

## Modul I

# Kernprozess Dokumentation

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 1. Ziel

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

# I. Kernprozess: Dokumentation

## Teilbereiche der Untersuchung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

- ① Medizinisch-pflegerische Dokumentation
- ② Formblätter
- ③ Nebeninformationsträger

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 2. Methodik

①

### Methode:

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

### Instrument:

- Protokoll Dokumentation

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

### 1. Bereich des Protokolls: Planetteninhalt

| 1. Planetteninhalt |                          |                       |                          |                      |                          |
|--------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Stammblatt         | <input type="checkbox"/> | Pflegebericht         | <input type="checkbox"/> | ggf. Bilanzierung    | <input type="checkbox"/> |
| Pflegeanamnese     | <input type="checkbox"/> | Durchführungsnachweis | <input type="checkbox"/> | ggf. Lagerung        | <input type="checkbox"/> |
| Pflegeplan         | <input type="checkbox"/> | Überwachungsbogen     | <input type="checkbox"/> | ggf. Sonstige        | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          |                       |                          | ggf. Anzahl Sonstige | <input type="checkbox"/> |

- 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!

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

### 2. Bereich des Protokolls: Pflegeanamnese/-plan

| 2. Pflegeanamnese |                          | 3. Pflegeplan |                          |
|-------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Vorhanden         | <input type="checkbox"/> | Vorhanden     | <input type="checkbox"/> |
| Unterschrift      | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| Vollständig       | <input type="checkbox"/> |               |                          |

- 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

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 3. Aufbau und Anwendung des Instruments

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   |    |    |         |

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 3. Aufbau und Anwendung des Instruments

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 |     |    | Pflege |     |    |
|------|-----|----|--------|-----|----|
| SOLL | IST | AV | SOLL   | IST | PV |
|      |     |    |        |     |    |
|      |     |    |        |     |    |
|      |     |    |        |     |    |
|      |     |    |        |     |    |
|      |     |    |        |     |    |
|      |     |    |        |     |    |
|      |     |    |        |     |    |



# I. Kernprozess: Dokumentation

## 3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

### 4. Bereich des Protokolls: Pflegebericht

| 5. Berichteinträge Pflege |                 |              |
|---------------------------|-----------------|--------------|
| Nr.                       | Datum / Schicht | Vorhanden    |
| 1                         |                 |              |
| 2                         |                 |              |
| 3                         |                 |              |
| 4                         |                 |              |
| 5                         |                 |              |
| $\Sigma$ SOLL             |                 | $\Sigma$ IST |
|                           |                 | Fortlaufend  |

- 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

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 4. Auswertung

①

Ablauf der Auswertung:

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

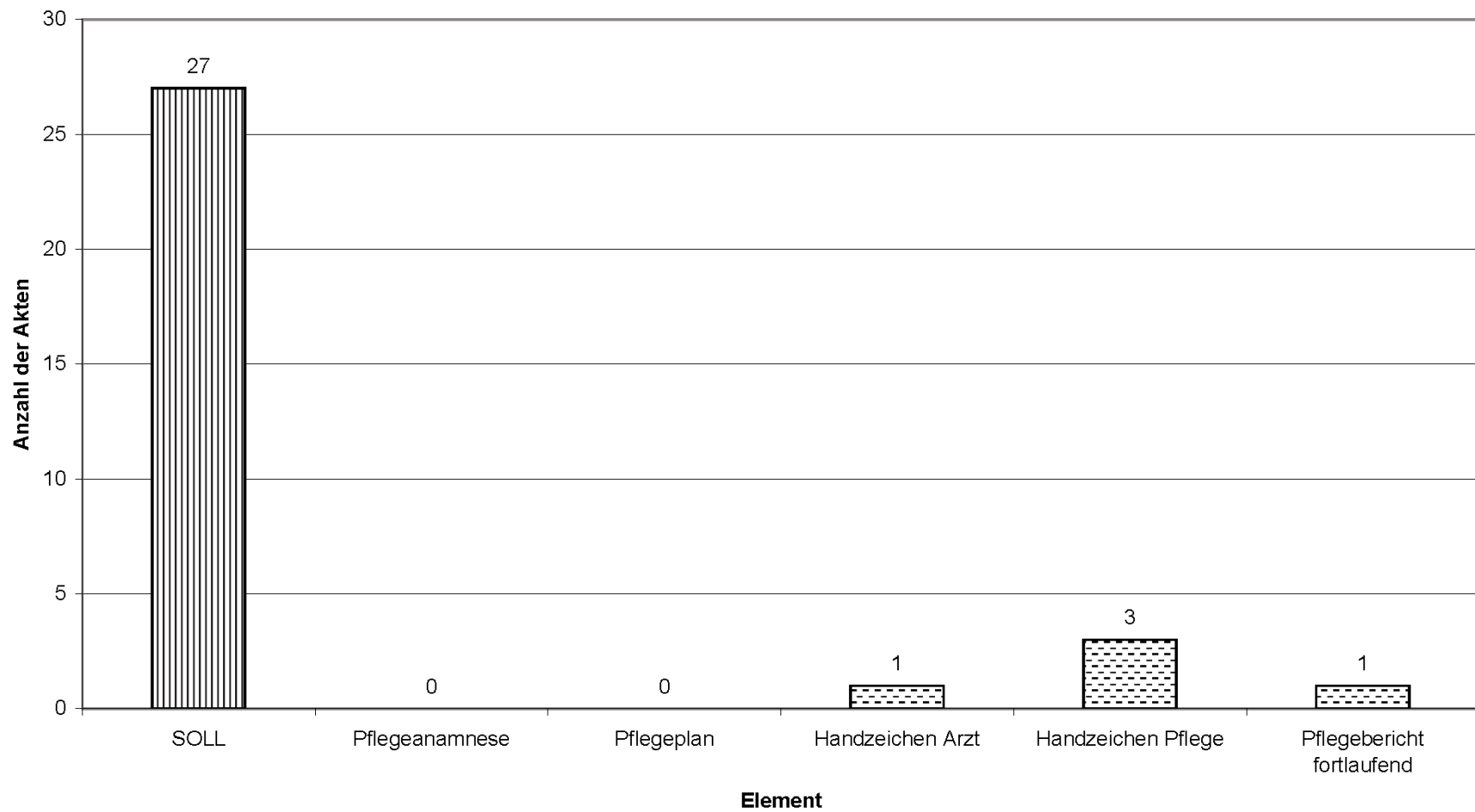
# I. Kernprozess: Dokumentation

## 5. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Vollständigkeit der Akten - GESAMT

1



# I. Kernprozess: Dokumentation

## 6. Ergebnisse

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.

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 2. Methodik

②

### Methode:

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

### Instrument:

- Protokoll Formblätter

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 3. Aufbau und Anwendung des Instruments

②

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

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

| Protokoll Formblätter   |
|---|
| Name des Formblatts:  |
| <b>Bemerkungen:</b><br>(z.B. Hersteller, Bestell-Nr., Nicht-Benutzung des Formblatts oder einzelner Felder) |

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 4. Auswertung

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.

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 6. Ergebnisse

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.



# I. Kernprozess: Dokumentation

## 2. Methodik

③

### Methode:

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

### Instrument:

- Protokoll Nebeninformationsträger

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 3. Aufbau und Anwendung des Instruments

- 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**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 4. Auswertung

③

Ablauf der Auswertung:

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

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 6. Ergebnisse

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.

# I. Kernprozess: Dokumentation

## 7. Maßnahmenplanung

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

①

②

③

| Maßnahmen „Dokumentation“   | kurzfristig | mittelfristig | langfristig | Gesamt KH |
|---|-------------|---------------|-------------|-----------|
| <b>A) organisatorische Maßnahmen</b>  |             |               |             |           |
| 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 Formulköpfe 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             |             |           |