



PFLEGE

Stefanie Hellmann | Michael Trumpke-Oehlhorn

Die tagesstrukturierte Pflegeplanung

Die individuelle und kompakte
24-Stunden-Planung

4., aktualisierte Auflage

S

schlütersche


Stefanie Hellmann | Michael Trumpke-Oehlhorn

Die tagesstrukturierte Pflegeplanung

Die individuelle und kompakte 24-Stunden-Planung

4., aktualisierte Auflage

schlütersche



Stefanie Hellmann ist staatlich examinierte Altenpflegerin, Diplom-Pflegewirtin (FH), Qualitätsmanagement-Auditorin (QMA-TÜV) und Dozentin in der Altenpflege. Sie arbeitet als Heimleiterin einer Altenpflegeeinrichtung.

Michael Trumpke-Oehlhorn ist staatlich examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Diplom-Pflegewirt (FH), Qualitätsmanager (CQa) und Case Manager (Univ.). Er arbeitet teils angestellt, teils freiberuflich als Qualitätsmanager in Altenpflegeeinrichtungen.

*Alternde Menschen sind wie Museen:
Nicht auf die Fassade kommt es an,
sondern auf die Schätze im Innern.*

JEANNE MOREAU



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-252-2 (Print)

ISBN 978-3-8426-8433-1 (PDF)

**© 2013 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autoren und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | glcons.de
Titelbild: Diego Cervo, Arunas Gabalis – 123rf.com
Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

7	Einige pflegfachliche Aspekte	134
	7.1 Der gerontopsychiatrisch veränderte Mensch	134
	7.2 Die Individualität des zu pflegenden Menschen	135
	7.3 Die biografische Informationssammlung	135
	Schlussbemerkungen	137
	Literatur	139
	Register	140

VORWORT ZUR 4., AKTUALISIERTEN AUFLAGE

Dieses Buch erscheint mittlerweile in der vierten Auflage. Die ersten drei Auflagen trugen im Untertitel die schöne Verheißung: »Ein Beitrag zur Entbürokratisierung der Pflegeprozess-Dokumentation«. Damit bezogen wir uns damals auf ein in der ersten Hälfte der 2000er-Jahre durchgeführtes Projekt der Bayerischen Staatsregierung, die eine Arbeitsgruppe beauftragt hatte, nach Möglichkeiten der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu suchen. Ähnliche Bemühungen gab es auch in anderen Bundesländern. So beschäftigte sich in Hamburg eine Arbeitsgruppe im Auftrag der Stadt mit der gleichen Frage (vgl. Arge EPH 2007).

Über Entbürokratisierung in der Pflege wird nach wie vor viel geredet. Nachdem bisher nicht viel dabei herausgekommen ist, stellt sich die Frage, was man in dieser Hinsicht für die Zukunft erwarten darf. Woran das liegen könnte, darüber wollen wir in Kapitel 1 ein wenig nachdenken.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses und den erforderlichen Elementen der Pflegedokumentation. Darin geht es nicht nur um Leberkäsbrötchen.

Der titelgebenden tagesstrukturierten Pflegeplanung widmet sich schließlich das dritte Kapitel. Darin müssen Adam und Eva dafür herhalten, dass es diese Pflegeplanung überhaupt gibt: Es geht also zunächst um grundsätzliche Überlegungen darüber, wie man Pflegemaßnahmen an die Frau / an den Mann bringt, bevor die tagesstrukturierte Pflegeplanung erläutert wird.

Zum Schluss kommen in Kapitel 4 einige pflegfachliche Aspekte zur Sprache.

Schließlich noch zwei grundsätzliche Anmerkungen:

Der Ton ist in diesem Buch an der einen oder anderen Stelle vielleicht von einer Art, die mancher möglicherweise als schnoddrig bezeichnen würde. Insbesondere ist von einem alten Herrn die Rede, der als »alter Adam« bezeichnet wird. Es wäre schade und unserem Anliegen sicher nicht gerecht, wenn uns dies als Geringschätzung alter Menschen ausgelegt würde. Denn indem wir darlegen, dass es im Prinzip keinen Unterschied gibt zwischen jungen und alten Menschen, von ein paar allerdings oft schwerwiegenden Nebensächlichkeiten abgesehen (wie zum Beispiel die Frage, ob ich noch in der Lage bin, mir selber warme Füße zu holen), sollte deutlich werden, dass die alten Menschen wir alle sind, auch wenn wir jung sind. Es ist nur eine Frage der Zeit.

Die zweite Anmerkung ist ebenso unvermeidlich wie berechtigt: Im Interesse einer flüssigeren Lesbarkeit haben wir auf geschlechtsdifferenzierende Schreibweisen geschlechtsspezifischer Begriffe verzichtet. Wenn nur die männliche oder nur die weibliche Schreibweise verwendet wurde, ist das andere Geschlecht immer eingeschlossen, es sei denn, der Sinn des Gesagten stünde dem entgegen.

ENTBÜROKRATISIERUNG UND PFLEGEDOKUMENTATION

1.1 Bürokratie – Was ist das überhaupt?

Wenn man heute Beschäftigte in der Altenpflege fragt, ob nach ihrem Eindruck angesichts mehrfacher Bemühungen um die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation der Dokumentationsaufwand abgenommen hat, bekommt man häufig ein spöttisches Lachen zur Antwort. Bei den durch die politisch initiierten oder durch anderweitige Bemühungen angestrebten Versuchen zur Eindämmung des bürokratischen Aufwandes ist nicht viel herausgekommen. Vermutlich ist eher das Gegenteil der Fall. Auf der Suche nach Gründen kann man über einige Gesichtspunkte nachdenken:

Zunächst scheint uns die Verwendung des Begriffes *Bürokratie* und demzufolge *Entbürokratisierung* nicht ganz angemessen. Denn Bürokratie an sich ist nichts Schlechtes. Es heißt nichts anderes, als dass Menschen mit und in Institutionen auf eine bestimmte, festgelegte Weise miteinander umgehen und über diesen Umgang sozusagen Buch führen, damit alles für alle nachvollziehbar, transparent, einleuchtend und gerecht bleibt. Bürokratische Gestaltung von Vorgängen

- sorgt für **Sicherheit**, denn jeder, der damit zu tun hat, weiß, worauf er sich stützen und berufen kann;
- sorgt für **Dauerhaftigkeit**, sodass man sicher sein kann, dass eine Regelung nicht nur heute, sondern auch morgen gilt;
- sorgt für **Zukunftsorientierung**, weil man aus den bürokratischen Aufzeichnungen der Vergangenheit und Gegenwart Schlüsse zur künftigen Fehlervermeidung ziehen kann;
- sorgt für **Berechenbarkeit** und **Objektivität**, denn das Handeln ist nicht mehr dem Gutdünken des Einzelnen unterworfen;
- sorgt für **geregelt Zuständigkeiten**, indem sie bestimmt, dass nur derjenige etwas ausführt, der über das Können und die Berechtigung verfügt;
- sorgt für **ungehinderten Informationsfluss**, weil man über einen Sachverhalt aus schriftlichen Aufzeichnungen erfahren kann und nicht auf die Gegenwart dessen angewiesen ist, der den Sachverhalt erlebt hat und mündlich wiedergibt.

Bürokratie hat allerdings auch Nachteile, die immer dann eintreten können, wenn bürokratische Verfahren an sich mehr gelten als der Zweck, für den sie geschaffen wurden. Dann kippen ihre Vorteile ins Gegenteil um:

- Es entsteht ein **Irrgarten von Zuständigkeiten**, weil sich vor lauter kleinkleiner Regelung niemand mehr zuständig fühlt.¹
- Die Gefahr von **Rechtsverstößen** wird größer, denn wenn alles rechtlich geregelt ist, nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass man sich – und sei es aus Versehen – regelwidrig verhält.
- Es kommt zur **Einschränkung der Entscheidungsfreiheit**, wenn alles bis ins Kleinste geregelt ist und es deshalb keine Freiräume mehr gibt.
- Es kommt zur **Expertenherrschaft**, denn diejenigen, die sich im bürokratischen Regelwerk gut auskennen, haben einen Vorteil gegenüber jenen, die damit nicht so vertraut sind.

Wenn es so weit gekommen ist, dann steht man dem Zombie Gurkenkrümmungsverordnung² gegenüber. Doch dann sollte man nicht mehr von Bürokratie, sondern von Bürokratismus sprechen. Das Problem mit der Bürokratie ist also nicht, dass es sie gibt, sondern dass die Gefahr besteht, dass sie sich ändernden Bedingungen, Zwecken und Zielen widersetzt und auf diese Weise sinnlos wird.

1.2 Bürokratie in der Pflege?

Aber auch dann wäre fraglich, ob wir denn in der Pflege einen überbordenden Bürokratismus haben, den es abzubauen gilt. Denn es ist in der Pflege ja nicht anders als in anderen Bereichen des Miteinanders auch: Je komplizierter die Lebensverhältnisse werden, je mehr die Beziehungen zwischen Menschen und Institutionen sich verrechtlichen, je mehr es darauf ankommt, Daten nicht nur zu sammeln, sondern zum Zweck der Erkenntnisgewinnung auch auszuwerten, desto unumgänglicher ist es, dass man sich dazu auf Handfesteres stützen muss als auf das gesprochene Wort.

Das ist ein Grund, warum die Pflege nicht umhin kommt, das, was sie getan hat, tut und tun will, schriftlich und dauerhaft darzustellen.

Die ausschlaggebende Frage lautet: Ist das, was zu dokumentieren ist, aus pflegefachlichen Gründen zu dokumentieren? Mit anderen Worten: Haftungsrechtliche Gründe und die Anforderungen durch MDK und Heimaufsicht sollten nicht der erste Grund, sondern die Folge der Dokumentationsnotwendigkeiten in der Pflege sein.³ Deshalb

¹ Sehr anschaulich dargestellt in dem Film Asterix und Obelix: Die zwölf Arbeiten des Asterix. Asterix und Obelix versuchen, im »Haus, das Verrückte macht«, einen »Passierschein A38« zu ergattern. Das ist Bürokratie – nein: Bürokratismus.

² Doch, doch, die gab's bis vor nicht allzu langer Zeit wirklich, siehe Wikipedia 2012, S. Gurkenverordnung. Darin war ein maximal zulässiger Krümmungsradius von Gurken geregelt. Frische und nahrhafte, aber zu krumme Gurken wanderten auf den Kompost.

³ Was nicht heißt, dass an der Art und Weise, wie Heimaufsicht und MDK in manchen Fällen auftreten, oder gar am »System FQA-MDK« keine Kritik zu üben wäre ...

müsste den Berufsangehörigen selbst eine Dokumentation ihrer eigenen Leistungen am meisten am Herzen liegen.

Viele Pflegenden verstehen durchaus den Zusammenhang zwischen Schriftlichkeit und Professionalisierung. Wenn sie sich aber dennoch über den hohen Dokumentationsaufwand beklagen, wenn ihnen Wortführer aus der Politik Recht geben und einmal mehr »Bürokratieabbau« fordern, aber an dem Problem sich über Jahre hinweg nichts ändert: Woran kann das liegen? Jammern die Pflegenden zu viel? Machen Politiker leere Versprechungen? Darauf gibt es, wie so oft, kein eindeutiges »Ja« oder »Nein«. Aber man kann Vermutungen anstellen und Hinweise suchen:

Der Dokumentationsaufwand, den die Pflegenden betreiben müssen, hat in den vergangenen Jahren ja tatsächlich zugenommen. Es wird zwar nicht erwartet, dass jedes gesprochene Wort, jede einzelne Handreichung aufgeschrieben wird. Erwartet wird aber, dass die Versorgung eines Pflegebedürftigen lückenlos und individuell dokumentiert wird. Es beginnt

- mit dem **Erstgespräch** zwischen Bewohner und Pflegenden zu Beginn des Pflegeauftrags,
- der systematischen **Evaluation der Eingewöhnungszeit**
- und der Ergründung der **Biografie**.

Es wird fortgesetzt, indem die bisher gewonnenen und weiter zu erhebenden Erkenntnisse in die schriftlich zu erstellende Pflegeplanung münden:

- mit der Erhebung einer **Pflegeanamnese**;
- mit anschließender Setzung von **Zielen**, was man dem Bewohner mit der Pflege eigentlich Gutes tun will;
- mit der Planung der **Maßnahmen**, wie man die gesteckten Ziele erreichen will;
- bis hin zur regelmäßig sich wiederholenden Reflexion in Pflegebericht und **Evaluation**, wie es bisher gelaufen ist;
- mit sich daran anschließender, gegebenenfalls erforderlicher **Modifikation** der Pflegeziele und Interventionen.

Aber das ist ja nicht alles:

Erwartet wird weiterhin, dass zur Ergründung von Risiken, Problemen und Ressourcen des zu Pflegenden verschiedene Screening-, Assessment- und Analyseinstrumente zum Einsatz kommen, deren Anwendung natürlich in regelmäßigen Abständen zu wiederholen ist, um Veränderungen in den Risiken, Problemen und Ressourcen lückenlos nachvollziehen zu können.

Weil man davon ausgeht, dass trotz dieser umfangreichen und wiederholt durchgeführten Screenings, Assessments, Analysen und Protokollierungen etwa schiefliegen

kann, wird obendrein die regelmäßige Durchführung, Dokumentation und Auswertung von Pflegevisiten erwartet.⁴ Und ob die sich aus der Auswertung der Pflegevisite ergebenden Interventionen umgesetzt wurden, ist natürlich auch zu prüfen und – logisch! – zu dokumentieren.

1.3 Zusätzliche, verpflichtende Anforderungen an die Pflegenden

Werfen wir schließlich noch einen Blick auf die Expertenstandards. Die Publikationen des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege sind sicher keine leichte Lektüre. Sie verlangen vom Leser die Bereitschaft, sich auf einen Text einzulassen, der wissenschaftlich geprägt ist. Erste Adressaten der Expertenstandards sind nicht etwa Leitungskräfte (womöglich mit wissenschaftlich-akademischer Ausbildung), die die Erkenntnisse und Handlungserfordernisse an die nachgeordneten Pflegefachkräfte nach entsprechender Aufbereitung weitergeben. Nein: Adressat der Expertenstandards ist jede Pflegefachkraft. Denn wie wäre sonst zu verstehen, dass in den Struktur- und Prozesskriterien ausdrücklich auf die vielfältigen Kompetenzen der Pflegefachkräfte abgehoben wird? Schauen wir uns beispielsweise anhand des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege (in seiner 1. Aktualisierung 2010) an, was von Pflegefachkräften erwartet wird:

- **Aktuelles Wissen** zur Entstehung eines Risikos sollen sie präsent haben.
- **Techniken beherrschen** sollen sie, um mit dem jeweiligen Risiko im Pflegehandwerk richtig umgehen zu können.
- Über **Beurteilungsfähigkeit** sollen sie verfügen, um den Einsatz von Techniken und Hilfsmitteln angemessen zu handhaben.
- Die **unverzügliche Zugänglichkeit von Hilfsmitteln** müssen sie kraft ihrer Kompetenz gewährleisten können.
- Die **Fähigkeit zur Information, Schulung, Anleitung und Beratung** sollen sie besitzen, um Patienten bzw. Bewohner und Angehörige aufklären zu können.
- **Beurteilungsfähigkeit und Kompetenz zur Evaluation** der Maßnahmen wird erwartet.
- Eines **systematischen Vorgehens** sollen sie sich befleißigen, um das Risiko bei allen Bewohnern erkennen zu können.
- Und schließlich obliegt ihnen die **Planung und Koordination multidisziplinärer Behandlungen** in Abstimmung mit beteiligten Berufsgruppen.

⁴ Die Pflegevisite wird von vielen Autoren, Angehörigen des Pflegeberufs, MDK und Heimaufsicht als wichtiges, häufig auch als *das* Instrument zur Qualitätssicherung in der Pflege gesehen. Warum eigentlich? Dient denn nicht bereits die regelmäßige Evaluation und Überarbeitung der Pflegeplanung der Prüfung der Frage, ob die angestrebte Qualität in der Pflege eines Bewohners erreicht wurde? So gesehen wäre die Forderung nach Durchführung der Pflegevisite ein indirektes Eingeständnis, dass die regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung zur Prüfung der Pflegequalität nur bedingt taugt ...

Entsteht da nicht vor dem geistigen Auge das Bild einer Pflegefachkraft,

- die sich **eigeninitiativ aktuelles Wissen** beschafft;
- auf dessen Grundlage sie die **neuesten Techniken** beherrscht;
- die um die **Bereitstellung von Hilfsmitteln** nicht nachsuchen muss, weil sie **kraft ihrer Kompetenz** bereits für deren Vorhandensein gesorgt hat;
- die über **pädagogisch-didaktisches Geschick** verfügt, Bewohnern und Angehörigen manchmal nicht einfach zu verstehende pflegerisch-medizinische Sachverhalte so zu vermitteln, dass sie verstanden werden;
- die ihr eigenes Handeln **kritisch reflektieren, revidieren und modifizieren** kann;
- die dies alles **systematisch, regelmäßig, effizient und nachvollziehbar** (→ Dokumentation!) gestaltet;
- und **auf die man hört, in Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen** an der Versorgung des Bewohners beteiligten **Instanzen**, wenn sie etwas zum Umgang mit einem Risiko mitzuteilen hat?

Gesetzgeber und Rechtsprechung gehen von solchen souverän agierenden, selbstbewussten, mündigen, entscheidungs- und handlungskompetenten Pflegefachkräften aus. § 113b SGB XI erklärt die Expertenstandards für Pflegeeinrichtungen für verbindlich. Gerichte ziehen Expertenstandards als »vorgezogenes Sachverständigengutachten«⁵ heran, um zu beurteilen, ob in einer Einrichtung auf der Grundlage des aktuellen Standes der Wissenschaft gehandelt wurde.

Erfahrungen aus der Praxis scheinen jedoch zu zeigen, dass die Expertenstandards vielen Pflegenden zwar bekannt sind, ihnen jedoch die Umsetzung im pflegerischen Alltag nicht ganz leicht fällt, geschweige denn, dass die Aktualisierungen der Standards umgesetzt werden. Dieser subjektive Eindruck kommt nicht von ungefähr, er wird durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) untermauert. In seinem im April 2012 erschienenen 3. Bericht zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege äußert er sein Unverständnis darüber, dass in 20 bis 33 Prozent aller Einrichtungen die »wesentlichen Grundlagen« und der »aktuelle[...] Wissenstand« aus den Expertenstandards nicht berücksichtigt werden⁶, obwohl doch die Einrichtungen gesetzlich dazu verpflichtet seien.

⁵ Juristen drücken sich manchmal etwas seltsam aus. Mit »vorgezogenes Sachverständigengutachten« meinen sie nur, dass man nicht erst warten muss, bis die Sachverständigen kommen, um ein Gutachten zu schreiben, denn die Sachverständigen waren quasi schon da: Sie haben die Expertenstandards verfasst.

⁶ MDS 2012, S. 20, S. 25

1.4 Was haben wir also, was brauchen wir?

Wenn man alles bisher Ausgeführte rekapituliert, dann haben wir offenbar in der Pflege:

- die **Notwendigkeit gewissenhafter Dokumentation**, an deren Umfang und Ausführlichkeit sich wenig ändern lässt;
- **Pflegende**, die durch Umfang, Systematik und teils wissenschaftlichen Anspruch der Dokumentation überlastet bzw. überfordert sind;
- wiederholte, doch bisher weitgehend **erfolglose Anstrengungen**, die Pflegedokumentation **zu entbürokratisieren**.

Wenn es so ist, bleibt eigentlich nur ein Schluss: Die Pflegenden selbst müssen in die Lage versetzt werden, die Ansprüche, die die moderne Pflege und die notwendige Pflegedokumentation stellen, aus eigener Kraft und eigenem Können heraus zu bewältigen. Um es kurz zu machen: mehr Pflegende, höherwertige Ausbildung! Hier kann ein weiteres Mal der MDS als Referenz für die Richtigkeit der Forderung herangezogen werden:

Was die Forderung nach einem Mehr an Pflegenden anbelangt, so pflichtet er zumindest indirekt bei: Um ihre Aufgaben bewältigen zu können, haben nämlich die MDK in den Bundesländern ihr Personal aufgestockt, berichtet der MDS in seinem diesjährigen Qualitätsbericht⁷. Es wäre praktisch, wenn man in der Pflege ebenso verfahren könnte: Die Arbeitsanforderungen steigen? Nun, dann stellen wir einfach mehr Personal ein! – Schön wär's, doch leider fehlt für die Personalbemessung in der Pflege weiterhin ein überzeugendes, begründetes Verfahren.⁸ Und dabei wird der Fachkräftemangel immer größer ...

Auch die Notwendigkeit einer höherwertigen Ausbildung wird gesehen: Laut MDS ist die Ergebnisqualität von Prüfungen »... umso höher, je qualifizierter die Mitarbeiter waren. ... Die Prüfergebnisse zeigten ... eine positive Korrelation mit dem Ausbildungsstand der Mitarbeiter ...«⁹

Nun, wenn das der MDS so sieht, dann könnte die Gleichung so einfach sein: Mehr Personal + höhere Ausbildung = höhere Pflegequalität. Das sagen die Pflegenden und ihre Berufsverbände schon lange. Doch werden sich die Pflegenden darum wohl selbst kümmern müssen, denn es nicht zu erkennen, dass es jemand anderes (»die Politiker«)

⁷ Ebd., S. 127

⁸ Was hingegen nicht fehlt, ist diese ungute Wahrnehmung: »Die Ungleichbehandlung in der Bewilligung und Refinanzierungssystematik von Personal für die Leistungserbringer und für die externen Prüfbehörden erweckt den Eindruck, dass externen Qualitäts- Prüfstellen eine höhere politische Wertschätzung entgegen gebracht wird als Personal in der direkten Pflegearbeit. Dies muss sich ändern.« (Forke 2012, S. 4)

⁹ MDS 2012, S. 185

macht. Leider klagen viele Pflegende immer noch, dass sie keine Lobby haben. Aber ist es nicht mit der Lobby wie mit dem Stau auf der Autobahn? Dort steht man doch nicht im Stau, sondern *ist* der Stau (oder wenigstens ein Teil davon). Welchen Sinn hat es also, auf eine Lobby zu warten, wer sollte die denn bilden? Wäre es nicht folgerichtig, dass sich Pflegende deutlich vernehmbar für die Belange ihres Berufes selber einsetzen – mit anderen Worten: ihre Lobby selber bilden? In diesem Zusammenhang lassen die Bestrebungen in einigen Bundesländern hoffen, Pflegekammern¹⁰ zu gründen, deren Aufgabe es u. a. wäre, Ausbildung und Fortbildung zu regeln und den Berufsstand geschlossen nach außen zu vertreten.

Kehren wir vor diesem Hintergrund noch einmal für einen Moment zurück zur Pflegedokumentation und der Frage ihrer Vereinfachung. Eine starke Stellung der beruflich Pflegenden hätte gewiss auch Auswirkungen auf die Dokumentation. Denn wenn selbstbewusste und selbstsichere Pflegende dokumentierten, würde sich die bisherige Motivationslogik, die der Dokumentation zu Grunde liegt, umkehren: Nicht mehr als »Verteidigungsdokumentation«,¹¹ mit deren Hilfe sich die Pflegenden gegenüber MDK, Heimaufsicht und Gerichten rechtfertigen müssen, würde Dokumentation gesehen werden. Vielmehr würden die Pflegenden deshalb dokumentieren, weil sie von drei Gesichtspunkten überzeugt wären:

- Pflegedokumentation dient der Darstellung der eigenen beruflichen Leistungen.
- Pflegedokumentation ist Handwerkszeug für eine verlässliche, systematische, zielorientierte und sich ständig weiterentwickelnde Pflege.
- Und dies vor allem: Mit Pflegedokumentation geht es dem Bewohner besser als ohne.

Der letzte Punkt ist der wichtigste. Letztlich steht und fällt mit ihm die Notwendigkeit der Pflegedokumentation.

Wenn wir Pflegende nach diesen Gesichtspunkten handeln würden, dann wäre Pflegedokumentation »unser Ding« und nicht, wie bisher oft empfunden, von außen her-angetragene Forderung. Dann würden vor allem Pflegende bestimmen, wie Doku-

¹⁰ Schleswig-Holstein hat das jetzt geschafft. In Mecklenburg-Vorpommern lässt Sozialministerin Manuela Schwesig immerhin die Pflegekräfte befragen, ob sie eine solche Pflegekammer haben möchten.

¹¹ Dieser treffende Begriff fiel auf einem Symposium des Instituts für Qualitätssicherung in der Pflege in München im November 2012. Das Symposium stand unter der Fragestellung: »Pflegedokumentation: Zeitverschwendung oder Instrument der Qualitätssicherung?« Die Referenten äußerten mehrfach ihren Eindruck, dass eben auch dies zum Gefühl der Zeitverschwendung beiträgt, das Pflegende beim Dokumentieren haben, nämlich: dass sie nicht für sich, sondern für andere (MDK, FQA usw.) dokumentieren, weil die von den Pflegenden eine schriftliche Rechtfertigung ihres Tuns erwarten. Dass die Pflegedokumentation sich eher an Erwartungen der Prüfinstanzen orientiert statt an pflegefachlichen Aspekten, befand auch schon 2007 das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in einem umfangreichen »Handbuch für die Pflegeleitung«, das Hilfestellung zur Pflegedokumentation im stationären Bereich geben sollte. Es sei »auffallend«, schreiben die Autoren, dass »pflegefachliche Aspekte und die inhaltliche Neuausrichtung des Dokumentierens in der öffentlichen Diskussion eine eher nachgeordnete Rolle spielen.« (BMFSFJ 2007, S. 1). Eine Antwort auf die Frage, warum das so ist, geben die Autoren leider nicht.

mentation auszusehen hat. Vermutlich würde eine einheitliche Fachsprache, eine weitgehende Umstellung der Dokumentation auf (gute!) Software und die Beschränkung auf das pflegefachlich, pflegewissenschaftlich, rechtlich und praktisch Notwendige ganz von selbst zu einer Verringerung des Dokumentationsaufwandes beitragen.

Vorerst jedoch bleibt die ernüchternde Beurteilung von Franz Wagner, Vize-Präsident des Deutschen Pflegerats, in seinem Vorwort zur Aktualisierung des Expertenstandards Dekubitus: »Qualität ist ... oft nur ein Feigenblatt. Denn der strapazierte Begriff Qualität soll häufig nur die Nebenwirkungen von Fehlsteuerungen und Fehlanreizen kaschieren und die Nutzer des Systems in Sicherheit wiegen. [Es ist] ... oft nur eine leere Floskel für die Kapitulation der Politik vor der Komplexität des Systems und der starken Lobby aus Pharmaindustrie und Ärzteschaft.«¹² Wenn man in Wagners Aussage den von ihm in den Blick genommenen Begriff »Qualität« durch den Begriff »Pflegedokumentation« ersetzt, dürfte auch eine richtige Einschätzung herauskommen.

Die Pflegedokumentation: Woraus muss die eigentlich bestehen? Dazu ein paar Ausführungen im nächsten Kapitel, an das sich dann die Erläuterung der tagesstrukturierten Pflegeplanung anschließt.

¹² Wagner 2010, S. 5

PFLEGEPROZESS UND PFLEGEDOKUMENTATION

Wenn wir oben bezweifelt haben, dass es Bürokratismus in der Pflege gibt, müssen wir hier die Einschränkung machen: vielleicht doch, hier und da. Denn wie unsere Erfahrung aus verschiedenen Einrichtungen zeigt, neigen manche Pflegenden dazu, aus Unsicherheit, aus Angst vor MDK und Heimaufsicht, aus Furcht vor der Pflegedienstleitung (deren Eignung für dieses Amt in diesem Fall zweifelhaft wäre) oder sonstigen Gründen, zu viel und/oder mehrfach zu dokumentieren. Bürokratismus in der Pflege wäre dann ein hausgemachtes Problem oder eines einer ungeeigneten Pflegedokumentationssystematik.

Deshalb stellt sich die Frage, was denn eigentlich alles zu dokumentieren ist. Oder anders formuliert: Aus welchen Bestandteilen besteht die Pflegedokumentation? Wer gibt uns da Antwort? Nun, erst mal das Leberkäsbrötchen.

1. Meine **Informationssammlung**, die, von der Wiege bis zur Bahre, immer wieder, mehrmals täglich aufs Neue aufgefrischt wird: Ich bin ein Wesen, das in kurzen Abständen Hunger leidet, der gestillt werden muss, um das Weiterleben zu sichern.
2. Ich **erkenne** meine **Probleme und Ressourcen**:
 - Problem: Ich habe Hunger.
 - Ressource: Ich verfüge über Mittel, Wege und Wissen, dieses Problem zu lösen.
3. Ich **lege** mein **Ziel**¹³ **fest**: Mein Hunger soll weg sein.
4. Ich **plane** eine geeignete **Maßnahme**: Kauf eines Leberkäsbrötchens beim Metzger um die Ecke.
5. Ich **führe** die **Maßnahme durch**: Ich gehe zum Metzger, kaufe das Leberkäsbrötchen und esse es.
6. Ich **evaluiere**: Ist der Hunger weg, hat es geschmeckt? Falls ja, ist das Problem gelöst und der Prozess abgeschlossen. Falls nein, muss ich überlegen, ob ich nicht mein Ziel ändern muss (ja, Hunger weg, aber nie wieder mit Leberkäsbrötchen [bääh], sondern besser mit einem Apfel), oder ob ich meine Maßnahme ändern muss (zum Obsthändler gehen statt zum Metzger).

Im Prinzip ist das der sechsstufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier. Nur, dass er sich auf mich bezieht statt auf meinen Bewohner. Und dass er zur Lösung eines nur kleinen, schnell behebbaren Problems dient. Deswegen muss ich auch keine Aufzeichnungen anfertigen.

¹³ Ziel: = erstrebenswerter Zustand in der Zukunft.

Mein Bewohner, für den ich sorgen muss, steckt hingegen in größerem Schlamassel. Er hat in der Regel mehrere Probleme, die meist nicht auf die Schnelle zu lösen sind. Und über die und deren Lösung ich den Überblick verlieren würde, wenn ich keinen ordentlichen, schriftlichen Plan aufstelle, der obendrein dazu dient, andere weiterarbeiten zu lassen, während ich am Wochenende dienstfrei und mir fest vorgenommen habe, nicht ans Telefon zu gehen, wenn die Einrichtung anruft, ob ich nicht einspringen könnte.

Wenn wir uns also einig sind, dass die Aufstellung eines ordentlichen, schriftlichen Plans sowohl meinem Bewohner wie auch mir wie auch meinen Kolleginnen und Kollegen¹⁴ nützt, und wenn ich weiß, dass der schriftliche Plan deshalb erforderlich ist, weil der Prozess, den der Plan beschreiben soll, nicht ganz einfach ist und über längere Zeit verlaufen soll, dann gehe ich am besten Schritt für Schritt vor: Ich schaue, welche Aufzeichnungen bei welchem Schritt des Prozesses zweckdienlich sind. Beim Leberkäsbrötchenprozess käme ich noch mit wenigen Dokumenten aus: Da wären beispielsweise der 5-Euro-Schein als Nachweis meiner Ressource zur Bewältigung des Problems, der Kassenzettel als Durchführungsnachweis der Kaufmaßnahme, ein Eintrag ins Tagebuch als Reflexion und Evaluation des Erfolgs.

Beim Pflegeprozess wird es umfangreicher. Folgend eine tabellarische Übersicht, zu welchem Schritt des Pflegeprozesses welche Elemente der Dokumentation gehören:

¹⁴ ... und vielleicht auch anderen Menschen, die sich für meine Arbeit interessieren: die PDL, der MDK, die Angehörigen, ein Pflegewissenschaftler, der beweisen will, dass in meiner Einrichtung die Dekubitusrate niedriger ist als im Landesdurchschnitt ...