

1 Einleitung

Es scheint, als würden die jahrzehntelangen Klagerufe und Bitten der Pflegefachkräfte nach Vereinfachung der Pflegedokumentation erhört. Der Gesetzgeber stellte eine große Menge Geld zur Verfügung und beauftragte renommierte Fachleute damit eine entbürokratisierte Pflegedokumentation zu entwickeln, die sowohl den Anforderungen der Praktiker genügen, als auch den rechtlichen Anforderungen standhalten sollte. Seit 2015 schulen und begleiten eigens hierfür durch das zentrale Ein-STEP Projektbüro in Berlin qualifizierte Multiplikatoren bundesweit ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umstellung der bisherigen auf die neue Pflegedokumentation.

Seit Einführung der Pflegeversicherung wächst die Masse notwendiger und notwendig erscheinender Dokumente zur Pflege unaufhörlich. Selbst wenn nur wenige Pflegeleistungen oder diese nur kurzzeitig zu erbringen sind, schützt dies nicht davor, im Vorfeld eines ersten Handgriffs eine Vielzahl von Dokumenten gewissenhaft zu bearbeiten und auszufüllen. Das augenscheinliche Ziel dieser Dokumentation ist die Sicherung von Pflegequalität.

Vielfach fühlen sich viele Pflegefachkräfte dazu getrieben, ihre Arbeit und die damit verbundene Qualität ohne nachzudenken zu dokumentieren, weil dies bislang immer so der Fall gewesen ist. Vermutlich ist es die „Angst“ davor, durch fehlende Dokumentationen schlechte Ergebnisse bei Qualitätsprüfungen zu erzielen. Aussagen, wie zum Beispiel „als Pflegekraft steht man immer mit einem Bein im Knast“ oder „wer schreibt, der bleibt“ leisten ihr Übriges, um die gängige Praxis am Leben zu halten.

Der Alltag einer Pflege(fach)kraft ist geprägt von dem subjektiven Eindruck, ständig und alles dokumentieren zu müssen. Der Hintergrund dieser subjektiven Einschätzung ist jedoch nicht selten die fehlende Fertig- und Fähigkeit zur sachgerechten Dokumentation. Demnach ist es einfacher, hierfür spezielle Dokumentationsbögen zu kreieren, um den vermeintlich gestellten Anforderungen gerecht werden zu können.

Das Ein-STEP Projektbüro stellt den Akteuren der täglichen Pflegepraxis mit der neu strukturierten und entbürokratisierten Pflegedokumentation nicht nur ein neues Werkzeug zur Verfügung, sondern verbindet die Einführung dieser mit einem umfassenden Schulungs- und Trainingsprogramm. Das eigentliche Ziel dieser Schulungen und Trainings sehe ich persönlich nicht darin, den Umgang mit der neu strukturierten Dokumentation zu erlernen. Das eigentliche Ziel sehe ich darin, die Fachlichkeit der Pflegefachkräfte wieder zu beleben.

Ein Hauptthema der Ausbildung zur Pflegefachkraft ist die „Krankenbeobachtung“.

Die Krankenbeobachtung ist das bewusste Wahrnehmen des Kranken bzw. zu Pflegenden, das Erkennen des körperlichen und seelischen Zustandes im Augen-

blick bzw. für die Dauer der Pflege. Die Pflegeperson soll mittels ihrer Sinne in der Lage sein, alle Veränderungen der zu pflegenden Person wahrzunehmen. Diese Wahrnehmung erfolgt während sämtlicher Pflegeleistungen, wie zum Beispiel beim Waschen, Betten oder auch beim Gespräch.¹

Sofern diese Beobachtungen aufgeschrieben werden, ist ein erster wichtiger Schritt in die „richtige“ Richtung bereits getan. Wenn dann aus diesen geschriebenen Beobachtungen pflegerische Interventionen erfolgen und diese ebenfalls aufgeschrieben werden, ist die Frage nach der Sicherheit der Dokumentation bereits gelöst. Aber vielfach besteht gerade hier die Schwierigkeit, denn Pflegekräfte wissen sehr viel über den ihnen anvertrauten Menschen, jedoch wird nur sehr wenig an geeigneter Stelle hierüber geschrieben. Dabei wäre es zunächst einmal vollkommen egal, an welcher Stelle der Pflegedokumentation derartige Angaben vorzunehmen sind – die Hauptsache ist, dass sie überhaupt vorgenommen werden.

In den letzten Jahren haben sich zu den „regulären“ Formularen vielfältige Assessmentinstrumente eingeschlichen. Das Ziel dieser zusätzlichen Dokumente sollte es sein, zum Beispiel den besonderen Anforderungen der Expertenstandards gerecht zu werden. In der Praxis wurden diese Formulare allerdings vielfach nicht adäquat geführt. Entweder fehlte die Erhebung oder aber die regelmäßige Evaluierung. Wenn Erhebung und Evaluierung vorgelegen haben, fehlte in vielen Fällen eine Dokumentation über die Ergebnisse und deren Auswirkungen auf die tägliche Pflege oder es fehlte der Nachweis über eine individuelle Beratung der pflegebedürftigen Person oder deren Angehöriger. Die in diesem Absatz geschilderten Umstände sind vermutlich die häufigsten Gründe für eine abgeschwächte Benotung nach einer Qualitätsprüfung.

Eine weitere Schwierigkeit sehen Pflegefachkräfte häufig in der Tatsache, ihre – auch mit Assessmentinstrumenten untermauerte – Einschätzung während einer Qualitätsprüfung zu rechtfertigen. Vielfach sehen sich Pflegefachkräfte einer Willkür der Prüfer gegenübergestellt, der sie – wenn überhaupt – nur mit Hilfe von Assessmentinstrumenten entgegentreten können. Das Vertrauen in die eigene Fachlichkeit der professionell Pflegenden musste daher über die Jahre verloren gehen. Parallel dazu musste zwangsläufig der Anteil von „beweiskräftigen“ Formularen in der Pflegedokumentation ansteigen.

Das Strukturmodell bietet zur Behandlung und Lösung dieser Schwierigkeiten eine vollkommen neue Ausgangsposition an. Eine Grundlage hierfür ist eine deutlich reduzierte Anzahl verpflichtend vorzuhaltender Dokumente. Die wesentliche Grundlage des Strukturmodells ist jedoch die Rückkehr zur Fachlichkeit der professionell Pflegenden.

1 Pflegewerk: Krankenbeobachtung. Online: <http://www.pflegewerk.com/pflegekurse/2-krankenbeobachtung.html> [abgerufen am 29.9.2015].

Die Pflegedokumentation ist nicht dazu da, mit einer Vielzahl von mehr oder weniger sachgerecht und adäquat ausgefüllten Formularen einer Prüfinstanz etwas beweisen zu können. Insofern ist eines der häufig angeführten Argumente, nämlich „*der MDK will das so*“ vollkommen sinnentleert.

Eine Pflegefachkraft sollte sämtliche objektiven Eindrücke im Rahmen ihrer Krankenbeobachtung dokumentieren. Gleichsam sollten die subjektiven Krankheitszeichen und Angaben des zu Pflegenden eben durch das Dokumentieren entsprechend beachtet und ernst genommen werden.

Die Grundlage zur adäquaten Einschätzung einer Situation ist die Fachlichkeit, das Wissen und die Erfahrung der Pflegefachkraft – nicht die entsprechende Punktzahl auf einer Risikoskala. Ob die zu pflegende Person ein Risiko zur Entstehung eines Dekubitus hat, weiß eine Pflegefachkraft nicht erst durch das Ausfüllen einer Braden-Skala. Ob ein Sturzrisiko vorliegt, erkennt eine Fachkraft bereits vor Ausfüllen eines Bogens zur Risikoerfassung.

Der Schritt zur Besinnung und zum Vertrauen in die eigene Fachlichkeit ist der größte und breiteste Stützpfiler der neu strukturierten und entbürokratisierten Pflegedokumentation. Ist dieser Schritt vollzogen, fällt die Argumentation gegenüber einer Prüfinstanz nicht schwer, der Spielraum für die subjektive Einschätzung des Prüfers ist verschwunden. Allerdings nur dann, wenn diese Beobachtungen und hieraus resultierenden Maßnahmen dokumentiert sind und beachtet werden.

Das neue Strukturmodell ist eine Chance, sich wieder auf die eigentlichen Schwerpunkte pflegerischer Arbeit zu konzentrieren und die Angst davor zu verlieren, sich der Diskussion mit den Organen einer Prüfinstanz stellen zu müssen. Was nun folgen muss ist eine Entwicklung der Pflegefachkräfte, um diese Chance auch nutzen zu können. Nicht die Anzahl der verwendeten Dokumentationsvorlagen ist entscheidend, sondern das, was darauf dokumentiert wird und wie dies im Alltag Berücksichtigung findet.

Das Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation berücksichtigt nicht einzig den Wunsch, die Anzahl der zu verwendenden Dokumente zu reduzieren. Vielmehr kann das Projekt den Wunsch der Pflegefachkräfte erfüllen, die eigene Person, die Arbeit, deren Wertigkeit und Qualität tatsächlich ernst zu nehmen. Aber wie so oft kommt es darauf an, was man selbst daraus macht.

Für das überbordende Ausmaß der bisherigen Dokumentation existieren kein Gesetz und keine Richtlinie. Es ist das Resultat von Maßnahmen kleinschrittiger Lösungsansätze, bei denen der Blick auf das Ganze bereits vor langer Zeit verloren ging. Die neu strukturierte und entbürokratisierte Pflegedokumentation des Ein-STEP Projektbüros bietet hier ohne zwingende Verpflichtung eine Möglichkeit, diese Situation zu entschärfen.

Einleitung

Der Anfang ist getan, jetzt sind die Pflegefachkräfte dazu aufgefordert, die Chancen zu nutzen und die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit anzupassen.

Mit dem vorliegenden Buch möchte ich zwei Ziele erreichen: Eines der beiden Ziele besteht darin, den Einrichtungen und Pflegefachkräften, die sich bereits für den „entbürokratisierten“ Weg entschieden haben, Fragen zu beantworten und Hilfestellungen zu geben bei Schwierigkeiten, die mit der Umsetzung auftreten können. Das andere Ziel besteht darin, Einrichtungen und Pflegefachkräfte für die neu strukturierte und entbürokratisierte Pflegedokumentation zu interessieren und zu begeistern.

Wenn Sie sich für den „entbürokratisierten“ Weg entscheiden, scheint der Weg zur Umsetzung geprägt von der Überprüfung und Anpassung unzähliger Prozesse. Scheuen Sie sich aber nicht, diesen Weg dennoch zu gehen. Das Ergebnis lohnt sich wirklich!

Gerne stehe ich Ihnen von Anfang an unterstützend und begleitend zur Seite. Ich helfe Ihnen bei der Erstellung eines geeigneten Projektplans und begleite Sie bei der Umsetzung – bei jedem einzelnen Schritt. Kontaktieren Sie mich, die Kontaktdaten erfahren Sie mit einer E-Mail an den Verlag.