammelanordnungen zu minimieren. Grund hierfür ist, dass ein ärztliches Handzeichen für eine Sammelanordnung dazu führt, dass die Pflegekraft ebenfalls die gesamte Sammelanordnung abzeichnet. In der Regel wird die Sammelanordnung jedoch nur in Teilen bearbeitet, so dass letztlich nicht nachvollziehbar ist, welche Anordnungen bereits umgesetzt wurden und welche nicht.
Zudem sehen die meisten Dokumentationssysteme pro Anordnung ein dazugehöriges Handzeichen vor, bieten jedoch keine Möglichkeit, Sammelanordnungen abzuzeichnen.

Werden dennoch Sammelanordnungen verwendet, erscheint eine thematische Aufteilung der Anordnungen sinnvoll. Bisher wurden in einer Sammelanordnung beispielsweise Laboruntersuchungen mit den Anordnungen zur Kost vermischt. Dieses Vorgehen sollte vermieden werden und zwei Sammelanordnungen ausgestellt werden, in denen sich thematisch zusammengehörende Einzelanordnungen wieder finden.

Bezüglich der Abzeichnung der ärztlichen Anordnungen sollten von der Krankenhausleitung Regeln in Form einer Dienstanweisung festgelegt werden.

Erarbeitung von Routine-Laborpaketen (langfristige Umsetzung)
Die häufige Anordnung einzelner Blutwerte geht mit einem erhöhten Schreibaufwand einher. Dieser könnte durch Erarbeitung und Anwendung von Routine-Laborpaketen vermieden werden.

Die Routine-Laborpakete sollten in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Labors entwickelt werden. Nur so können einerseits die individuellen Bedürfnisse der Station berücksichtigt werden und andererseits Pakete entwickelt werden, die von allen Stationen genutzt werden können.

Befunde (kurzfristige Umsetzung)
Die doppelte Dokumentation der Laborbefunde kann vermieden werden, indem nur ein System benutzt wird: Auf der Musterstation werden die Befunde sowohl auf dem Überwachungsbogen als auch in der Patientenakte notiert.

Bei Röntgenbefunden könnte der Befund ohne vorheriges Ausschneiden des Befundtextes abgeheftet werden. Soll das Anforderungsformular ebenfalls aufbewahrt werden, so kann es dahinter geheftet werden.

B) Nebeninformationsträger

Nicht notwendige Informationsträger (mittelfristige Umsetzung)
Folgende Nebeninformationsträger könnten ersatzlos entfallen:

- Blutzuckerbuch
- Ernährungsprotokoll
- Kostplan
- Pflegeprotokoll
- Trinkprotokoll
- Untersuchungsplan
- Wiegeplan
- Zimmerbelegungsplan

Die entsprechenden Informationen könnten direkt in der Pflegedokumentation erfasst werden.

Pflege- und Trinkprotokoll (mittelfristige Umsetzung)
Auf dem Formular fehlen die Felder Patientenname und Geburtsdatum. Bisher wird ein selbst erstelltes Formular genutzt, obwohl in den Originalformularen (Firma XY) bereits Eintragsfelder für die entsprechenden Informationen vorgesehen sind. Sofern die Mitarbeiter Vorbehalte gegenüber den Originalformularen haben, können diese in Absprache mit dem Hersteller an die Bedürfnisse angepasst werden.

Medikamentenpläne (kurzfristige Umsetzung)
Alle Planungsinstrumente für die medikamentöse Therapie können ersatzlos entfallen. Dazu gehören:

- Infusionsplan
- Medikationsplan i. v.
- Medikationsplan s. c.
- Medikationsplan Tabletten und Tropfen

Grund: Alle angeordneten Medikamente sind bereits in der Patientenakte dokumentiert und können ihr entnommen werden. Durch diese Vorgehensweise können Übertragungsfehler ausgeschlossen werden.

Planungsinstrument Magnettafel (kurzfristige Umsetzung)
Folgende Nebeninformationsträger können auf einer Magnettafel zusammengefasst werden:

- Kostplan
- Untersuchungsplan
- Wiegeplan
- Zimmerbelegungsplan

Planungsinstrument Magnettafel (kurz- bis mittelfristige Umsetzung)
Die Informationen vom jetzigen Nüchternzettel und vom Frühstücks-gruppenzettel können auf einer Magnettafel erfasst werden.

Telefonlisten (kurz- bis mittelfristige Umsetzung)
Zurzeit sind verschiedene Telefonlisten im Einsatz. Diese sind zudem teilweise veraltet. Es empfiehlt sich, die Telefonlisten in einem Dokument zusammenzuführen und die Informationen zu aktualisieren.

Bücher zur Dokumentation (kurzfristige Umsetzung)
Der Bedarf an den zahlreich auf der Station vorhandenen Büchern sollte überprüft und ggf. deren Anzahl reduziert werden. Zurzeit werden folgende Bücher eingesetzt:

- Aufnahmebuch
- Besprechungsbuch
- Stations-Kalender
- Teambuch
- Terminbuch

Das Besprechungs- und Teambuch könnten zusammengefasst werden.

Der Kalender ist auf jeder Etage vorhanden und dient zurzeit ausschließlich zur Markierung der Bestelltage. In Zukunft könnten in diesem auch alle Aufnahmen und Entlassungen notiert werden, so dass das Aufnahmebuch entfallen würde. Zudem könnten im Kalender die im Terminbuch notierten Gesprächstermine zwischen Arzt und Angehörigen eingetragen werden. Damit würde auch das Terminbuch entfallen.

Informationszettel (kurzfristige Umsetzung)
Die Flut an Informationszetteln ist zu überprüfen und zu minimieren. Günstig wäre ein Ordner pro Etage, in dem relevante Informations-zettel chronologisch abgeheftet werden. Die Informationen sind im Ordner von jedem Mitarbeiter einzusehen, und ggf. kann eine Hand-zeichenliste zum Abzeichnen nach Kenntnisnahme die Verbindlich-keit für Mitarbeiter erhöhen.

Vorbereitung der Medikamente (kurzfristige Umsetzung)
Die empfohlene Reduzierung der Nebeninformationsträger, insbe-sondere der Verzicht auf sämtliche Medikamentenpläne, könnte mit einer Optimierung der Medikamenten-Vorbereitung verbunden werden. In diesem Zusammenhang werden folgende Vorschläge unterbreitet:

Das Stellen der i. v.-Medikamente für zwei Schichten im Voraus und die Beschriftung der Arbeitsplatte mit Pflaster sollte eingestellt werden. Das bisherige Vorgehen verursacht einen unnötigen

Arbeitsaufwand und Fehlerquellen. Ebenso birgt es Verletzungsgefahren.

Vorschlag 1:
Die für den Patienten zuständige Pflegekraft oder der verabreichende Arzt könnten die angeordneten Ampullen direkt dem Medikamentenschrank entnehmen und diese vor der Verabreichung aufziehen.

Vorschlag 2:
Die während der Schicht zu verabreichenden Medikamente könnten in der Originalverpackung aus dem Schrank genommen und bereitgestellt werden.

Vorbereitung von i. v.-Medikamenten (kurzfristige Umsetzung)
Wenn i. v.-Medikamente nicht direkt nach dem Aufziehen verabreicht werden, müssen diese mit Patientenname, Medikamentenname, Dosierung, Datum und Uhrzeit beschriftet sein.

Die direkte Beschriftung der Spritze, nicht wie bisher der Papierhülle, ist aus rechtlichen Gründen unbedingt erforderlich.

Vorbereitung der s. c.-Medikamente (kurzfristige Umsetzung)
Das Stellen der s. c.-Medikamente im Voraus sollte eingestellt werden (unnötiger Arbeitsaufwand, Fehlerquelle). Die injizierende Pflegekraft kann die Fertigspritze vor der „Spritzenrunde“ direkt der Originalpackung entnehmen.

Vorbereitung der Infusionen (kurz- bis mittelfristige Umsetzung)
Infusionen sollten nicht mehr im Spät- und Nachtdienst für die Mitarbeiter des kommenden Frühdienstes vorbereitet werden.

Vorschlag 1:
Die Zubereitung kann im Frühdienst nach der Visite erfolgen. Die Folge wäre u. a. auch eine Kostenreduktion, da weniger Medikamente verworfen werden.

Vorschlag 2:
Wenn der Mitarbeiter des Nachtdienstes auch weiterhin die Infusionen vorbereiten soll, kann zukünftig das Anstechen der Infusionen und das Einspritzen von Zusätzen vom Frühdienst übernommen werden.

Vorbereitung oraler Medikamente (kurzfristige Umsetzung)
Die orale Medikation sollte ausschließlich nach der Pflegedokumentation (Überwachungsbogen) gestellt werden.

Bisher verwendete Nebeninformationsträger sollten aus Gründen der Sicherheit (falsche Übertragung von Informationen) entfallen.

Die bestehende Vielfalt der Formulare zur Dokumentation sollte zunächst innerhalb jeder Berufsgruppe geprüft werden. Bevor

Veränderungen vorgenommen werden, sollte eine zusätzliche Besprechung im multiprofessionellen Team erfolgen, um Akzeptanzproblemen vorzubeugen. Jede Berufsgruppe sollte sich äußern, welche Formblätter sie benötigt und Vorschläge zu ihrer Gestaltung machen. Anschließend können die Formulare der Dokumentation in Zusammenarbeit mit dem Hersteller überarbeitet, neu gestaltet, ggf. neu entwickelt und ungeeignete Formulare entfernt werden.

Die von der Pflege selbst erstellten Formblätter sollten nicht weiter verwendet werden, da die Einträge in den Originalformblättern vorgenommen werden können.

Die zur Dokumentation der Medikation verwendeten Nebeninformationsträger sollten abgeschafft werden. Um die Vielfalt der stationsrelevanten Informationen zu bündeln und zu kanalisieren, sind die Nebeninformationsträger nach festgelegten Kriterien zu überprüfen und zu minimieren. Dadurch können Informationsverluste nachhaltig reduziert werden.

Neu eingeführt werden sollten Informationsträger zur Wertsachendokumentation.

Eine umfassende Optimierung und Neuorganisation der gesamten Dokumentation auf der Musterstation ist aus Gründen des Leistungs- und Haftungsrechts dringend zu empfehlen. Um eine vollständige, zeitnahe, nachvollziehbare und kontinuierliche Dokumentation auf den richtigen Formblättern zu erreichen, sind berufsgruppenübergreifende Regelungen in Form von Dienstanweisungen, Verfahrensregeln, Standards u. ä. durch die Krankenhausleitung aufzustellen. Ebenso sollten entsprechende Pflichtfortbildungen berufsgruppenspezifisch und berufsgruppenübergreifend veranstaltet werden.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

5. Materialien

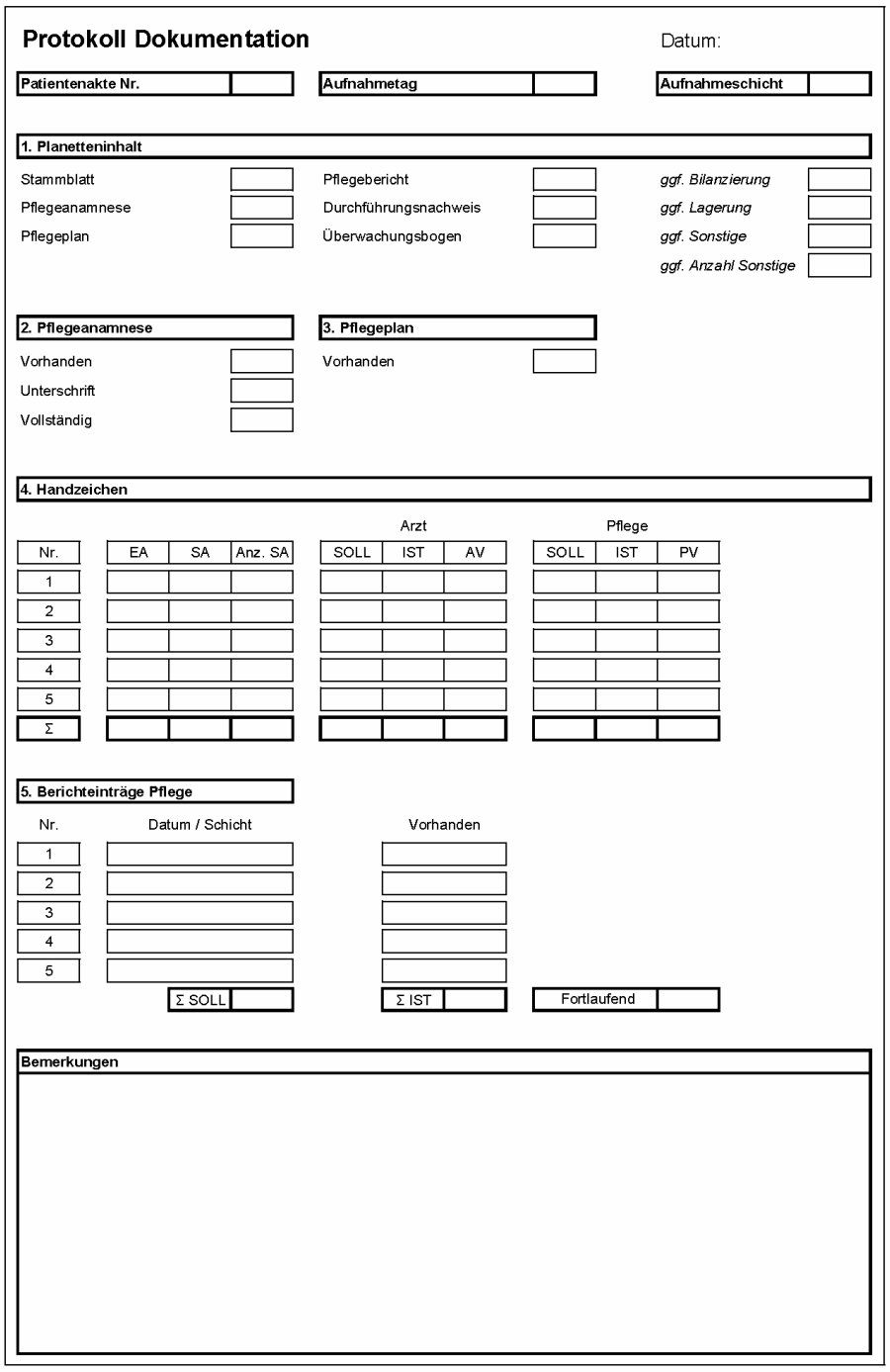
In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden.
Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Dokumentation



Protokoll Dokumentation Datum:

Patientenakte Nr.		Aufnahmetag		Aufnahmeschicht	

1. Planetteninhalt

Stammblatt		Pflegebericht		*ggf. Bilanzierung*	
Pflegeanamnese		Durchführungsnachweis		*ggf. Lagerung*	
Pflegeplan		Überwachungsbogen		*ggf. Sonstige*	
				ggf. Anzahl Sonstige	

2. Pflegeanamnese

Vorhanden	
Unterschrift	
Vollständig	

3. Pflegeplan

Vorhanden	

4. Handzeichen

				Arzt			Pflege		
Nr.	EA	SA	Anz. SA	SOLL	IST	AV	SOLL	IST	PV
1									
2									
3									
4									
5									
Σ									

5. Berichteinträge Pflege

Nr.	Datum / Schicht	Vorhanden
1		
2		
3		
4		
5		
	Σ SOLL	Σ IST
		Fortlaufend

Bemerkungen

Modul-I > I-FB.xls

Abbildung I-21: Protokoll Dokumentation

5.2. Instrument: Formblätter

Protokoll Formblätter

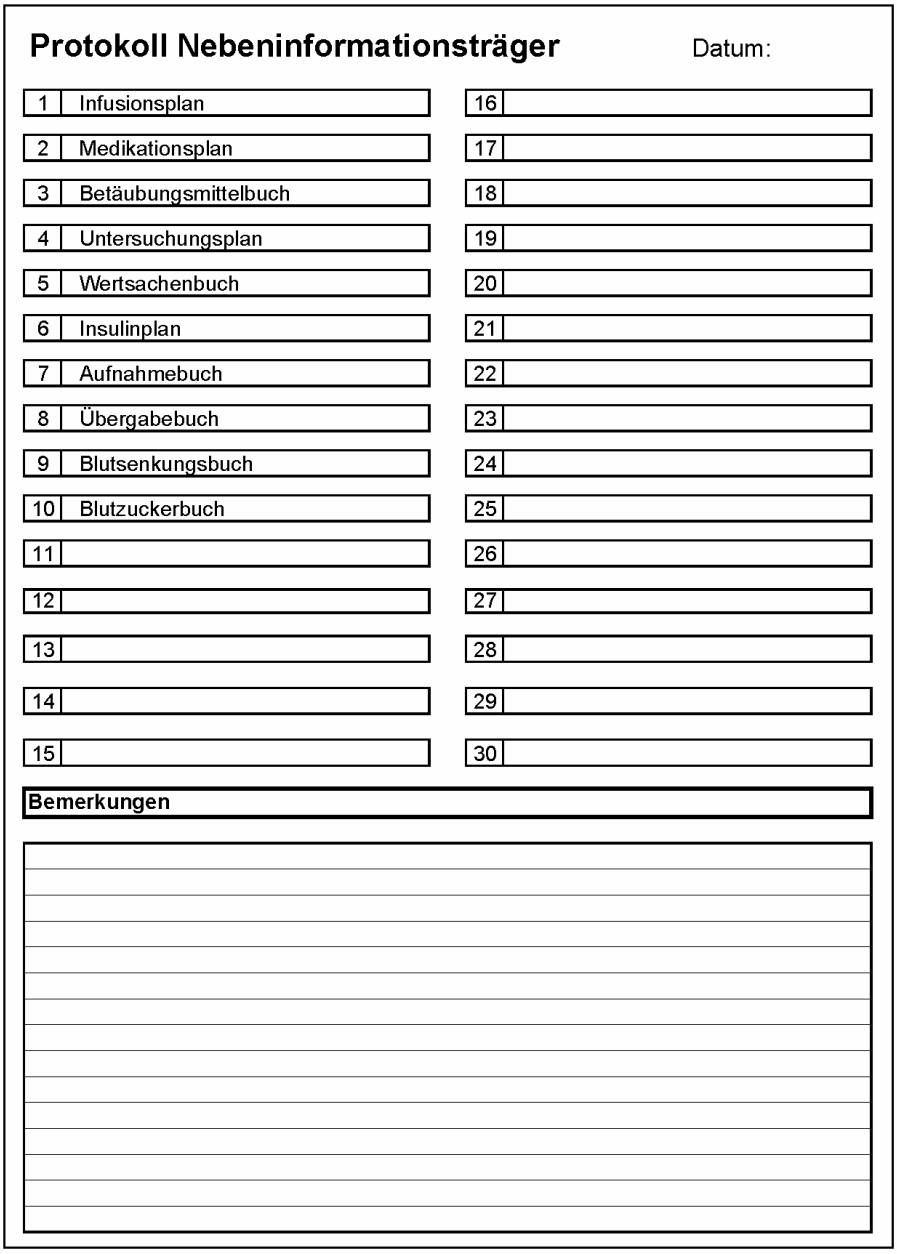
Name des Formblatts:

Bemerkungen:
(z.B. Hersteller, Bestell-Nr., Nicht-Benutzung des Formblatts oder einzelner Felder)

Modul-I > I-FB.xls

Abbildung I-22: Protokoll Formblätter

5.3. Instrument: Nebeninformationsträger



Protokoll Nebeninformationsträger Datum:

1	Infusionsplan	16	
2	Medikationsplan	17	
3	Betäubungsmittelbuch	18	
4	Untersuchungsplan	19	
5	Wertsachenbuch	20	
6	Insulinplan	21	
7	Aufnahmebuch	22	
8	Übergabebuch	23	
9	Blutsenkungsbuch	24	
10	Blutzuckerbuch	25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

Bemerkungen

Modul-I > I-FB.xls

Abbildung I-23: Protokoll Nebeninformationsträger

5.4. Maßnahmenplan

Modul-I > I-Massnahmenplan.doc

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Überarbeitung und Neugestaltung des Formularsatzes.		X		X
2. Prüfung und Anpassung der Hardware mit dem Ziel, die Patientenakte jeweils im Arbeitsablauf mitzuführen, um die notwendigen Einträge direkt durchzuführen. Dieses schließt eine entsprechende organisatorische Anpassung der Arbeitsabläufe ein.		X		X
3. Erstellung eines Musterhandbuchs zur Führung der Dokumentation.		X		X
4. Herausgabe einer Dienstanweisung der Krankenhausleitung zur Führung der Dokumentation.	X			X
5. Absicherung der vollständigen Ausfüllung der Formulare und Formularköpfe durch alle Berufsgruppen.	X			X
6. Anweisung zur kontinuierlichen Berichtführung Pflege mit einem Eintrag pro Schicht.		X		X
7. Anweisung zur Handhabung von Handzeichen ärztlich / pflegerisch, Aktualisierung und Vervollständigung der Handzeichenliste.	X			X
8. Neuregelung über das Treffen von „Sammelanordnungen“. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
9. Erarbeitung von Laborroutinen um die Häufigkeiten der Einzelanordnungen und den damit verbundenen administrativen Aufwand abzusenken. Querabsprache Labor / Ärzte / Pflege		X		
10. Erarbeitung und Einführung eines Pflegeüberleitungsbogens intern / intern bzw. intern / extern.		X		X
11. Abschaffung der entbehrlichen Nebeninformationsträger und Umstellung der zugehörigen Arbeitsgänge.	X (z.T.)	X (z.T.)		X
12. Abschaffung der Medikationspläne für orale Medikation, Änderung des Arbeitsgangs „stellen und verteilen der Medikation“.	X			X
13. Beschaffung geeigneter Stelltabletts für orale Medikation.	X			X
14. Abschaffung des bisherigen Verfahrens zur Vorbereitung von i. v. Medikationen und Infusionen und Änderung des Arbeitsgangs.	X			

Abbildung I-24: Maßnahmenplan Dokumentation – Teil 1/3

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
15. Beschaffung geeigneter Stelltabletts für i. v. Medikation.	X			X
16. Abschaffung des bisherigen Verfahrens zur Vorbereitung von s. c. und i. m. Injektionen, Änderung des Arbeitsgangs.	X			
17. Beschaffung geeigneter Stelltabletts für s. c. und i. m. Medikation.	X			X
18. Beschaffung einer Magnettafel pro Ebene, welche die optische Darstellung von Zimmerbelegungsplan, Kostplan, Wiegeplan, Untersuchungsplan u. a. erlaubt.	X			X
19. Zusammenführung von Besprechungsbuch und Teambuch.	X			
20. Nutzung des Kalenders für den Vermerk von Bestelltagen, geplanten Untersuchungen, geplanten Aufnahmen und Entlassungen, Gesprächsterminen etc., Wegfall der entsprechenden Bücher und Pläne.	X			
21. Einführung eines „Stationsinformationsordners“ in den chronologisch die relevanten schriftlichen Informationen abgelegt werden. Wegfall der „Informationszettel“ an Wänden, auf Schreibtischen etc.	X			X
22. Herausgabe einer Dienstweisung der Krankenhausleitung über Aufbewahrung, Nutzung und Kenntnisnahme eines solchen Informationsordners.	X			X
23. Wegfall der doppelten Dokumentation der Laborbefunde, Einigung auf einen Dokumentationsort. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
24. Änderung des Verfahrens bei der Ablage der Röntgenbefunde. Es wird nur der vollständige Befund abgelegt, das Anforderungsformular wird verworfen.	X			X
25. Herausgabe einer Hygieneanweisung der Krankenhausleitung über zulässige Zeiträume bei der Bereitstellung gemischter oder angestochener i. v. Medikationen sowie Infusionen und Perfusoren Diese Anweisung muß auch die Kennzeichnungspflichten festlegen.	X			X
26. Haftungssichere Verfahrensregelung der Krankenhausleitung über den Umgang mit Geld und Wertsachen der Patienten.	X			X
27. Herausgabe einer entsprechenden Dienstanweisung der Krankenhausleitung und Erstellung eines adäquaten Dokumentationsformulars.	X			X

Abbildung I-25: Maßnahmenplan Dokumentation – Teil 2/3

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
B) inhaltliche Maßnahmen				
28. Schulung des Pflegepersonals im Pflegeprozeß.		X		X
29. Einführung der Pflegeplanung auf der Grundlage eines Pflegemodells nach Krohwinkel.		X	X	X
30. Schulung des Pflegepersonals in der Nutzung pflegerischer Assessments (Barthel-Index, Norton-Skala etc.) und aktueller pflegerischer Interventionen (Kinästhetik, Basale Stimulation).		X	X	X
31. Ggf. punktuelle Hospitation Pflegender in anderen Einrichtungen.		X	X	
32. Berufsgruppenübergreifende Schulung und Information zur Umsetzung eines geriatrischen Behandlungs- und Pflegekonzepts.		X	X	
33. Bereitstellung aktueller pflegerischer Informationen durch Stationsabonnement von ein bis zwei pflegerischen Fachzeitschriften.		X	X	
34. Schulung des Pflegepersonals in Arbeits- und Zeitorganisation.	X			X
35. Einrichtung eines berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkels zur Arbeitsablauforganisation.		X	X	X
36. Einrichtung eines berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkels zur Umsetzung des geriatrischen Behandlungs- und Pflegekonzepts.		X	X	

Abbildung I-26: Maßnahmenplan Dokumentation – Teil 1/3

5.5. Lehrfolien

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Modul I

Kernprozess Dokumentation

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
1. Ziel

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

1. Ermittlung des Nutzungsgrades der Dokumentation.
2. Ermittlung der Vollständigkeit der Dokumentation.
3. Ermittlung der vorhandenen Formblätter und Nebeninformationsträger.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
Teilbereiche der Untersuchung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

① Medizinisch-pflegerische Dokumentation

② Formblätter

③ Nebeninformationsträger

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
2. Methodik

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

①

Methode:

- Dokumentenanalyse in Form einer Fremdaufschreibung
  - Eine externe Person führt die Untersuchung durch

Instrument:

- Protokoll Dokumentation

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
3. Aufbau und Anwendung des Instruments

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

①

1. Bereich des Protokolls: Planetteninhalt

1. Planetteninhalt					
Stammblatt		Pflegebericht		*ggf. Bilanzierung*	
Pflegeanamnese		Durchführungsnachweis		*ggf. Lagerung*	
Pflegeplan		Überwachungsbogen		*ggf. Sonstige*	
				ggf. Anzahl Sonstige	

- Es wird geprüft, ob das jeweilige Dokument vorhanden ist.
  - 1 = Ja, Dokument vorhanden | 0 = Nein, Dokument nicht vorhanden
- Es wird nicht geprüft, ob es ausgefüllt ist!

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

I. Kernprozess: Dokumentation
3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

2. Bereich des Protokolls: Pflegeanamnese/-plan

2. Pflegeanamnese	
Vorhanden	
Unterschrift	
Vollständig	

3. Pflegeplan	
Vorhanden	

- Es wird geprüft, ob die Pflegeanamnese ausgefüllt bzw. das Handzeichen vorhanden ist.
  - 1 = Ja, Dokument vorhanden | 0 = Nein, Dokument nicht vorhanden
  - Vollständig = 1, wenn Pflegeanamnese **und** Handzeichen vorhanden sind.
- Es wird geprüft, ob der Pflegeplan ausgefüllt ist.
  - 1 = Ja, Dokument vorhanden | 0 = Nein, Dokument nicht vorhanden

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

①

3. Bereich des Protokolls: Handzeichen

- Es werden die letzten fünf Anordnungen pro Patientenakte auf ihre Art hin überprüft.
  - EA = 1, wenn Einzelanordnung
  - SA = 1, wenn Sammelanordnung
  - Anz. SA = Anzahl der einzelnen Anordnungen innerhalb der Sammelanordnung

4. Handzeichen

Nr.	EA	SA	Anz. SA
1			
2			
3			
4			
5			
Σ			

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

①

3. Bereich des Protokolls: Handzeichen

- Es wird die Anzahl der SOLL-IST Handzeichen verglichen.
  - Arzt SOLL = Anzahl der notwendigen Handzeichen
  - Arzt IST = Anzahl der vorhandenen Handzeichen
  - Arzt AV = 1, wenn alle notwendigen Handzeichen vorhanden sind (SOLL = IST)
- Gleiches Vorgehen bei den pflegerischen Handzeichen.

Arzt		
SOLL	IST	AV

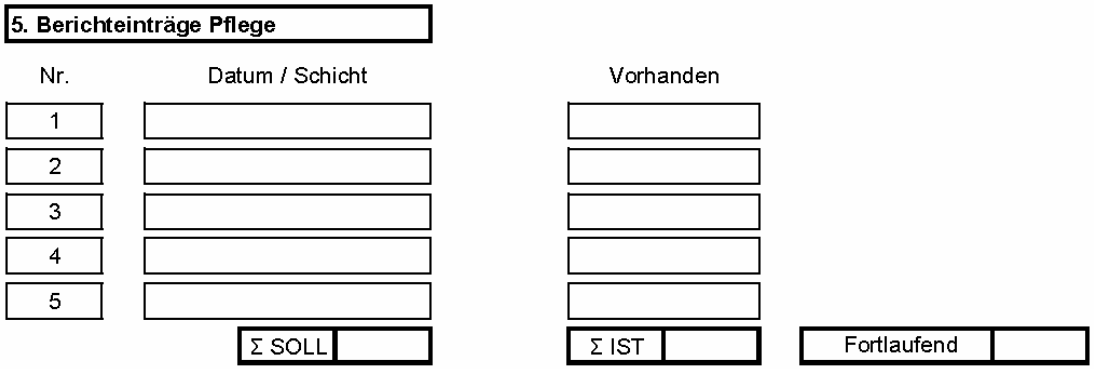
Pflege		
SOLL	IST	PV

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

①

4. Bereich des Protokolls: Pflegebericht



- Es wird geprüft, ob die letzten fünf Pflegeberichte pro Patientenakte vorhanden sind.
  - Vorhanden = 1, wenn vorhanden oder 0, wenn nicht vorhanden
  - Fortlaufend = 1, wenn alle fünf Pflegeberichte vorhanden sind

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
4. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

①

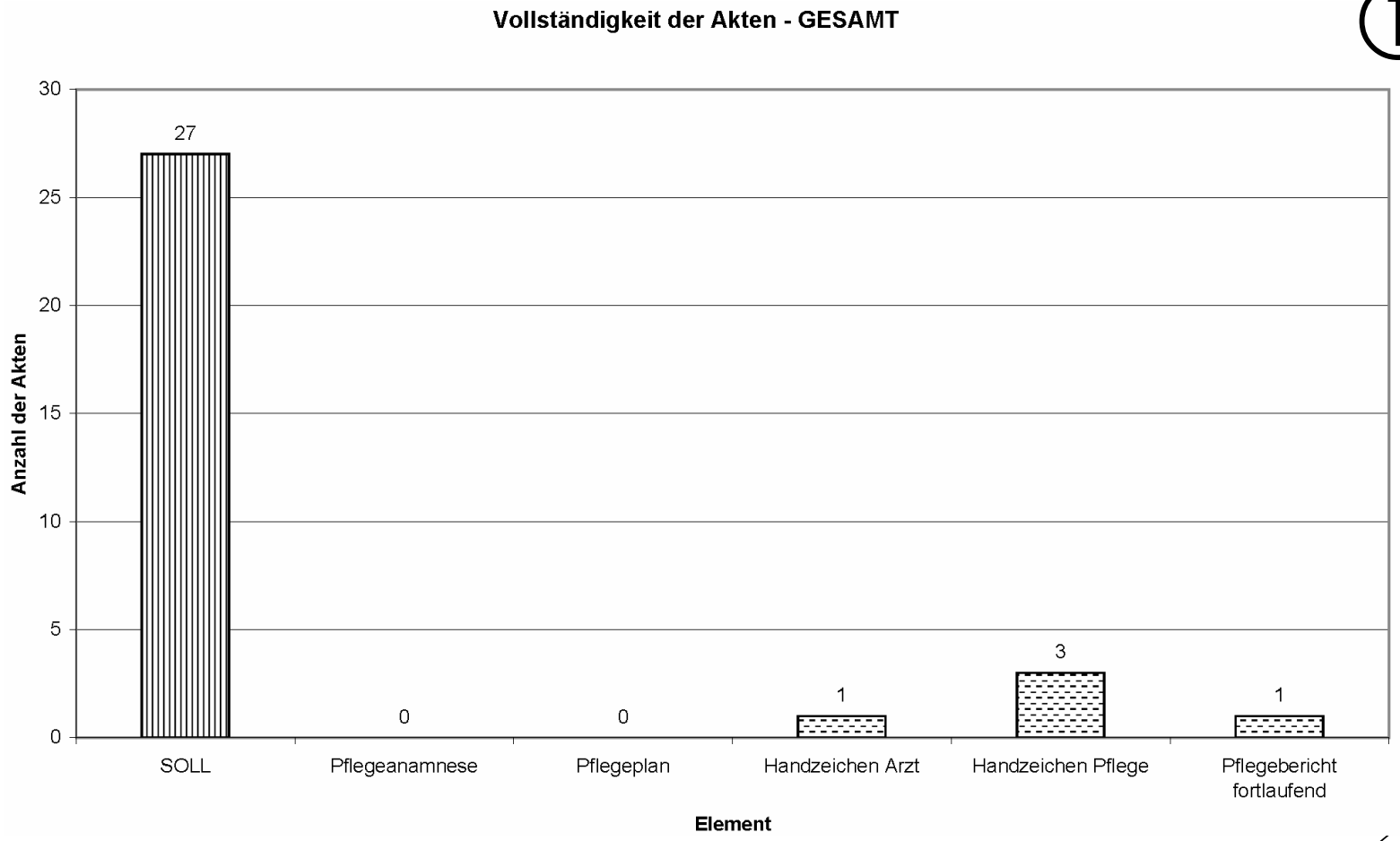
Ablauf der Auswertung:

1. Übertrag der Werte in die Excel-Tabelle
2. Auswertung der Diagramme
   (Beispiel auf nächster Folie)

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
5. Auswertung

①



gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
6. Ergebnisse

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

①

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Während der Auswertung zweier Patienten viel auf, dass ein erheblicher Zeitunterschied zwischen dem Tag der Aufnahme und dem ersten Eintrag im Pflegebericht auftritt.

Patient 1: Der Patient wird am 22. März aufgenommen. Am 26. März (nach fünf Tagen) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

Patient 2: Der Patient wird am 26. März aufgenommen. Am 30. März (nach fünf Tagen) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
2. Methodik

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

②

Methode:

- Dokumentenanalyse in Form einer Fremdaufschreibung
  - Eine externe Person führt die Untersuchung durch

Instrument:

- Protokoll Formblätter

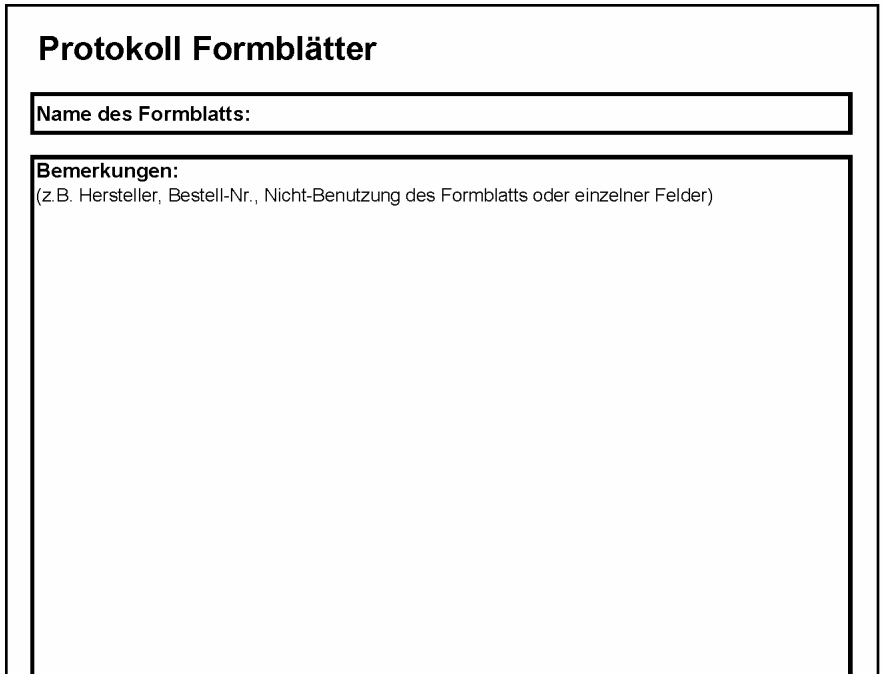
gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
3. Aufbau und Anwendung des Instruments

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

②

- Zunächst wird der offizielle Name des Formblatts erfasst.
- Anschließend werden Besonderheiten notiert.



Protokoll Formblätter

Name des Formblatts:

Bemerkungen:
(z.B. Hersteller, Bestell-Nr., Nicht-Benutzung des Formblatts oder einzelner Felder)

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
4. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

②

Ablauf der Auswertung:

1. Erstellen einer Liste aller Formblätter mit Namen und ggf. Bestellnummer
2. Erstellen einer Liste aller Formblätter, geordnet nach „täglich benutzt“ und „selten benutzt“
3. Erstellen einer Liste aller Formblätter, deren Eintragsfelder sich mit anderen Formblättern doppeln.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
6. Ergebnisse

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

②

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Laborbefunde werden doppelt dokumentiert. Sie werden in den Überwachungsbogen eingeklebt und zusätzlich in der Stammakte des Patienten (Hängeregistratur) abgeheftet.

Wertsachen des Patienten werden auf der Musterstation zu keinem Zeitpunkt erfasst. Dies gilt sowohl für die Patientenaufnahme als auch für die Patientenentlassung. Auch bei einer hausinternen Verlegung wird auf die Dokumentation der Wertsachen verzichtet.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
2. Methodik

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

③

Methode:

- Dokumentenanalyse in Form einer Fremdaufschreibung
  - Eine externe Person führt die Untersuchung durch

Instrument:

- Protokoll Nebeninformationsträger

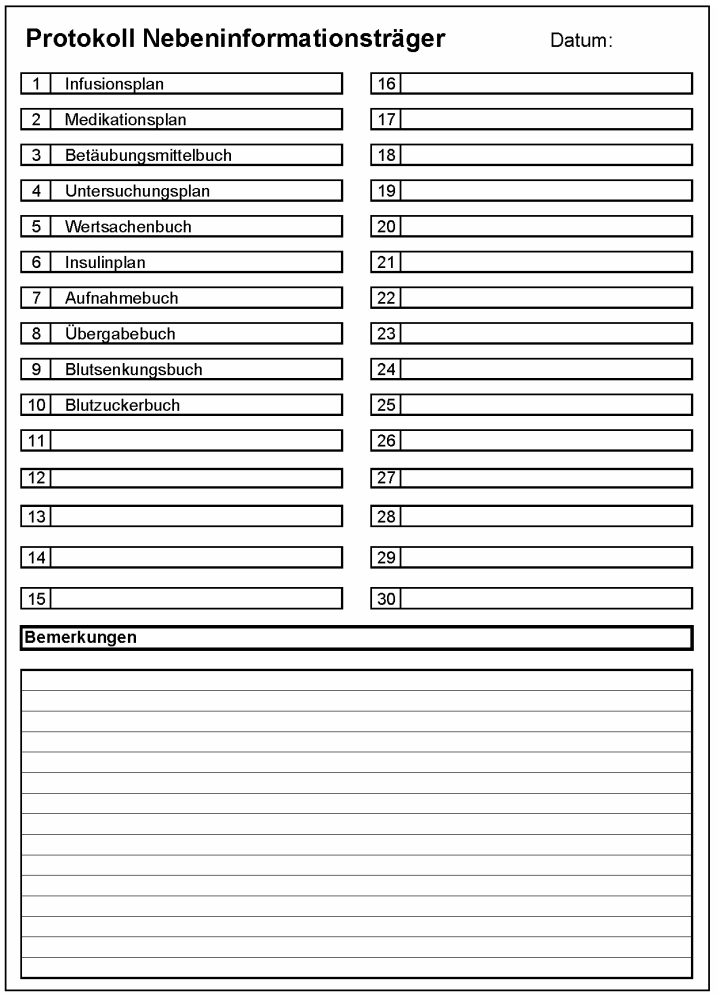
gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

I. Kernprozess: Dokumentation
3. Aufbau und Anwendung des Instruments

③

- Es wird geprüft, ob das jeweilige Dokument vorhanden ist.
  - 1 = Ja, Dokument vorhanden
    0 = Nein, Dokument nicht vorhanden
- Zusätzliche Dokumente werden in die Leerfelder eingetragen
- Besonderheiten können am Seitenende eingetragen werden



Protokoll Nebeninformationsträger Datum:

1	Infusionsplan	16	
2	Medikationsplan	17	
3	Betäubungsmittelbuch	18	
4	Untersuchungsplan	19	
5	Wertsachenbuch	20	
6	Insulinplan	21	
7	Aufnahmebuch	22	
8	Übergabebuch	23	
9	Blutsenkungsbuch	24	
10	Blutzuckerbuch	25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	

Bemerkungen

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
4. Auswertung

③

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Ablauf der Auswertung:

1. Erstellen einer Liste aller Nebeninformationsträger
2. Suche nach Besonderheiten

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

I. Kernprozess: Dokumentation
6. Ergebnisse

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

③

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Auf der Musterstation befinden sich 30 verschiedene Informationszettel; vorwiegend an Wänden, Schranktüren, Schrankinnentüren und Pinnwänden. Die Zettel enthalten z. B. Informationen über Essenbestellung, Untersuchungen, Prämedikation, Spritzenbeschriftung, Medikamentennamenänderung und Laboruntersuchungen.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung und Transfer-Project e.V.

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

I. Kernprozess: Dokumentation
7. Maßnahmenplanung

① ② ③

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet. Ein Beispiel:

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Überarbeitung und Neugestaltung des Formularsatzes.		X		X
2. Prüfung und Anpassung der Hardware mit dem Ziel, die Patientenakte jeweils im Arbeitsablauf mitzuführen, um die notwendigen Einträge direkt durchzuführen. Dieses schließt eine entsprechende organisatorische Anpassung der Arbeitsabläufe ein.		X		X
3. Erstellung eines Musterhandbuchs zur Führung der Dokumentation.		X		X
4. Herausgabe einer Dienstanweisung der Krankenhausleitung zur Führung der Dokumentation.	X			X
5. Absicherung der vollständigen Ausfüllung der Formulare und Formularköpfe durch alle Berufsgruppen.	X			X
6. Anweisung zur kontinuierlichen Berichtführung Pflege mit einem Eintrag pro Schicht.		X		X
7. Anweisung zur Handhabung von Handzeichen ärztlich / pflegerisch, Aktualisierung und Vervollständigung der Handzeichenliste.	X			X
8. Neuregelung über das Treffen von „Sammelanordnungen“. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
9. Erarbeitung von Laborroutinen um die Häufigkeiten der Einzelanordnungen und den damit verbundenen administrativen Aufwand abzusenken. Querabsprache Labor / Ärzte / Pflege		X		