

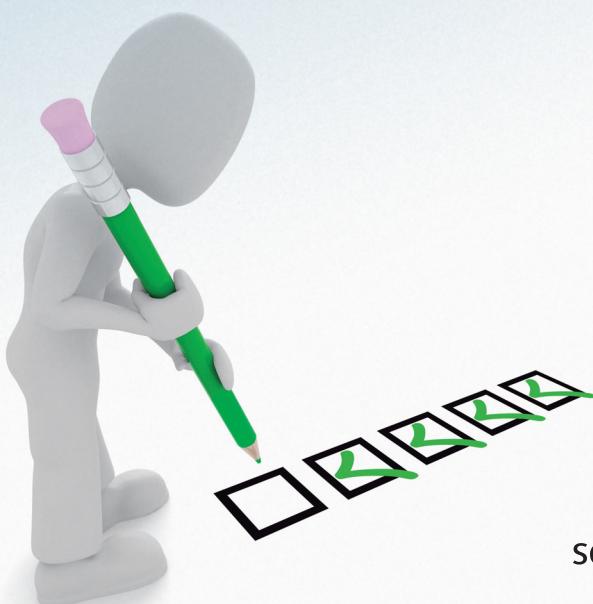
Jutta König

Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders

Mit fünf Bereichen alles erfassen
und perfekt dokumentieren

PFLEGE

kolleg



schlütersche



Jutta König

Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders

PFLEGE *kolleg*

Mit fünf Bereichen alles erfassen
und perfekt dokumentieren

schlütersche

Jutta König ist Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung, Wirtschafts-diplombetriebswirtin Gesundheit (VWA), Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet sowie beim Landessozialgericht Mainz, Unternehmensberaterin, Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Haftungs- und Betreuungsrecht.

*Will die Schwester nicht wie bisher
Amboß sein, muß sie eiligst anfangen,
Hammer zu werden und ihr Geschick
nicht willenlos aus den Händen
anderer zu nehmen, sondern es selbst
zu gestalten.*

AGNES KARLL (1889)

Die Autorin

Jutta König

Pflege-Prozess-Beratung

Eichendorffweg 10

65205 Wiesbaden

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 978-3-89993-282-9 (Print)

ISBN 978-3-8426-8346-4 (PDF)

© 2011 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 des 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: Dan Barbalata-123rf.com

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

INHALT

Vorwort	7
Einleitung	8
1 Allgemeine Informationen und Grundsätze zur Dokumentation	9
1.1 Die einzelnen Grundsätze und ihre Bedeutung	10
1.2 Welchen Sinn hat eine Pflegedokumentation?.....	14
1.3 Die Formulare und der Pflegeprozess	16
2 MDK, Heimaufsicht etc. –	
Wem dient die Pflegedokumentation?	19
2.1 Viel hilft nicht immer viel – zu viel Papier erhöht die Fehlerrate ..	24
3 Jeder Schritt im Pflegeprozess will überlegt sein	27
3.1 Weltmeister der Informationssammlung	27
3.2 Der Prozess beginnt mit der Informationssammlung	30
3.3 Pflegekräfte als Erfinder von Problemen	30
3.4 Die Maßnahmen passen nicht zum Problem oder zu den Zielen ..	33
3.4.1 Maßnahmen werden einfach aneinander gereiht.....	37
3.4.2 Die Maßnahmen sind oft nicht handlungsleitend.....	45
3.4.3 Die Maßnahmenspalte enthält keine Pflegemaßnahmen	47
3.4.4 Die Planung der Behandlungspflege ist unsinnig	49
3.5 Evaluation bedeutet nicht »unverändert«	50
4 Probleme erfinden – Anekdoten aus der täglichen Pflegeplanung	55
5 Lästig und überflüssig – die Doppeldokumentation	59
6 Warum Pflegekräfte mehr tun, als sie müssen	61
6.1 Das Stammbrett	62
6.2 Die Anamnese	63
6.3 Medizinische Verordnungen, Behandlungspflege und ärztliche Verordnungen	65

6.4	Durchführungs- bzw. Leistungsnachweis	66
6.4.1	Ambulant	67
6.4.2	Stationär	68
6.5	Der Pflegebericht	69
6.5.1	Ambulant	69
6.5.2	Stationär	70
6.6	Risikoerhebung Dekubitusgefahr	71
6.7	Risikoerhebung Mangelernährung	75
6.8	Schmerzmanagement	78
6.8.1	Ambulant	78
6.8.2	Stationär	79
6.9	Sturzrisikoeinschätzung	80
6.9.1	Ambulant	82
6.9.2	Stationär	82
6.10	Wunddokumentation	88
6.11	Pflegeplanung	89
6.11.1	Stationär	90
6.11.2	Ambulant	90
7	Weniger ist mehr – Welche Papiere Sie wirklich brauchen	95
8	Dokumentationswahnsinn – und die Lösung	102
8.1	Variante 1: Verzichten Sie in der Pflegeplanung auf die komplette Darstellung des Pflegemodells	104
8.1.1	Beispiele für die Pflegeplanung nach fünf Bereichen	118
8.2	Variante 2: Verzichten Sie auf Anamnesebögen und Biografie	122
	Die Beispiele in der verkürzten Fünf-Bereiche-Pflegeplanung	137
9	Schlusswort	144
	Literatur	145
	Register	146

VORWORT

Dieses Büchlein stiftet an: zum anders Denken, zum Richtungswechsel und zur Abkehr vom blinden Gehorsam. Lassen Sie uns gemeinsam wieder das Richtige tun. Der Pflegebedürftige muss wieder zurück in den Mittelpunkt. Es kann nicht sein, dass der MDK, die Heimaufsicht oder andere sich das Recht nehmen, die Pflegedokumentation in den Mittelpunkt zu stellen. Schon seit einigen Jahren läuft nach meinem Dafürhalten einiges falsch in der Altenpflege. Es kann doch nicht Sinn der Sache sein, 20 verschiedene Papiere in der Dokumentation zu führen oder auf dem EDV-gestützten System durch 30 Masken zu zappen.

Machen Sie mit! Das ist ein Aufruf zur Abkehr vom Dokumentationswahn-sinn, unter Beachtung aller Vorgaben und rechtlichen Bedingungen.

Wie hoch die Wellen in Sachen »doppelte und dreifache Dokumentation« inzwischen schlagen, zeigt auch, dass das Thema der Entbürokratisierung inzwischen ganz oben, in Berlin, beim Gesundheitsminister, angekommen ist. Bei der dritten Dialogveranstaltung zur pflegerischen Versorgung, die im März 2011 im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin stattfand, war die Entbürokratisierung sogar Thema! Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR), machte an zahlreichen Bei-spielen deutlich, »mit welch ausufernder Bürokratie und überbordenden Dokumentationsanforderungen Pflegende vielfach belastet sind. Dies habe zur Folge, dass für die eigentliche Tätigkeit, die Pflege der Patienten und Bewohner, immer weniger Zeit verbleibe.« Und: Bundesgesundheitsminister Philip Rösler sagte zu, für »Fragen der Entbürokratisierung in der Pflege zeitnah eine beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesiedelte Ombudsstelle einzurichten. Diese soll – zeitlich befristet – als Stabsstelle im BMG die unterschiedlichen Anregungen und Vorschläge sammeln und für ein avisiertes Gesetzgebungsverfahren entsprechend aufbereiten. Wester-fellhaus begrüßte die Vorgehensweise und äußerte insbesondere die Erwar-tung, dass man in dieser wichtigen Frage zügig zur Umsetzung gelange.« (Quelle: DPR) Das ist doch immerhin ein Anfang!

EINLEITUNG

Wenn jemand sagt »Du musst!«, lernen Sie zu fragen »Wo steht das?« Denn der stillschweigende oder gar vorauseilende Gehorsam der letzten Jahrzehnte hat uns in der Pflege einige Verwirrung und Orientierungslosigkeit gebracht.

Nicht genug, dass es verschiedene Vorgaben von außen gibt. Nicht genug, dass die Institutionen, die uns die Vorgaben machen, sich noch nicht einmal miteinander absprechen. Nein, auch die interne Qualitätssicherung, manchmal selbst die Pflegedienstleitung, haben sich auch noch eigene Maßstäbe gesetzt. Das ist zwar nicht grundlegend falsch, aber alles zusammen ergibt eine Fülle von (einander widersprechenden) Anforderungen, die an eine Pflegeeinrichtung herangetragen werden. Die Anforderungen betreffen die gesamte Organisation der Einrichtung, insbesondere aber die Mitarbeiter der Pflege, wenn es um die Pflegedokumentation geht.

In den vielen Jahren meiner Tätigkeit als Beraterin und Sachverständige habe ich viel gesehen und erlebt. Eines hat mich dabei all die Jahre begleitet: Der Pflegeprozess funktioniert nicht oder er ist trotz der wachsenden Papierflut nicht vollständig nachvollziehbar abgebildet. Pflegeplanungen entpuppten sich häufig keineswegs als Planungen der täglichen Pflege. Pflegeplanungen werden geschrieben, damit sie auf dem Papier stehen oder dem MDK gezeigt werden können. Eine sinnvolle Planung als Versorgungsrezept für den Pflegebedürftigen fand ich leider eher selten.

Dieses Dilemma hat viele Ursachen und es liegt an Ihnen, liebe Mitarbeiter in der Pflege, dieses Dilemma zu beseitigen. Sie können das! Ich gebe Ihnen die wichtigen Hinweise und zeige Ihnen ganz konkret den Weg, den Sie gehen müssen. Sie werden sehen, dass Sie mehr tun können, als Pflegebedürftige in Schubladen zu stecken. Sie werden erfahren, dass Pflegemodelle durchaus sinnvoll sind, aber eine Pflegeplanung nicht notwendigerweise aus 13 AEDL bestehen muss. Sie werden entdecken, dass die MDK-Prüfung auch ohne seitenlange Pflegeplanung positiv durchlaufen werden kann, vermutlich sogar positiver, als wenn die Planungen stur nach AEDL heruntergeschrieben wurden.

1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN UND GRUNDSÄTZE ZUR DOKUMENTATION

Eine Dokumentation ist zunächst eine Sammlung von Daten und Fakten. Sie ist Ordnung, Speicherung und Auswertung von Urkunden bzw. schriftlich fixiertem Wissen. Wichtig zu wissen: Es gibt einen Unterschied zwischen administrativer Dokumentation der Verwaltung und der ärztlichen bzw. pflegerischen Dokumentation (vgl. Böhme 1999). Die administrative bezieht sich eher auf Daten der Stammdatenverwaltung oder versicherungsrelevanten Dokumentation während die medizinische bzw. die pflegerische Dokumentation sich mit Inhalten medizinischer oder pflegerischen persönlichen Daten des Betreffenden befasst.

Tabelle 1: Grundsätze bei der Dokumentationsführung.

Dokumentationswahrheit	Dokumentationsklarheit
Tatsachen	Eindeutig
Wahrheit	Nachvollziehbar
	Aussagefähig
	Echt
	Keine Streichung
	Lesbar

Jede Dokumentation folgt bestimmten Grundsätzen (vgl. Tabelle 1). Neben der **Wahrheit** muss das Dokument auch **Klarheit** schaffen. Das bedeutet zum einen, die Eintragung muss eindeutig und nachvollziehbar sein, wobei sich »nachvollziehbar« mit »logisch« übersetzen lässt. Zum anderen muss das Handzeichen eindeutig einer bestimmten Person zuzuordnen zu sein. **Echtheit** heißt, dass jeder für sich selbst einträgt und man nichts für andere abzeichnet. Dabei bedeutet Echtheit auch, dass Eintragungen weder mit Bleistift noch mit Füller vorgenommen werden dürfen. Auch die Benutzung von Tipp-Ex ist verboten.

Keine Streichung heißt zum einen keine Striche, z. B. für erbrachte Leistungen. Diese Strichlisten sind sehr verbreitet, aber unzulässig. Auch wenn die Kassen beispielsweise im ambulanten Dienst eine Strichliste zur Abrechnung zulassen, dient diese lediglich der Abrechnung, nicht aber als Nachweis. Auch in anderen Bereichen, z. B. auf Dienstplänen, in Pflegeberichten oder Protokollen, ist eine Streichung unzulässig. Wenn Sie einen Rechtschreibfehler korrigieren wollen, so können Sie das entsprechende Wort mit einem sauberen Strich als ungültig deklarieren. Sofern das darunter Geschriebene noch lesbar ist, ist diese Streichung zulässig.

Lesbar bedeutet, dass das Geschriebene immer lesbar bleiben muss. Sie müssen Ihre Handschrift also soweit bessern, dass es stets sauber und lesbar ist.

1.1 Die einzelnen Grundsätze und ihre Bedeutung

Die **Dokumentationswahrheit** verlangt, dass Sie den Tatsachen entsprechend dokumentieren. Sie sollen die Geschehnisse so aufschreiben, wie sie gewesen sind, ohne zu interpretieren. Beispiel: Sie sehen einen Pflegebedürftigen mit seiner Unterhose auf dem Kopf aus dem Zimmer kommen – das ist die simple Wahrheit. Schreiben Sie aber »war verwirrt« oder »ist desorientiert«, kommen Sie der Wahrheit nur annähernd nahe. Sie werden dem Kunden und der Dokumentationsanforderung nicht gerecht. Außerdem ist diese Art der Dokumentation nach Monaten nicht mehr nachvollziehbar. Erklären Sie mal, was Sie meinten, als Sie vor sechs Monaten »war verwirrt« eingetragen haben. Was war damals eigentlich los? Erinnern Sie sich noch daran, dass der Pflegebedürftige mit seiner Unterhose auf dem Kopf aus dem Zimmer kam? Wissen Sie noch, was Sie gesehen haben, was Sie wahrgenommen haben und wie sich der Pflegebedürftige verhalten hat? Glauben Sie mir, das wissen Sie Monate später nicht mehr, es sei denn, Sie haben die Situation wahrheitsgemäß und 1:1 niedergeschrieben.

Das Motto bei jeder Dokumentation

Beschreiben Sie stets Tatsachen! Schreiben Sie genau auf, was Sie gesehen, gehört oder wahrgenommen haben.

Einige weitere Beispiele möchte ich Ihnen nennen, weil sie zeigen, dass die wahrheitsgemäße Dokumentation leider oft nicht praktiziert wird.

»Aggressiv«

Wie verhält sich ein Mensch, wenn er aggressiv ist? Finden Sie diesen Begriff eindeutig? Was meinen Sie, wenn Sie schreiben: »Herr M. war heute sehr aggressiv?« Verstehen Ihre Kollegen darunter das Gleiche wie Sie? Wenn Sie schreiben: »Herr M. schlug mit dem Stock nach mir« – »Herr M. hat mich angespuckt« – »Herr M. schrie mich an«, stellen Sie dagegen die Tatsachen objektiv dar.

»Verwirrt«

Wie benimmt sich ein Mensch, wenn er verwirrt ist? Macht er Unfug, läuft er in die falsche Richtung oder belästigt er andere? Urteilen Sie selbst: Der Satz »Frau M. ist heute sehr verwirrt« lässt keine Rückschlüsse auf den Aufwand oder den Gehalt der Aussage zu. »Frau M. steckte ihre Zahnprothese in den Blumentopf« – »Frau M. fragte mich innerhalb weniger Minuten 10 Mal, wo sie ist« – diese Eintragungen sind sehr aussagekräftig.

»Desorientiert«

Wie und auf welche Art ist ein Mensch desorientiert? Wenn ein Verhalten schlicht mit »desorientiert« abgetan wird, macht eine solche Eintragung überhaupt keinen Sinn. Was soll hier transparent gemacht werden? Ist eine solche Eintragung überhaupt relevant? Wenn ja, für wen? Deutlich zum Ausdruck der Situation und der Handlung dienen Eintragungen wie »Herr L. sprach mich als Mutter an« – »Herr L. dachte, es sei mitten in der Nacht« – »Herr L. sagte, er müsse jetzt zur Schule«.

Wenn Sie nun befürchten, Eintragungen solcher Art, die der Wahrheit entsprechen, benötigen mehr Zeit, irren Sie. Schreiben Sie doch mal: »Hr. L. ist heute wieder sehr desorientiert« und vergleichen Sie diese Aussage mit dem Satz: »Herr L. sprach mich als seine Mutter an.« Sie mussten nur ein einziges Wort mehr schreiben, um den konkreten Sachverhalt klar und eindeutig zu beschreiben.

»Solche Sätze müssen einem erst einmal einfallen«, höre ich Sie sagen. Das ist prinzipiell nicht richtig, denn meine Beispiele spiegeln ganz einfach die Tatsachen wider, während Umschreibungen wie »desorientiert«, »verwirrt«

oder »aggressiv« nur eine grobe Beschreibung darstellen, zudem ungenau und vieldeutig sind. Diese Worte wurden Ihnen nicht in die Wiege gelegt. Vielmehr haben Sie sie im Laufe Ihres Berufslebens erworben, ihnen einen Sinn gegeben und erliegen dem Irrtum, Sie würden sich so sehr professionell ausdrücken.

Es ist diese falsch verstandene Professionalität, die dazu führt, dass Mitarbeiter in der Pflege sich den Kopf darüber zerbrechen, was sie wie schreiben sollen! Sie trauen sich gar nicht, so einfach zu formulieren wie früher einmal im Schulaufsatzt. Stattdessen umschreiben sie und wollen sich möglichst kurz fassen. Die Konsequenz: Krankenbeobachtung und Wahrnehmung, die eine zentrale Rolle spielen, erscheinen in der Dokumentation unvollständig, ungenau und distanziert. Was halten Sie von diesen Aussagen:

- »Die Wunde sieht besser aus.«
- »Herr Müller sieht schlecht aus.«
- »Frau Meier hat wenig getrunken.«

Jeder von Ihnen kennt diese und ähnliche Sätze. Doch keiner dieser Sätze ist aussagefähig. Die Begriffe bieten keine klare Beschreibung und sind subjektiv gefärbt. Wer von Ihnen hat nicht schon erlebt, dass ein Kollege sagte, irgendetwas oder irgendjemand sähe gut oder schlecht aus – und Sie waren völlig anderer Meinung?

Würde ein Kollege bei der Übergabe nur sagen: »Herr M. sieht nicht gut aus«, würde jemand aus der Runde nachfragen, was los war. Wenn ein Kollege bei der Übergabe schildert: »Die Wunde sieht schlecht aus«, würde sich ebenfalls niemand damit zufrieden geben und nachfragen, wie die Wunde aussieht. Deshalb werden bei den Übergaben häufig detailliert Auskünfte und Tatsachen weitergegeben, während die Dokumentation aber nur bedingt aussagefähig bleibt.

Nicht das »Wie« entscheidet

Schreiben Sie immer so, wie sie es Ihren Kollegen im Gespräch schildern würden. Schreiben Sie, was Sie gesehen und wahrgenommen haben und zwar genauso, wie es war. Denken Sie nie darüber nach, wie Sie etwas schreiben, sondern fragen Sie sich, was los war.

Niemand zwingt Sie, poetisch oder formvollendet zu schreiben. Grundsätzlich ist die Grammatik ebenso wenig wichtig wie die Rechtschreibung. Hauptsache ist, dass der Sinn des Geschriebenen verständlich bleibt und sich die Tatsachen wiederfinden.

Um dem Vorwurf der wertenden Äußerung aus dem Weg zu gehen, sollten Sie auf folgende Begriffe ganz verzichten:

- gut/schlecht gelaunt
- gut/schlecht drauf
- gut/schlecht geschlafen
- giftig
- unmöglich
- frech
- aggressiv
- böse
- ekelig
- depressiv

Versuchen Sie stets, die Tatsachen zu beschreiben. Statt »gut gelaunt« können Sie schreiben: »Frau M. lachte heute viel« – »hat sich gefreut über ...« – »scherzte mit mir während der Grundpflege«. Schreiben Sie doch statt »wütend, aufbrausend« einfach die Tatsache: »Herr M. war aufgebracht, weil ich heute so spät zu ihm kam« – »Frau M. ist verärgert wegen ihrer Nachbarin« – »Frau M. hat mich angeschrien, weil ...«

Eine weitere Kategorie, die Sie vermeiden müssen, sind Selbstverständlichkeiten oder regelmäßig wiederkehrende Tätigkeiten wie z. B.: »Herr M. wurde geduscht.« Wenn man davon ausgeht, dass in einem Bericht nur Besonderheiten stehen, bedeutet dieser Eintrag, dass Herr M. ansonsten nicht geduscht wird oder dass es nötig war, dieses Duschen gerade heute durchzuführen. Sollte es aber der Fall gewesen sein, dass Herr M. geduscht werden musste, weil er beispielsweise eingenässt hat, so sollte dies unbedingt als Erklärung dabeistehen.

Genauso kritisch ist die Eintragung »versorgt nach Plan«. Geht man davon aus, dass der Bericht nur besondere Einträge enthalten soll, so bedeutet dieser Eintrag, dass es heute ausnahmsweise möglich war, diesen Pflegebe-

dürftigen nach Plan zu versorgen. Sollte ein nachfolgender Kollege diesen Eintrag nicht ebenfalls in den Bericht schreiben, hat er diesen Pflegebedürftigen heute nicht nach Plan versorgt.

Es gibt Eintragungen, die eher aus Verlegenheit erfolgen. Auch die sind unnötig. Was bedeutet »keine Besonderheit«, »keine Auffälligkeiten«, »nichts Besonderes«? Ein Bericht dient doch gerade der Eintragung von Besonderheiten, Auffälligkeiten und besonderen Umständen. Also können Sie sich diese Verlegenheitseintragungen sparen. Sie sind nicht nur unnötig, sondern auch noch unglücklich. Wer keine Veränderungen beobachtet, der beobachtet offensichtlich nicht genau. Ist ein Mensch jeden Tag gleich? Gleicher Stimmung, gleicher Verfassung, gleichen Zustands? Wohl kaum. Sogar ein Apalliker unterliegt Schwankungen im Tagesverlauf. Hier ist Ihre Fähigkeit der guten Krankenbeobachtung gefragt. Ein Pflegebedürftiger schläft mal gut, mal weniger gut. Er freut sich mal mehr, mal weniger über bestimmte Dinge und ist mehr oder weniger verärgert über andere Begebenheiten. Ein Pflegebedürftiger spricht mal mehr, mal weniger, denn ein pflegebedürftiger Mensch ist nun einmal ein Mensch wie Sie und ich. Oder wollen Sie behaupten, Sie waren vorgestern in exakt der gleichen Verfassung und Stimmung wie gerade jetzt in diesem Moment?

1.2 Welchen Sinn hat eine Pflegedokumentation?

Diese Frage ist aus der Sicht der Pflegenden durchaus verständlich, denn die Anforderungen an die Pflegedokumentation sind keineswegs einheitlich. So viele Prüfer, so viele Ansichten: Die eine Instanz hält etwas für richtig, was die andere als kritisch oder gar falsch erachtet. Die Heimaufsicht will es so, der MDK-Gutachter anders und der Qualitätsprüfer noch mal anders. Hinzu kommt, dass jede Pflegekraft die Pflegedokumentation ein wenig anders gelernt hat, dass nicht alle im Unternehmen eine Sprache sprechen und dass jedes Seminar zum Thema neue Fragen aufwirft.

Erschwerend kommt hinzu: Es gibt kein eindeutiges Gesetz, das die Dokumentationsform regelt oder gar ihre Inhalte definiert. Die Dokumentationspflicht ergibt sich aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen und aus der Rechtsprechung. Hans Böhme schreibt in seinem Rechtshandbuch für Führungs-

kräfte von 1999, dass die Begründung für eine Verpflichtung zur Dokumentation in mehreren Ebenen zu finden sei:

»Haftungsrecht

- Der Vertragspartner hat einen vertraglichen Anspruch auf sach- und fachkundige Arbeitsleistung.
- Oberstes Gebot ist die Sicherheit des Kunden/Pflegebedürftigen.
- Es haftet der, der ausführt, für seine Durchführung und der, der anordnet, für seine Anordnungen.

Vertragsrecht

- Pflegevertrag/Heimvertrag
- Eigenverantwortung
- Verantwortungsebenen in der Arbeitsteilung
- Organisationsverantwortung

Sicherungs- und Verkehrspflicht der Einrichtung

Qualitätssicherung

- Krankenkassenversicherungsrecht und Pflegeversicherung (Qualitäts-sicherung)«

Die Dokumentation der Pflegeeinrichtung muss verschiedenen Kriterien genügen

- Gewährung der Sicherheit des Pflegebedürftigen
- Leistungstransparenz
- Interdisziplinäre Information und Kommunikation
- Qualitätssicherung
- Organisationshilfe
- Planungshilfe
- Arbeitsgrundlage
- Leistungsnachweis auch externer Dienste

Für wen wird dokumentiert?

- Für die eigene Sicherheit, zum Beweis der geleisteten Arbeit, aus haftungsrechtlicher Sicht

- Für den Pflegebedürftigen/Angehörigen/Betreuer, damit diesen klar ist, wer was wann zu tun hat
- Für Kollegen als Information oder Arbeitsanweisung
- Für die Einrichtung als Leistungsnachweis
- Für den betriebswirtschaftlichen Erfolg, für eine korrekte Einstufung
- Für den MDK zur Qualitätssicherung
- Für den MDK zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit
- Für andere Institutionen wie Heimaufsicht, Gesundheitsamt etc. als Nachweis der geleisteten Arbeit und der Einhaltung der Fürsorgepflichten
- Für Kostenträger wie Pflegekasse, Sozialamt als Leistungsnachweis
- Für den Informationsaustausch mit Ärzten, Therapeuten, Krankenhäusern etc.

1.3 Die Formulare und der Pflegeprozess

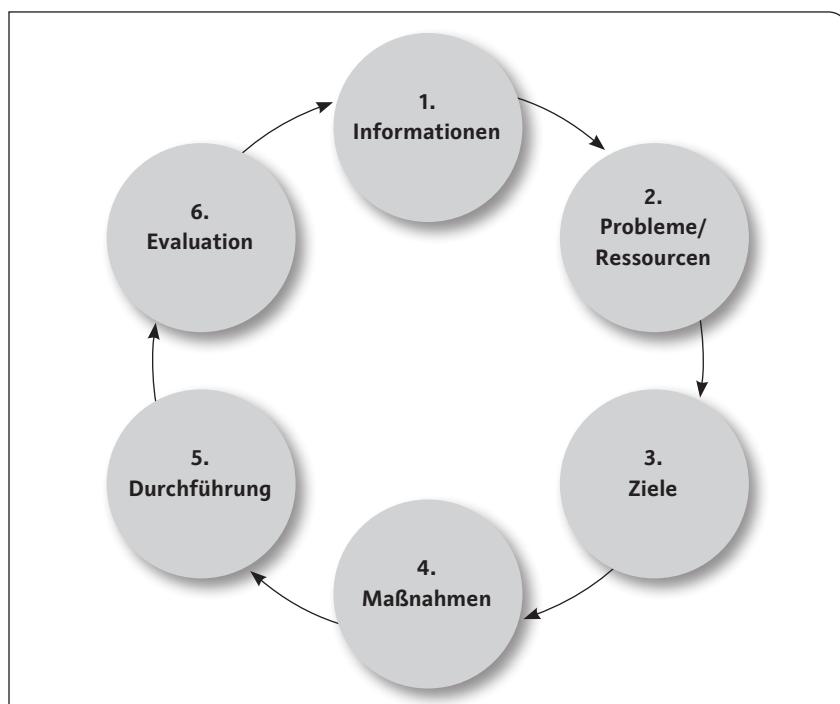


Abb. 1: Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier.

Den einzelnen Schritten des Pflege- und Betreuungsprozesses, wie er in Abbildung 1 dargestellt ist, lassen sich unterschiedliche Formulare zuordnen:

1. Schritt, Informationssammlung

- Stammblatt
- Pflege- und Sozialanamnese
- Biografiebogen
- Überleitungsbogen
- Braden-Skala/Norton-Skala
- Einschätzung Mangelernährung
- Einschätzung Kontrakturrisiko
- Einschätzung Sturzrisiko
- Kontinenzeinschätzung
- Schmerzeinschätzung
- Berichtsblatt
- Arztvisiteformular/Info an Arzt/Vordruck
- Wunderhebung
- Ärztliche Verordnungen
- Vitalwerte

2. Schritt, Erkennen von Ressourcen und Problemen, inkl. Ursachen, Symptomen (Pflegediagnosen)

- Erste Spalte der Pflegeplanung

3. Schritt, Festlegung der Ziele (Nahziele, Fernziele)

- Zweite Spalte der Pflegeplanung

4. Schritt, Planung der Pflegemaßnahmen/Pflegeinterventionen

- Dritte Spalte der Pflegeplanung

5. Schritt, Durchführung der Pflege und Betreuung

- Durchführungsnachweis/Leistungsnachweis
- Wundformular
- Trinkprotokoll
- Ernährungsprotokoll
- Bewegungs-/Lagerungsprotokoll

- Schmerzprotokoll
- Miktionsprotokoll
- Vitalwerte

6. Schritt, Ergebnis/Beurteilung/Evaluation der Wirksamkeit der Pflege und Betreuung

- Berichtsblatt
- Wunddokumentation
- Trinkprotokoll
- Ernährungsprotokoll
- Schmerzprotokoll
- Miktionsprotokoll
- Vitalwerte

Nicht alle Papiere sind verpflichtend, aber zum Teil durchaus sinnvoll und notwendig. Welche Dokumentation die beste ist, kann Ihnen niemand sagen. Natürlich wird jeder Hersteller von Dokumentationssystemen seine Variante als die beste anpreisen. Ich habe in meiner Tätigkeit sehr viele, auch EDV-gestützte Dokumentationen im Einsatz gesehen und kann nur sagen: Die beste Dokumentation ist die Eigenproduktion, die je nach Bedarf und speziell auf die Einrichtung bezogen erstellt wurde.

Was nutzt der Einrichtung ein Ferrari in der Garage, wenn ihn niemand fahren kann? Damit will ich zum Ausdruck bringen, dass die Anschaffung einer ausgeklügelten, teuren Dokumentation keineswegs das Dokumentieren verbessert oder erleichtert. Vor dem Autofahren steht der Erwerb des Führerscheins. Ohne Kenntnis des Autofahrens bleibt auch der tollste Ferrari bloß ein Sitzmöbel.

Wenn ein Mitarbeiter also den Pflegeprozess nicht begriffen hat, wenn er die Notwendigkeit und den Sinn der Dokumentation nicht versteht, wird er mit der teuersten Pflegedokumentation nicht zureckkommen. Die Fehler, die er mit der »alten« Dokumentation gemacht hat, werden durch eine neue Dokumentationsmappe allein nicht verhindert. Wer schon auf Papier nicht weiß, was er in den Pflegebericht eintragen soll oder wie die Pflegeplanung funktioniert, wird es durch das bloße Vorhandensein einer EDV-Dokumentation nicht lernen.

2 MDK, HEIMAUFSCHEIT ETC. – WEM DIENT DIE PFLEGEDOKUMENTATION?

Die Anforderungen und Kriterien an die Dokumentation verlangen flexible Denkprozesse, und kaum jemand ist sich wirklich hundertprozentig sicher, wie und was für wen dokumentiert werden muss. Wenn Sie eine MDK-Prüfung hinter sich haben, mussten Sie in der Regel etwas an der Pflegedokumentation verändern. Diese Anpassung, Änderung oder Nachbesserung bedeutet aber nicht, dass die nächste Prüfung besser verläuft. Denn wenn zur nächsten Prüfung andere Prüfer kommen, haben diese auch eine andere Sicht auf die Dinge. Es kommt noch schlimmer: Selbst wenn der **MDK-Prüfer** bei der Qualitätsprüfung zufrieden ist, bedeutet das nicht, dass es auch der **MDK-Gutachter** bei der Einstufung ist. Einen Mitarbeiter der Heimaufsicht interessiert wiederum nicht, was den MDK zufriedenstellt, sondern er befolgt eigene Anforderungen.

Auch ein Leitungswechsel hat sofort Änderungen in den Anforderungen der Pflegedokumentation zur Folge. Was bisher nicht beanstandet wurde, wird auf einmal in der Pflegevisite kritisiert. Auch ein interner Qualitätsmanager hat seine eigenen Vorstellungen über das Führen der Akten. Wer sich dann noch freiwillig einer Zertifizierung unterzieht, erlebt weitere Anforderungen, die mitunter bis dato nicht gestellt wurden. All diese Anforderungen summieren sich rasch zu einem gordischen Knoten, der den Alltag überaus beschwerlich macht. Zählen wir einmal die »ganz normalen« Anforderungen zusammen:

- Einer beharrt darauf, dass jeden Tag ein Eintrag in den Pflegebericht erfolgt.
- Ein Zweiter hält das für völlig übertrieben und findet es ausreichend, wenn einmal pro Woche etwas geschrieben wird.
- Ein Dritter verlangt, dass die Braden-Skala jeden Monat auf Neue ausgefüllt wird.
- Ein Vierter sagt, bei nicht gefährdeten Pflegebedürftigen reicht es, die Braden-Skala erst wieder bei Änderungen der Pflegesituation neu auszufüllen.
- Ein Fünfter möchte die Pflegeplanung in der ersten Woche nach Aufnahme des Pflegebedürftigen geschrieben wissen.

- Ein Sechster findet drei Wochen für die Planung auch okay.
- Ein Siebter verlangt alle acht Wochen eine Auswertung der Pflegeplanung;
- Ein Achter möchte das nur alle zwölf Wochen erledigt sehen.
- Für einige muss die Auswertung für jede AEDL einzeln erfolgen; anderen reicht eine Zusammenfassung der aktuellen Pflegesituation.

Was machen Sie nun als eifrige Mitarbeiterin? Welcher Anforderung kommen Sie nach? Führen Sie für jeden »Herrn« eine andere Art der Dokumentation? Oder schauen Sie, wer gerade das Sagen hat und wählen den Mächtigsten? Das fragen sich nicht nur Sie, das fragen sich viele in der Pflege Tätige. Die Folgen wiegen schwer: Einrichtungen, Führungskräfte und Mitarbeiter, die jede neue Anforderung hinnehmen, werden sich immer wieder hin- und hergerissen fühlen. Sie sind im höchsten Maße verunsichert und diese Verunsicherung schlägt mitunter in Angst vor Prüfern und Prüfungen um; oder in das Gegenteil: Man nimmt gar nichts mehr ernst, weil man schon so viel erlebt hat und es sowieso niemandem recht machen kann.

Dabei ist die Lösung des gordischen Knotens einfach, so einfach wie ein Schwertstreich. Lernen Sie zu fragen »Wo steht das?«, wenn wieder mal jemand etwas fordert!

Wo steht geschrieben,

- was in den Pflegebericht eingetragen werden muss?
- wie oft ein Pflegebericht zu führen ist?
- bis wann eine Pflegeplanung nach Neuaufnahme zu erfolgen hat?
- wie oft eine Pflegeplanung zu evaluieren ist?
- wie oft welche Assessments (Dekubitusrisiko, Sturzrisiko, Ernährungsmanagement etc.) ausgefüllt werden müssen?
- wann welches Protokoll (z. B. Ernährung, Lagerung etc.) anzusetzen ist und wann es wieder abgesetzt werden kann?
- welche Papiere insgesamt benötigt werden?
- wie jedes einzelne Blatt auszufüllen ist?

Zu einigen dieser Fragen werden Sie tatsächlich Antworten finden: in der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität; einige Heimaufsichtsbehörden haben ebenfalls eigene Kriterien aufgestellt.

Aber: Vieles in der Pflegedokumentation ist gar nicht geregelt! Und das ist gut so! Das ist der Ausweg! Es kann nämlich gar nicht alles geregelt sein. Keine Einrichtung ist mit der anderen direkt vergleichbar. Das Einzige, was Sie tun müssen, ist den Pflegeprozess umzusetzen, mit welchen Mitteln auch immer. Es gibt sicherlich 100 verschiedene Pflegedokumentationssysteme in Deutschland. Jede Einrichtung ist frei in der Gestaltung und Handhabung ihrer Papiere.

Die Tatsache, dass nur wenige Anforderungen präzise schriftlich niedergelegt sind, sollte jeden von Ihnen ermutigen. Denn immer, wenn etwas nicht eindeutig geregelt ist, können Sie es so tun, wie es Ihnen praktikabel erscheint. Natürlich sollten Sie jede Entscheidung, ein Dokument so oder anders zu führen, auch fachlich vertreten können. Es ist nicht sinnvoll, einen Pflegebericht nur einmal im Monat zu führen, wenn der Pflegebedürftige täglich pflegerisch versorgt wird. Es ist nicht in Ordnung, die Pflegeplanung nur einmal im Jahr auf Aktualität zu überprüfen.

Doch Pflegeplanungen müssen gar nicht 13 Seiten und mehr umfassen. Warum gerade 13 Seiten? Weil viele Einrichtungen anhand der AEDL schreiben und für jede AEDL eine eigene Seite nutzen. Das ist übrigens bei EDV-gestützten Systemen nicht viel anders. Druckt man sich eine elektronisch erstellte Planung aus, hat man ähnlich viele Seiten wie bei einer handgeschriebenen Planung, teils sogar mehr. Das Wort »Pflegeplanung« hat in vielen Einrichtungen den Namen nicht mehr verdient, weil nicht die konkrete Pflege, sondern völlig abstrakte Handlungen geplant werden. Viele Pflegekräfte arbeiten in ihrer täglichen Praxis auch gar nicht nach der festgeschriebenen Planung. Sie schreiben eine Planung, damit sie geschrieben ist, aber sie arbeiten nicht danach. Stattdessen agieren sie, wie sie es gewohnt sind, wie es ihnen gezeigt wurde oder wie sie es für richtig halten.

Gestatten Sie mir eine kleine Frage zur Reflexion. Erkennen Sie am Aussehen eines Pflegebedürftigen, wer ihn heute gepflegt hat? Ja? Das bestätigt meine These: Es wird nicht nach Plan gepflegt, sondern so, wie es dem einzelnen Mitarbeiter am besten passt. Das ist nicht böse gemeint und soll auch keine Ohrfeige für die Pflegekräfte sein. Es ist lediglich eine Feststellung und ich denke, viele von Ihnen können sie bestätigen.

Hören Sie in Dienstgesprächen oder Teamsitzungen einmal aufmerksam zu. Da unterhalten sich Kollegen über die Versorgung eines Pflegebedürftigen und der eine sagt: »Ich mache dies so«, und der andere erwidert: »Ich mache das aber so.« Wer von beiden hat recht? Vielleicht keiner. Fakt ist allerdings, es gibt einen Leidtragenden: den Pflegebedürftigen, Ihren Kunden.

Wohl dem Pflegebedürftigen, der sich äußern kann. Der sagen kann, wie er es gern möchte. Der seine Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten äußern kann, der seine »Marotten« und Eigenheiten wie gewohnt weiterführen kann. Sie kennen sicher viele Pflegebedürftige, die Rituale haben. Einige tragen immer ihren Schal um den Hals. Bei anderen muss die Handtasche überallhin mit, auch zur Toilette, und im Bett liegt sie immer in der Ritze. Manche Pflegebedürftige möchte zur Nacht ihre Bettsockchen oder ihr Bettjäckchen tragen. Einer trägt den Haarscheitel immer links; eine andere möchte die Haare zum sogenannten Dutt gesteckt wissen. Die nächste möchte ihr Gesicht nicht mit Seife und mit kaltem Wasser waschen. Diese Dinge sind wichtig für die Pflegebedürftigen, aber stehen diese Wünsche auch in ihrer Pflegeplanung? Nur mal nebenbei: Können Sie sich vorstellen, wie unangenehm es ist, wenn jemand Ihre Haare links scheitelt, obwohl Sie Ihr Leben lang den Scheitel rechts trugen?

Was aber ist mit den Menschen, die ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr im vollen Umfang äußern können? Was ist mit den demenziell erkrankten Menschen in Ihrer Obhut? Wie bekommen sie das Gesicht gewaschen, wie die Tagesfrisur gerichtet, welche Kleidung tragen sie? Ich selbst habe in der Versorgung dieser Klientel jahrelang Fehler begangen, auch bei meiner eigenen Oma. Als sie an Demenz erkrankte und pflegebedürftig wurde, haben wir ihr beim Waschen und Anziehen geholfen. Was haben wir ihr angezogen? Natürlich die hübschen Sachen, die sie im Schrank hatte und die sie sonst nie trug. Nicht die älteste Strickjacke und die abgetragenen Schuhe, sondern schöne Blusen und eine neue Strickjacke. Die Haare haben wir ihr ebenfalls hübsch gemacht. Was wir damit angerichtet haben, haben wir erst spät gemerkt: Oma hat sich in ihrem schönen Outfit kaum noch vom Fleck bewegt, sie hat nicht mehr im Haushalt umhergeräumt oder sie fing an, sich auszuziehen, mit und ohne Publikum. Zudem aß sie plötzlich nur noch im Stehen, weil sie ihre schöne Bluse nicht mit Essen bekleckern wollte. Wenn sie über den Tisch gebeugt stand, konnte ruhig mal etwas

danebengehen, ohne dass es auf der guten Bluse landete. Hätten wir ihr die alten Sachen gelassen, hätte sie keine Auswege suchen müssen, um sauber zu bleiben. Sie hätte sich in ihrem Haushalt freier bewegt und sich nicht permanent wie ausgehfertig gefühlt.

Pflegebedürftige, die ihre Wünsche, Bedürfnisse und Gewohnheiten nicht mehr äußern können, werden häufig so versorgt, wie die Pflegekraft es für richtig hält. Meine Darstellung erscheint Ihnen zu drastisch? Dann hier ein kleines Beispiel. Steht in der Pflegeplanung bei der Kontrakturenprophylaxe nur »Durchbewegen der Gelenke«, was geschieht dann wohl jeden Tag hinter verschlossener Tür? Meinen Sie allen Ernstes, dass jeder Kollege das Gleiche tut? Nein, jeder macht das, was er für richtig hält und was ihm sinnvoll und möglich erscheint. Diese und andere Beispiele werde ich in der Folge noch aufzeigen.

Denken Sie jetzt bitte nicht, ich würde über die Qualität der Pflege herziehen. Ganz und gar nicht. Denn ich bin immer noch Überzeugungstäterin und in der Altenpflege tätig, weil ich daran glaube, dass wir alle grundsätzlich gute Arbeit leisten.

Warum wird also die Planung nicht gelesen? Warum glaubt jeder Mitarbeiter, dass er sein Bestes tut, obwohl er es anders tut als der Kollege vor oder nach ihm?

- Weil wir Führungskräfte es den Mitarbeitern nie anders gezeigt haben.
- Weil wir es viele Jahre selbst nicht besser wussten.
- Weil Dokumentationshersteller uns suggerieren, dass viel Papier auch viel hilft.
- Weil Schulen immer noch »Schema F« lehren oder völlig losgelöst von der praktischen Notwendigkeit unterrichten.
- Weil uns von außen die wirklich neuen Impulse fehlen. Schließlich ist der Pflegeprozess über 50 Jahre alt, ohne dass er richtig funktioniert und die Modelle von Liliane Juchli, Monika Krohwinkel und anderen haben auch schon 20 bis 30 Jahre auf dem Buckel.
- Weil wir zu viel als gegeben und unabänderlich hinnehmen.
- Weil wir glauben, dass der MDK oder andere Prüfgremien es so wollen, ohne zu hinterfragen, wo das Geforderte steht.

2.1 Viel hilft nicht immer viel – zu viel Papier erhöht die Fehlerrate

Im Folgenden erkläre ich Ihnen, warum ich der Meinung bin, dass wir zu viel Papier (EDV-Masken) führen und dass viel Papier nicht immer die Lösung ist. Viele Papiere, die geführt werden, müssen auch von jemandem jederzeit zusammengehalten werden.

Ein standardisiertes einheitliches Pflegedokumentationssystem sieht heutzutage oftmals so aus:

- Stammbrett
- Anamnese
- Medizinische Verordnungen/Behandlungspflege/ärztliche Verordnungen
- Ärztliches/pflegerisches Kommunikationsblatt
- Pflegeplanung
- Vitalwerte
- Diabetikerblatt
- Durchführungsleistungsnachweis/Leistungsnachweis
- Pflegeberichte
- Biografiebogen
- Hygieneblatt/Jahresübersicht
- Risikoerhebung Dekubitusgefahr (z. B. Braden-Skala)
- Risikoerhebung Mangelernährung, z. B. MNA (Mini Nutrional Assessment), empfohlen für geriatrische Einrichtungen, MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), empfohlen für ambulante Bereiche, PEMU (pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen), empfohlen für Langzeitpflege
- Schmerzmanagement
- Sturzrisikoeinschätzungsfragebogen
- Kontrakturrisikoerfassung
- Thromboserisikoerfassung
- Pneumonierisikoerfassung
- Erhebung des Kontinenzstatus
- Wunddokumentation

- Nebenprotokolle wie
 - Trinkprotokoll
 - Ernährungsprotokoll
 - Miktionsprotokoll
 - Lagerungs-/Bewegungsprotokoll

Das sind allein 17 Grundblätter. Je nachdem wie viele Nebenprotokolle geführt werden, sind es bereits über 20 Blätter und wenn die Pflegeplanung dann noch 13 Seiten umfasst, ist die Dokumentation so umfangreich wie ein Gesangbuch.

Wer soll diesen dicken Wälzer handhaben? Sollen Pflegekräfte im täglichen Tun tatsächlich all diese Papiere bei allen Kunden gleichermaßen beherrschen? Funktioniert der Pflegeprozess dann noch? Nein, das tut er nicht. Es werden Informationen gesammelt »auf Teufel komm raus«, oftmals ohne erkennbaren Nutzen. Kaum ein Mitarbeiter blickt da noch durch und kann die Fäden zusammenhalten.

Es ist Alltag in deutschen Pflegeeinrichtungen, dass für jeden neuen Pflegebedürftigen eine umfassende Informationssammlung erhoben wird. Da wird nicht nur der Anamnesebogen ausgefüllt, der Kunde soll auch biografische Daten preisgeben. Er wird gewogen, sein Ernährungsstatus erhoben, seine Risiken anhand diverser Bögen eingeschätzt. Es wird unnötig viel erhoben, beschrieben und dokumentiert. Was geschieht aber mit all den Informationen? Fließen sie tatsächlich in den Pflegeprozess mit ein? Werden alle erhobenen Daten in die Prozessplanung übernommen? Meine Erfahrung beweist, dass viele der gesammelten Informationen um ihrer selbst willen erhoben werden. Die Umsetzung aber unterbleibt.

- Ich lese Pflegeplanungen, in denen sich nicht ein einziges Wort zur Biografie findet. Trotzdem findet sich anderswo eine zweiseitige Biografie.
- Wozu füllt man DIN A 3 große Anamnesebögen aus, obwohl man das Gleiche kurze Zeit später noch einmal in die Pflegeplanung aufnimmt?
- Ich lese Pflegeberichte oder Auswertungen von Pflegeplanungen, in denen sich kein Hinweis auf einen Gewichtsverlust findet, der sich seit Monaten latent im Vitalzeichenblatt wiederfindet. Wozu wiegt man, wenn man aus dem Gewichtsverlauf keine Maßnahmen ableitet?

- Es werden Sturzrisikoeinschätzungen durchgeführt, teils jeden Monat wieder. Was geschieht mit diesen Informationen? Wird alles als Problem in die Pflegeplanung geschrieben oder kann ein Mensch auch Defizite haben, ohne damit ein Pflegeproblem zu haben? Ist jemand, der sein rechtes Bein nachzieht, automatisch sturzgefährdet? Kann es nicht auch sein, dass er trotz seines Humpelns allein und selbstständig geht, also Ressourcen hat?
- Ich kenne Braden-Skalen, die sogar monatlich neu geschrieben werden. Wo steht das? Im Expertenstandard und der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität jedenfalls nicht (siehe auch Kapitel 6). Was ist die Folge? Die Braden-Skala wird jeden Monat aufs Neue ausgefüllt, es werden Werte ermittelt, aber die Erkenntnisse tauchen in der Prozessplanung nicht wieder auf. Oder findet sich in der Auswertung Ihrer Pflegeplanung, dass sich keine Veränderung der Punktzahl ergeben hat bzw. dass es eine Änderung der Punktzahl ergeben hat und warum?

Kommen Ihnen diese und weitere Beispiele geläufig vor, dann sind auch Sie Opfer der Dokumentationsflut. Der Pflegeprozess funktioniert aber so nicht.

3 JEDER SCHRITT IM PFLEGEPROZESS WILL ÜBERLEGT SEIN

Die Schritte des Pflegeprozesses bauen aufeinander auf, sie müssen aus einem Guss sein, damit der Prozess stimmig ist. In der Praxis hakt es aber an vielen Stellen. Die gesammelten Informationen werden nicht in die Problem- oder Ressourcendarstellung übernommen. Das ist bereits der erste Fehler und dass bereits bei Schritt 1 zu Schritt 2 des Prozesses. Dann werden Ziele gesteckt, die bei den vorhandenen Problemen unrealistisch sind. Oder die Ziele passen nicht zu den Maßnahmen, die geplant werden. Dann werden Maßnahmen geplant, die so nicht durchgeführt werden. Teilweise wird manchmal mehr geplant als nachher durchgeführt und abgezeichnet wird. In anderen Fällen, meist bei den Prophylaxen, wird viel mehr abgezeichnet, als geplant wurde. Und schließlich der sechste und letzte Schritt, die Evaluation. Diese steht oft mit keinem anderen Prozessschritt in Verbindung. Dabei ist die Ergebnisdarstellung das Herzstück einer jeden Pflegeplanung.

3.1 Weltmeister der Informationssammlung

In Pflegeeinrichtungen, ambulant wie stationär, werden zahllose Informationen erhoben. Aber wie so oft werden aus den gesammelten Informationen keine Rückschlüsse gezogen. Es wird nichts abgeleitet, die Informationen werden nicht mit in die Pflegeplanung übernommen.

Es beginnt bereits mit der Erhebung der Anamnese. Dort werden Vorlieben oder Gewohnheiten aufgenommen, die sich in der Planung später nicht wiederfinden. Es werden Ressourcen erkannt, aus denen später in der Planung kein Kapital geschlagen wird, auch und gerade im Bereich der Ermittlung des Sturzrisikos. Es werden aufwändige und detaillierte Biografiebögen ausgefüllt, Kunden und deren Angehörige ausgefragt. Oder sie werden gebeten, die Informationen gleich selbst einzutragen und erhalten einen separaten Bogen. Neben diesem Bogen für die Angehörigen füllen die Pflegekräfte dann aber auch noch brav eigene Bögen aus. Was geschieht mit all den Informationen aus dem Leben dieses Pflegebedürftigen? Wozu müssen Sie im

ambulanten Dienst bei einem Kunden, der einmal pro Woche eine Dusche bestellt, wissen, wo er geboren ist, seit wann er verwitwet ist und welchen Beruf er ausübt? Sicher ist das Leben anderer interessant, sonst gäbe es keine Biografien, die sich als Bestseller verkaufen. Aber was geschieht mit den teils doppelseitig in Erfahrung gebrachten, höchst persönlichen Daten dieser Menschen? Ich schätze, zu 90 % nichts, denn nach meiner Einschätzung werden nur etwa 10 % der Daten überhaupt als pflegerelevant in der täglichen Pflege eingesetzt und in der Pflegeplanung weiterverarbeitet.

Es werden Assessments geführt, wie z. B. die Braden-Skala zur Ermittlung des bestehenden Dekubitusrisikos, aber das Ergebnis findet sich in der Pflegeplanung nicht wieder. Es werden beim Ausfüllen der Braden-Skala hier und da Punkte abgezogen, bspw. bei der Rubrik Feuchtigkeit. Aber wieso und warum diese Punkte bei diesem Kunden abgezogen werden, wird in der Planung nicht erläutert, dort steht dann lediglich »ist inkontinent«. Oder es gibt einen Punktverlust bei der Überschrift »Aktivität«, aber auch hier fehlt die individuelle Auswirkung in der Planung. In der Pflegeplanung findet sich, wenn überhaupt, nur den Hinweis, dass der Mensch bewegungs-eingeschränkt ist, nicht aber wie, wo und warum.

Es wird anhand intrinsischer und extrinsischer Faktoren eine Sturzrisiko-einschätzung vorgenommen. Die Einschätzung wird mitunter monatlich wiederholt, aber die Informationen werden in der Planung nicht individuell dargestellt, sondern es wird nur »sturzgefährdet« als Problem eingetragen, und das unabhängig davon, wie viele einzelne intrinsische und extrinsische Faktoren bei der Risikoermittlung festgestellt wurden.

Es werden Assessments zur Ernährung durchgeführt, bei denen Faktoren beleuchtet und eine Einschätzung zur Mangelernährung vorgenommen werden. Dennoch finden sich, trotz aufwändigem Instrument, keine Hinweise oder Rückschlüsse daraus in der Pflegeplanung. Wie der Ernährungs-zustand bei Aufnahme des Kunden war, wie dieser sich in letzter Zeit ent-wickelte und warum, wird nirgendwo beschrieben.

Es wird jeden Monat aufs Neue das Gewicht eines Kunden ermittelt und womöglich sogar der BMI errechnet. Sieht man sich dann die Gewichtsver-läufe an, so kann man in einem Verlauf immer etwas erkennen. Aber diese

Erkenntnis findet sich nicht in der Pflegeplanung oder der Auswertung. Weder ob der Kunde ab- oder zugenommen hat und wenn ja, warum. Oder ob das Gewicht stabil geblieben ist.

Es werden Schmerzeinschätzungen mit mehr oder minder umfangreichen Systemen vorgenommen. Diese Einschätzungen und Protokolle werden sogar in bestimmten Intervallen wiederholt, aber die Erkenntnisse und Informationen aus diesen Einschätzungen finden sich in der Pflegeplanung nicht wieder. Dort steht häufig nur, dass jemand unter chronischen Schmerzen leidet. Es fehlen aber Hinweise darauf, seit wann, wie und wo diese Schmerzen auftreten und vor allem, wie sie sich im Alltag auswirken und wie der Kunde darunter leidet. In der Auswertung wiederum wird kein Bezug auf die Schmerzentwicklung genommen, ob andere Methoden des Umgangs mit dem Thema oder Medikamente hier Abhilfe schaffen konnten, wird nicht erwähnt.

Es werden akribische Wunddokumentationen geführt. In der Regel mindestens einmal pro Woche beschreibt man die bestehende Wunde von allen Seiten und in deren Beschaffenheit. Aber wo bleibt das Fazit? Wo ist die Entwicklung unter der aktuellen Behandlungsmethode ersichtlich? Und vor allem, wo ist erkennbar, wie es dem Kunden mit dieser Wunde geht, wie und wo er in seinem Pflegealltag dadurch gehandicapt ist?

Schaut man sich die Pflegedokumentationspapiere an, so sind rund 80 % der Papiere reine Informationsblätter oder ein Mix aus Information und Evaluation. Und diese werden nicht zusammengeführt. Aus der Vielzahl loser Enden wird kein handlungsleitendes Seil für die Versorgung dieses einen Kunden geknüpft. Grafisch dargestellt sieht man die Ausmaße dieser Informationsflut (siehe Abbildung 2) Im Pflegealltag erlebe ich häufig das Gleiche: Der Pflegeprozess beginnt mit mehr als einem Dutzend Vordrucke. Und wenn die Informationen alle gesammelt sind, geht es nicht weiter. Der Prozess kommt ins Stocken.

3.2 Der Prozess beginnt mit der Informationssammlung

Der Pflegeproblemlösungsprozess nach Fiechter und Meier macht deutlich, dass mit den Informationen gearbeitet werden muss. Entweder ergibt sich daraus eine Ressource – dann hält man sich heraus aus dem Pflegeproblemlösungsprozess – oder die gesammelten Informationen ergeben, dass ein pflegerisches Problem vorliegt, dann muss der Prozess weitergeführt werden.

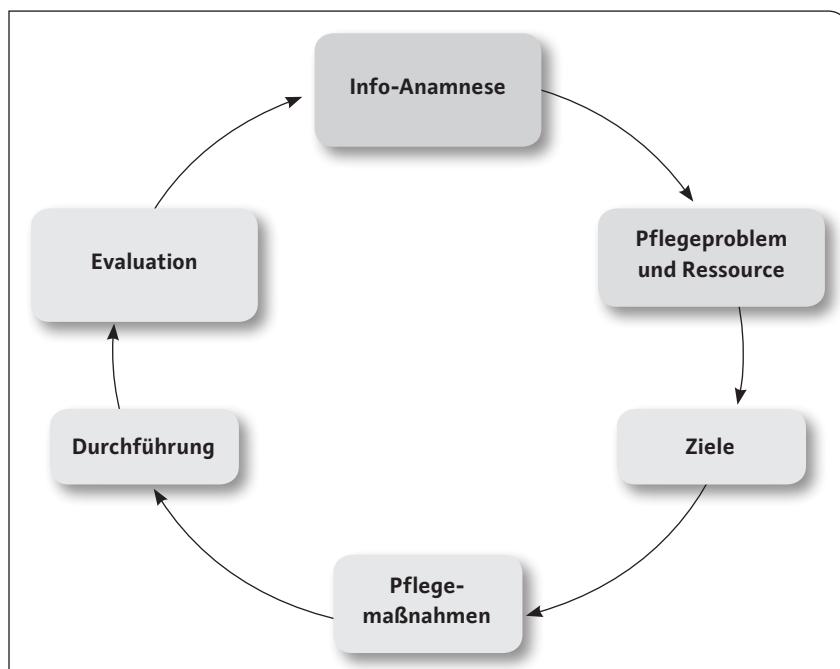


Abb. 2: Die Informationssammlung.

3.3 Pflegekräfte als Erfinder von Problemen

Es werden mehr Informationen gesammelt, als verarbeitet werden, das habe ich im vorangegangenen Abschnitt dargestellt. Wie geht es nun weiter mit dem zweiten Schritt im Pflegeprozess, der Darstellung der Pflegeprobleme in der Pflegeplanung?

Leider ist der Umgang mit den Informationen nicht viel besser als der Umgang mit dem Thema Pflegeproblem. Viele Pflegekräfte sitzen vor dieser Spalte und fragen sich: »Was ist nun das Problem?« Manchmal erkennen sie, dass da zwar kein Problem ist, aber sie trauen sich nicht, eine Spalte in der Pflegeplanung einfach leer zu lassen. Unter dem Druck, in die Problemspalte etwas eintragen zu müssen, füllen sie die Spalte nach bestem Wissen, aber eben nicht immer sinnvoll. Andere Pflegekräfte wissen nicht so recht, wessen Problem es eigentlich ist, und folglich sind sie unsicher, wie sie es beschreiben sollen.

Ich stelle immer wieder fest, dass Mitarbeiter Probleme nur aus ihrer Sicht beschreiben. Das ist aber oft lediglich eine Feststellung. Hier einige Beispiele, wie schnell Defizite mit Problemen verwechselt werden:

- ... ist blind
- ... ist schwerhörig
- ... ist auf Brille angewiesen
- ... ist gehbehindert
- ... ist bettlägerig
- ... ist beinamputiert
- ... ist übergewichtig
- ... ist untergewichtig
- ... ist sturzgefährdet
- ... ist inkontinent
- ... ist insulinpflichtiger Diabetiker
- ... hat niedrigen Blutdruck
- ... hat einen Dekubitus
- ... hat eine Wunde
- ... leidet unter Schmerzen
- ... nimmt nicht an Veranstaltungen teil

Diese Begriffe sind reine Feststellungen, pure Information, und geben keinen Hinweis auf ein evtl. bestehendes pflegerisches Problem. Wer diese Begriffe als Problem aufführt, wird Mühe haben, eine Lösung zu finden. Oder wie lösen Sie das »Problem«, dass jemand blind, dick, dünn, inkontinent ist oder an Diabetes leidet?

Die Informationen, die im Pflegeprozess zum ersten Schritt, der Informationssammlung, gehören, sind weder ein Problem noch eine Ressource. Wenn die aufgeführten Begriffe in den zweiten Schritt mitgenommen werden, bleiben sie eine Information. Sie werden auch in der Spalte »Probleme und Ressourcen« als Information mitgeführt. Denn es sind Tatsachen und Feststellungen, die Ursachen für Probleme sein können. Aber sie müssen nicht immer ein Problem begründen. Es kann auch sein, dass diese Defizite keine Probleme auslösen und der Pflegebedürftige **nur** Ressourcen in diesem Bereich hat.



Abb. 3: Ausgewählte Beispiele in der Gegenüberstellung.

Diese Beispiele (siehe Abbildung 3) zeigen, dass nicht jede Information ein Pflegeproblem ist. Die Information kann auch als Begründung oder Bestätigung in eine Ressourcenbeschreibung einfließen. Muss man eigentlich planen, wenn es nur Ressourcen gibt? Das fragen sich sicher insbesondere Mitarbeiter von ambulanten Diensten. Die Antwort ist klar und eindeutig: Ja, man sollte dennoch planen. Die Informationen müssen ja an irgend einer Stelle in den Pflegeprozess einfließen. Sie können nicht einfach nur feststellen, dass jemand humpelt. Sie müssen auch schauen, wie er damit umgeht oder was daraus resultiert. Es genügt nicht zu erkennen, dass jemand schwerhörig ist. Sie müssen auch beschreiben, wie der Kunde damit umgeht. Es kann nicht genügen zu wissen, dass jemand inkontinent ist. Die Gesamtumstände müssen erkennbar sein. Schließlich sind wir es als Pflegekräfte, die den Menschen ganzheitlich betrachten. Es wäre traurig für unseren Berufsstand, wenn wir lediglich Defizite feststellen.

Das Gute an der ressourcenorientierten Betrachtung ist auch, dass Sie als Pflegekraft weniger Verantwortung tragen. Wenn ein Pflegebedürftiger selbstständig zur Toilette geht, kann er dort auch stürzen oder einen Ileus erleiden. Alles, was ein Mensch selbstständig regelt, kann im Allgemeinen keinem Dritten zur Last gelegt werden. Es sei denn, der Beratungsansatz der professionell Pflegenden ist nicht erkennbar. Das ist die Pflicht einer jeden Pflegeeinrichtung (siehe auch Kapitel 6).

3.4 Die Maßnahmen passen nicht zum Problem oder zu den Zielen

Im letzten Absatz habe ich deutlich gemacht, dass Probleme oft erfunden werden, nicht individuell oder nicht korrekt aufgeführt werden. Doch der Pflegeprozess klemmt auch beim dritten Schritt: Die Ziele passen nicht zu den geplanten Maßnahmen.

Problem

Es werden Ziele gesteckt, die mit den infrage kommenden Maßnahmen oder dem zugrunde liegenden Problem gar nicht erreicht werden können.

Negativ-Beispiel 1

Problem: Trinkt zu wenig

Ziel: Trinkt ausreichend

Maßnahme: Öfter zu trinken anbieten

Wenn jemand zu wenig trinkt, wäre als Erstes wichtig, die Ursache zu ergründen und dann zu prüfen, ob die Trinkmenge tatsächlich zu gering ist und aus wessen Sicht. Zur Ursache: Wenn jemand kein Durstgefühl hat, muss man anders mit ihm umgehen, als wenn er das Trinken vergisst. Wenn jemand Angst hat, nachts auf die Toilette zu müssen und deshalb nach 16.00 Uhr nichts mehr trinkt, verlangt dies wiederum eine andere Vorgehensweise. Das Ziel »trinkt ausreichend« ist in allen drei Fällen wohl eher nicht erreichbar. Ganz abgesehen davon, dass jeder etwas anderes unter »ausreichend« versteht.

Bessere Planung (stationär)

Ressource: Trinkt morgens gern süßen Kaffee mit Milch. Sagt, wenn sie nichts mehr möchte. Trinkt aus Tasse/Glas ohne Tülle.

Problem: Trinkt im Schnitt nur 800 ml am Tag. Sagt, sie kann nicht so viel trinken, sonst wird ihr übel.

Ziel: Angestrebte Trinkmenge 1000 ml/Tag

Maßnahme: Bei jedem pflegerischen Kontakt auf das Getränk hinweisen. Ihren Lieblingssaft (Kirsche) immer wieder mit und ohne Wasser anbieten.

Bessere Planung (ambulant)

Ressource: Trinkt morgens gern süßen Kaffee mit Milch. Sagt, wenn sie nichts mehr möchte. Trinkt aus Tasse/Glas ohne Tülle. Tochter besorgt den Lieblingssaft (Kirsche). Tochter ist informiert, dass sie ihrer Mutter immer etwas anbietet, damit sie möglichst mehr als 1000 ml/Tag trinkt.

Problem: Trinkt im Schnitt nach eigenen Angaben nur 800 ml am Tag. Sagt, sie kann nicht so viel trinken, sonst wird ihr übel.

Ziel: Trinkt morgens zur Versorgung 1 Tasse Kaffee und 1 Glas Saft/Wasser

Maßnahme: Bei der Versorgung auf Getränk hinweisen. Beim Gehen daran erinnern, immer ein gefülltes Glas vor sich zu haben.

Negativ-Beispiel 2

Problem: Dekubitusgefährdet

Ziel: Kein Dekubitus

Maßnahme: Lagern morgens beim Pflegeeinsatz

Dieses Beispiel stammt aus dem ambulanten Bereich. Klar ist, dass man nur lagern kann, wenn man im Haushalt zugegen ist, also morgens beim Pflegeeinsatz. Aber wird dadurch ein Dekubitus vermieden? Reicht es, einmal am Tag zu lagern? Sicher nicht. Hier fehlen weitere Maßnahmen, z. B. Hautpflege etc. Es fehlt das Wichtigste im ambulanten Bereich: die Ressource! Das wäre hier eine im Haushalt befindliche Pflegeperson, die weitere prophylaktische Maßnahmen ergreifen kann.

Negativ-Beispiel 3

Problem: Ist übergewichtig

Ziel: BMI im Normbereich

Maßnahme: Drei Haupt-, zwei Zwischenmahlzeiten, Beratung

Sieht man sich dieses Beispiel aus einer stationären Pflegeeinrichtung an, fragt man sich, wie jemand mit fünf Mahlzeiten am Tag sein vermeintliches Problem »Übergewicht« lösen soll. Die weitere Frage ist auch, wie man in den Normbereich des BMI kommen will. Ist das ein Ziel, das der Pflegebedürftige will, dann muss das Problem auch so dargestellt werden. Sollte die Gewichtsreduktion das Ziel sein, müssen die Maßnahmen angepasst werden. Es bleibt grundsätzlich die Frage, ob das »Problem« überhaupt eines ist und wenn ja, für wen.

Besser

Ressource: Sagt, sie habe immer schon gern gegessen. Hat seit etwa 10 Jahren das gleiche Gewicht. Weiß, dass sie übergewichtig ist, sieht aber keine Notwendigkeit, dies zu ändern. Sie sagt, sie ist alt und nimmt die Nebenwirkungen gern in Kauf.

Hier folgen keine Maßnahmen, keine Probleme und keine Ziele. Denn die Dame hat schlicht kein Problem.

Besser

Ressource: Weiß, dass sie übergewichtig ist und sich dadurch immer weniger bewegen kann. Ist bereit, auf bestimmte Lebensmittel zu verzichten, möchte nicht zunehmen.