

Informationen weitergeben bei digitaler Dokumentation

Schon länger bieten die verschiedenen Softwareprogramme auch die Möglichkeit an, die Pflegedokumentation digital zu führen. Das soll schneller gehen und zu mehr Transparenz führen, zumindest für den Pflegedienst. Die bisherige Dokumentationsmappe hatte unschätzbare Vorteile:

➤ **Die Durchführungsdocumentation musste vor Ort ausgefüllt werden!**

Die Mitarbeitenden mussten „vor den Kunden“ noch ihre Notizen und Handzeichen in der Dokumentationsmappe eintragen. Im Hinblick auf transparent erfasste Arbeitszeiten war das ein wesentlicher Vorteil: Da in den Vergütungsvereinbarungen die Dokumentationszeit zur Leistungszeit gehört, war diese (egal ob Pauschalen wie Leistungskomplexe oder Zeitabrechnung vereinbart sind) immer klar zugeordnet und richtig im Einsatz erfasst. Wenn nicht mehr in der Mappe, sondern im Smartphone (oder Tablet) erfasst wird, können Mitarbeitende den Diskussionen und kritischen Blicken der im besten Falle neugierigen Kunden oder Pflegepersonen entgehen, wenn sie nun ortsungebunden dokumentieren können: sei es im Auto oder im Büro oder natürlich weiterhin vor Ort. Da aber die Leistungszeit mit dem Betreten und Verlassen der Wohnung erfasst wird, führt die nun mögliche Dokumentation außerhalb der Wohnung zu kürzeren Leistungszeiten, aber evtl. zu längeren Wegezeiten oder Bürozeiten. Daher müssen die Mitarbeitenden bei digitaler Dokumentation die klare Arbeitsanweisung erhalten, diese weiterhin in der Wohnung des Pflegebedürftigen zu schreiben / tippen / diktieren und nicht an einem anderen Ort.

➤ **Die Pflegepersonen und Pflegebedürftigen konnten jederzeit die Eintragungen lesen!**

Jeder/e kennt die Diskussionen über unglücklich formulierte Einträge im Pflegebericht. Was vor allem deutlich wird: die Eintragungen wurden/werden gelesen und führen deshalb im Einzelfall zu Diskussionen. Andererseits konnte diese Transparenz genutzt werden, um insbesondere den Pflegepersonen konkrete Informationen oder Hinweise zukommen zu lassen. Informationen zur aktuellen Verfassung des Pflegebedürftigen oder zu fehlenden Medikamenten wurden wahrgenommen und umgesetzt. Genau diese einfache Möglichkeit des Austausches fehlt, wenn es nun keine klassische Dokumentationsmappe mehr gibt. In der übrig gebliebenen Rumpfmappe müssen lt. MuG, Punkt 3.1.4.3 (Stand 24.10.2023) zwar die Stammdaten mit den wesentlichen Diagnosen, evtl. bekannte Medikationspläne, Allergien etc., Kontaktdaten der Pflegepersonen sowie Hinweise zu Verfügungen und Vollmachten enthalten sein. Aber Möglichkeiten zum direkten Austausch von Informationen sind hier nicht mehr vorgesehen. Solche Informationen gehören in die digitale Dokumentation. Also müssen Pflegepersonen sowie auch die Pflegebedürftigen in die digitale Dokumentation schauen, was bei den allermeisten Pflegebedürftigen der Generation 80 plus natürlich „kein Problem“ darstellt. Weil sie bekanntermaßen mit den aktuellen Endgeräten sowie einem funktionierenden WLAN ausgestattet sind und sich schnell in der App der jeweiligen Pflegesoftware zurecht finden! Natürlich ist das Theorie, in Wirklichkeit verschwindet mit dem Wegfall der analogen Dokumentationsmappe viel Transparenz und die Möglichkeit, direkt oder indirekt einfach und unkompliziert durch Eintragungen nachvollziehbar und transparent zu kommunizieren.

Um diese Lücke zu schließen sollten Pflegedienste auf jeden Fall ein Blatt einfügen, dass dem direkten Informationsaustausch dienen soll. Es könnte wie das Beispiel unten aussehen. Hier ist auch gekennzeichnet, für

wen die Information ist. Die Einwände, das wäre wieder ein Rückschritt und nun müssten Eintragungen doppelt vorgenommen werden, kann man einfach entkräften: nach dem handschriftlichen Eintrag im Formular wird dieses fotografiert und das Foto in die digitale

Dokumentation eingefügt, somit entfällt das doppelte Aufschreiben. Wichtiger ist aber die nachvollziehbare Transparenz: jeder/e kann diese Einträge ohne weitere Technik lesen und zur Kenntnis nehmen.

Aktuelle Hinweise und Informationen				Seite: 5
Datum/Uhrzeit	Nachricht für			Handzeichen
	PD	Ange	Andere	
14.03.2025	x			<i>MÜ</i>
18.03.2025	x			<i>Maier</i>
25. Mrz	x			<i>MÜ</i>

PD = Pflegedienst, Ange = Angehörige oder andere Pflegepersonen; Andere = andere Personen wie Ärzte, Therapeuten etc.

Pflicht zum digitalen Zugang

Lt. MuG, Punkt 3.1.4.3. muss der Pflegedienst sicherstellen, „dass der pflegebedürftige Mensch sowie die an der Versorgung Beteiligten für ihre Leistungsbereiche plattformunabhängig und technisch barrierefrei Einsicht in die Inhalte der elektronischen Pflegedokumentation nehmen können. ... Ist dem pflegebedürftigen Menschen eine Einsicht in die elektronische Pflegedokumentation nicht möglich, hat der ambulante Pflegedienst die Pflegedokumentation dem pflegebedürftigen Menschen unverzüglich in Papierform zur Verfügung zu stellen.“

Das heißt: der Pflegedienst muss den Pflegebedürftigen und seine Pflegepersonen den Zugang zur digitalen Dokumentation ermöglichen, natürlich ohne weitere Kosten (die Kosten für die Dokumentation sind wie bisher auch in der Vergütung enthalten). Können die Pflegebedürftigen und/oder Pflegepersonen die digitalen Zugänge nicht nutzen (weil sie es nicht gelernt haben oder nicht wollen), muss der Pflegedienst die Dokumentation weiterhin unverzüglich in Papier zur Verfügung stellen! Und selbstverständlich müssen die

Pflegebedürftige über ihre Rechte aufgeklärt werden!

Tipp:

In vielen (älteren) Pflegeverträgen finden sich weiterhin nur Regelungen zur Aufbewahrung der klassischen Dokumentationsmappe, nicht aber zur Nutzung einer digitalen Dokumentation. Hier sollte jeder/e einmal die aktuellen Pflegeverträge überprüfen und evtl. die bisherigen Verträge austauschen. Denn bisher verpflichten sich die Pflegedienste ja, die Mappe mit allem vor Ort aufzubewahren.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 08/2025

© Andreas Heiber

System & Praxis Andreas Heiber

Plaßstraße 49a
33611 Bielefeld
Tel. 0521/801 8247
Fax: 0521/801 8248
E-Mail: info.heiber@SysPra.de;
www.SysPra.de