

Vorwort

Pflege ist dem ständigen Wandel unterworfen und Änderungen sind im täglichen Tun nicht immer leicht umzusetzen. Viele Veränderungen der letzten Jahrzehnte brauchten „ewig“, bis sie als „selbstverständlich“ von allen Kolleg_innen¹ akzeptiert wurden. Zu diesen, die Pflegepraxis besonders stark beeinflussenden Veränderungen, gehörte die Einführung der Pflegedokumentation Ende der 1970er Jahre.

Nun steht wieder eine Änderung an, denn die ausufernde Pflegedokumentation, wie sie in Kliniken, Altenheimen und ambulanten Pflegediensten mehr oder weniger konsequent umgesetzt wird, „frisst“ mittlerweile so viel Zeit, dass der Unmut darüber quasi mit den Händen zu greifen ist. „Pfleger_innen wollen pflegen“, so liest man oft, „und nicht schreiben!“

Die Ausuferung der Pflegedokumentation wurde und wird allerdings auch durch die Kostenträger unterstützt, weil in den regelmäßigen Überprüfungen durch sie ständig hier und da moniert wurde, dass dieses Pflegedetail noch nicht hinreichend dokumentiert und jene Pflegemaßnahme nicht ausreichend begründet sei. In den letzten Jahren hat der Autor unterschiedliche MDK-Prüfungen erlebt und somit auch mit unterschiedlichen Prüfer_innen Diskussionen geführt, die häufig diametral entgegengesetzt waren: in der einen Prüfung wünschten die Prüfer_innen jene Dokumentation, die von den anderen Prüfer_innen in der nächsten Prüfung als überflüssig oder sinnlos bezeichnet wurde.

Die Professionalisierung der Pflegedokumentation wird aber auch – zu Recht – von jenen betrieben, die pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis verankert wissen wollen (genannt seien hier die „Nationalen Expertenstandards“) und die Professionalität der Pflege dadurch zu erhöhen suchen, als sie die Pflege „sichtbar“ machen wollen. Wenn nicht dokumentiert und evaluiert wird, bleibt die Pflege unsichtbar – ein berufspolitischer Ansatz, der auf jeden Fall Unterstützung verdient.

So klafft eine große Differenz an Umfang und Qualität der Pflegedokumentation zwischen den Ansprüchen von Wissenschaft und Kostenträgern einerseits und den realistischen Möglichkeiten in der täglichen Praxis andererseits.

Nun also soll die Pflegedokumentation „entbürokratisiert“ werden – man könnte geneigt sein, anzunehmen, dass mit diesem Anspruch eine Verschlinkung der Pflegedokumentation gewollt sein könnte. Ob diese Vermutung sich bestätigt, werden die

1 Der Gender Gap ist die Antwort auf das Zweigeschlechtersystem. Der durch den Unterstrich symbolisierte Zwischenraum soll all jene Personen einschließen, die sich nicht in das klassisch-hegemoniale System Frau/Mann einlassen und irgendwo zwischen diesen beiden Polen verorten wollen (z. B. transidente Personen).

nächsten Jahre zeigen – der Autor ist skeptisch, denn die deutsche Gründlichkeit ist nur schwer zu beherrschen.²

Für das Spezialgebiet „ambulante (außerklinische) Intensivpflege“ gibt es offenbar bisher keine Anregungen für die neue Art der Pflegedokumentation. Viele Kolleg_innen wenden sich ganz bewusst der außerklinischen Intensivpflege zu, weil sie die 1:1-Betreuung reizt und sie von den Möglichkeiten, in der „normalen“ ambulanten Pflege ihre eigenen Vorstellungen umsetzen zu können, enttäuscht sind (Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, [Hrsg.] 2005).

Der Autor hat die in den folgenden Kapiteln vorgestellte Pflegedokumentation seit 2014 erarbeitet und in der Praxis getestet: Sie ist keinesfalls perfekt und längst nicht ausgereift. Gleichwohl hat er sich entschieden, diese Dokumentation hier vorzustellen, und zwar aus den folgenden Gründen:

1. Anregungen geben

Ich bin der festen Überzeugung, dass viele der hier vorgestellten Ideen für die Eine oder den Anderen hilfreich sein können – „übernehmen“ und „verändern“ ist also ausdrücklich erlaubt.

2. Diskussion anstoßen

Ganz sicher werden viele Expert_innen Kritik an diesen Vorschlägen haben. Aber wir können die Pflegedokumentation, die gleichzeitig auch Signum der Professionalität unseres Berufsstandes ist, nur weiterentwickeln, wenn wir gemeinsam um den besten Weg, die beste Vorgehensweise konstruktiv und wertschätzend streiten. Niemand hat bisher den Königsweg gefunden und so lade ich ausdrücklich zu einer sachlichen Diskussion, die uns weiterhelfen kann, ein.

Diese Pflegedokumentation bindet in die Überlegungen der „Strukturierten Informationssammlung“ (SIS) in Vorschläge, wie sie im „Neuen Begutachtungssessment“ (NBA) vorgestellt wurden, ebenso ein, wie andere Erhebungsinstrumente, die sich – nach Ansicht des Autors – in der Praxis bewährt haben.



Online finden Sie pdf-Kopiervorlagen der Formulare, die für diese Pflegedokumentation benötigt werden. Jedes Formular, das auch online zum Download verfügbar steht, ist mit dem PDF-Symbol gekennzeichnet. Den Freischaltcode für die Vorlagen und weitere Hinweise finden Sie am Ende des Buches.

Hamburg, im Juni 2019

Klaus-Dieter Neander

² Darüber hinaus bietet die „neue Pflegedokumentation“ natürlich auch wieder reichlich Stoff für wissenschaftliche Forschungen, die der Frage nachgehen werden, ob sich denn mit der Einführung etwas „verbessert“ habe. Mit Pressemitteilung vom 18.4.2019 wird schon die erste anonyme Befragung unter dem Titel „Ressourcenverbrauch und Ressourcengewinn durch Pflegedokumentation“ durch die Universität Bremen (IPP, Abteilung Management im Gesundheitswesen) angekündigt.