

H 2898

Sonderdruck

Bibliomed
Medizinische Verlags-
gesellschaft mbH
Postfach 11 50
34201 Melsungen

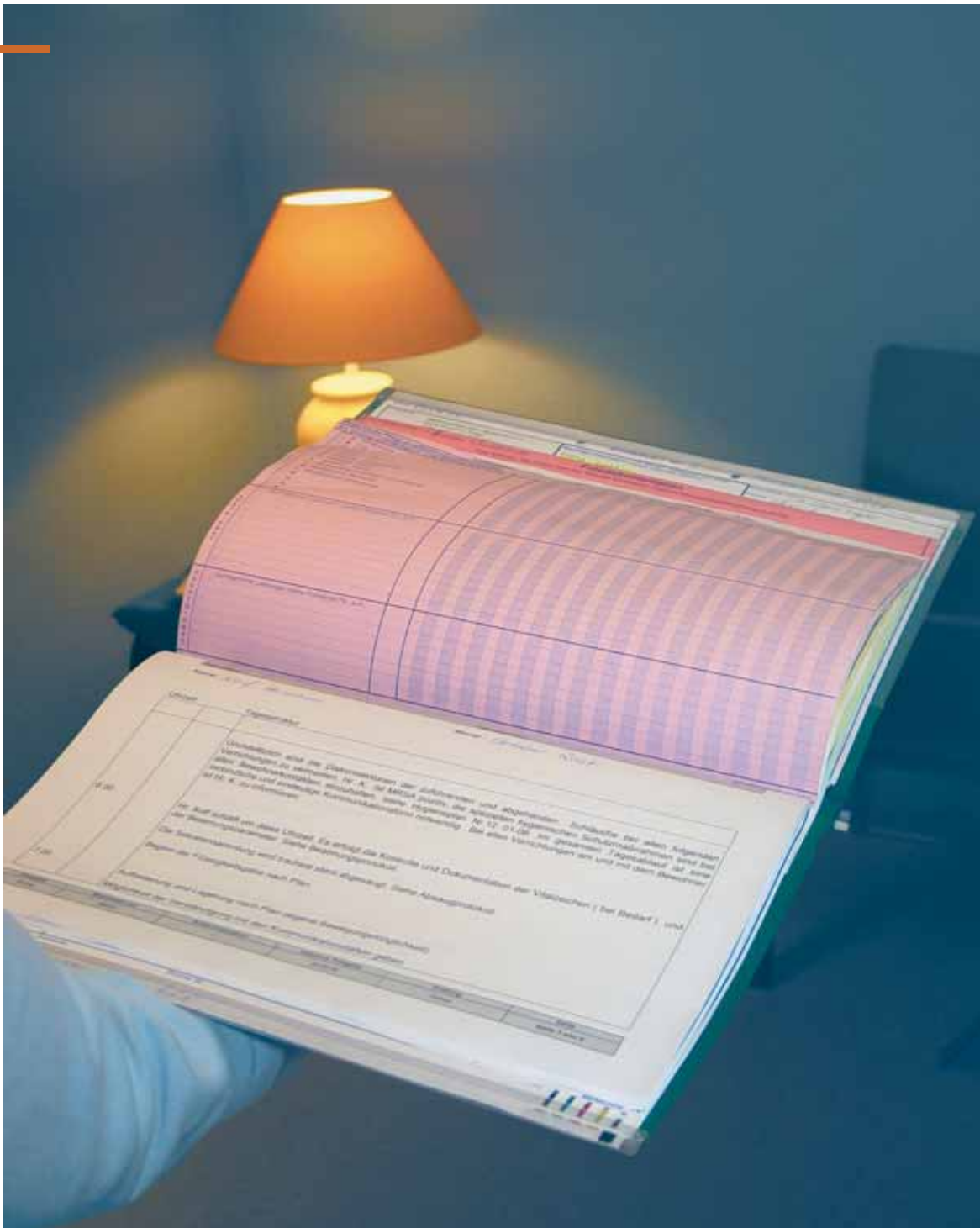
ISSN 0340-5303

Die Schwester Der Pfleger

Prozessuale Pflege

- oder die
nächste Fahrt geht
rückwärts!

Von Michael Isfort



Juli **7** | **05**

Pflegeverständnis

Prozessuale Pflege

Michael Isfort

– oder die nächste Fahrt
geht rückwärts!

So paradox es klingen mag, so einsichtig ist es doch, dass der Pflegeprozess und die Pflegedokumentation nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn man sie in ihrer Bedeutung zurückstufte. Gefordert wird eine „Entjurifizierung“ der Pflege-

dokumentation und keine „Entbürokratisierung“ einzelner Pflegedokumente. Dem „entweder ganz oder gar nicht“ in der Anwendung von Pflegedokumentation wird hier ein praktikables „wenn sinnvoll dann“ gegenübergestellt.

Das Thema erhitzt weiterhin die Gemüter: der Pflegeprozess und die damit verbundene Pflegedokumentation. Lehrende an den Ausbildungsstätten bemühen sich genauso um eine geordnete Struktur in der Vermittlung und Anwendung, wie die Praktiker vor Ort. Auch die Kontrollorgane, beispielsweise die Medizinischen Dienste der Krankenkassen, beobachten die Pflegedokumentation mit Argusaugen. Die Politik reagiert auf die zunehmenden Diskussionen um erhöhte Dokumentationsleistungen in der Pflegepraxis bei gleichzeitig bestehender Personalknappheit mit einzelnen Projekten oder Gedanken zur Entbürokratisierung. Der Pflegeprozess und die Pflegedokumentation scheinen demnach erneut oder immer noch ein Problemfeld darzustellen. Kurz gesagt: Alle blicken hin, keiner blickt durch!

Erst jüngst veröffentlichte der MDS (Medizinische Dienste der Spitzenverbände der Krankenkassen) eine Grundsatzstellungnahme zum Thema Pflegeprozess und Pflegedokumentation (1). Bislang hat sich der MDS mit Grundsatzstellungen vor allem zu sehr problembehafteten Themen geäußert, wie der Dekubitusversorgung oder aber der Ernährungsversorgung. Es wurden insbesondere die Themen aufgegriffen, die häufig in den Mängellisten der Qualitätsprüfungen

zu finden waren. Das kann bezüglich des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation nur folgendes bedeuten:

- Es funktioniert nicht gut.
- Es funktioniert nicht gut genug.
- Es funktioniert nicht überall gut genug.

Grund genug, sich dem Thema erneut zuzuwenden, gleichwohl eine heftige Debatte über das Für und Wider des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation bereits seit Mitte der 1990er Jahre geführt wurde (vgl. *Zegelin-Abt, Stratmeyer, Fischbach, Thiel, Brandenburg*).

Der Pflegeprozess als Problem ohne Lösung

In einem ersten Schritt sollen die wesentlichen Diskussionen um den Pflegeprozess und die Dokumentation dargestellt werden, wie sie in der Literatur der vergangenen Jahre geführt wurden. So kommt auch dieser Artikel nicht ohne ein gewisses Maß an theoretischem Analysieren aus und lädt ein, sich der Debatte erneut zu stellen, denn im Theoretisieren liegt auch ein gewisses Potenzial Humor verborgen.

Stratmeyer (3) stellt in seinem viel beachteten Artikel bereits 1997 fest, dass der Problemlösungsansatz eine sehr reduzierte und vereinfachte Sichtweise auf die Pflege ist, die wesentliche Aspekte, wie die Beziehung zum Patienten, offen lässt. *Fischbach* (4) erklärt den Pflegeprozess 2001 sogar offiziell für gescheitert und führt ein Pflegekonsil ein, das erstaunlicherweise in seiner Schrittigkeit und in seinem logischen Ablauf große Parallelitäten zum Pflegeprozess aufweist.

Hinweis:

Dieser Artikel soll bewusst anregen, aufregen und lädt zur Reaktion und Diskussion ein. Nur so ist es zu erklären, dass der Autor diese Form der Sprache wählte. (Titelfoto: N. Dietrich)

Es kann daher bestenfalls als methodische Modifikation mit einem erweiterten Offenheitsgrad begriffen werden. Dabei schafft *Fischbach* neue Wortkreationen und eigene Typenbildungen wie die „dialektische Pflege“ oder die „hermeneutische Pflege“, als wäre es nicht schon anstrengend genug, Hermeneutik und Dialektik an sich zu verstehen.

Schöninger und *Zegelin* (5) kritisieren u. a. die Herkunft aus dem industriellen Denken eines Fertigungsprozesses und plädieren für eine neue Form, eine Spirale. Das ändert zunächst einmal nichts, außer die grafisch verbesserte Darstellungsform. Früher musste man dauernd im Kreis herumfahren, heute leisten wir uns eine Fahrt in der Spirale.

Es werden in den Artikeln zentrale Kritikpunkte an der Methode des Pflegeprozesses deutlich, die in der Aussage zusammengefasst werden können, dass der Pflegeprozess so nicht umsetzbar ist, nicht umgesetzt wurde und nicht funktioniert. Aber reicht das, um den problem-lösenden Ansatz in der Pflege zu Grabe zu tragen?

Probleme gibt es leider viele, und sie wollen auch in der Alltagswelt gelöst werden. Das geschieht oft in einem geordneten Verfahren aus Informationssammlung, Problemerkennung, Maßnahmenplanung und Überprüfung (6). So stellt sich vor dem Wochenende die Frage, ob ausreichend Lebensmittel im Hause sind, um sich zu versorgen. Ein Blick in den Kühlschrank hilft weiter. Danach erstellt man eine Einkaufsliste, geht zum nächstgelegenen Supermarkt und kauft ein. Abschließend räumt man die eingekauften Waren in den Kühlschrank und schließt diesen zufrieden mit dem Wissen, dass man wieder einmal ein Problem gelöst hat. Ein wunderbares, mehrschrittiges Modell einer Problemlösung mit angeschlossener Evaluation. Man hat auch am Wochenende kochen können. Problem erkannt? Problem gebannt!

Es zeigt sich deutlich, dass der Pflegeprozess als Problemlösungsprozess von so allgemeiner Art ist, dass er ohne nähere inhaltliche Beschreibung ein Rahmen ist, mehr nicht. Es gibt ihn sogar gar nicht, den Pflegeprozess, denn es gibt lediglich ein globales theoretisches Modell der logischen Problemlösung, dem man irgendwann einmal den Vornamen „Pflege“ gegeben und damit für ordentlichen Wirbel gesorgt hat.

Eine Eigenständigkeit in Bezug auf „Pflege“ kann hier nicht erkannt werden. Die Pflege ist eines der möglichen Anwendungsgebiete, wie es solcher viele gibt. Damit erscheint es aber auch müßig, sich darüber zu streiten, ob man ihn für die Pflege anerkennen oder lieber abschaffen sollte. Es braucht auch keine Diskussion darüber zu geben, ob er tot ist, putzmunter oder sich ge-

rade in einer Kur erholt. Es gibt ein ganz ausschlaggebendes Gegenargument zu der theoretisch formulierten Kritik:

Problemlösung ist schlichtweg vorhanden! So ist das nun mal.

Die Wirklichkeit ist oft banaler, als es sich die theoretische Debatte wünscht.

Die Anwendung von Problemlösung im Bereich der Pflege zu bestreiten heißt, den Pflegenden zu unterstellen, sie würden als einzige Menschen überhaupt nach einem Reiz-Reaktionsmodell arbeiten. Individuelle Pflege würde dann umgedeutet zu: Ich pflege, wie ich will und es gerade mache. Eine etwas gewagte Behauptung wäre das schon ...

Gemeint waren mit den zentralen Kritikpunkten somit wohl eher die als unzureichend empfundenen inhaltlichen Beschreibungen und Abklärungen.

Allgemeine Modelle haben nämlich einen generellen Nachteil: Sie sind so allgemein gehalten, dass ihnen das Spezifische fehlt. Spezifisches ist aber notwendig, um es diskutieren zu können. Die Ergebnisse der Diskussionen um den Pflegeprozess, wie sie bislang geführt wurden, bleiben ohne diese Art der Abklärung auf einem hohen Abstraktionsniveau und sind eher philosophischer Art. Sie sind in der praktischen Durchschlagskraft vor allem eines: Scheindiskussionen. Sicherlich lassen sich so intellektuelle Denk- und Argumentationsfähigkeit trainieren, der Sache selbst dient dies nicht. Geregelt und diskutiert wird im Kreisverkehr, und der existiert anscheinend losgelöst von Strukturen. Auf den wichtigen Aspekt des Einbezugs der Rahmenbedingungen weist einzig *Thiel* (7) deutlich hin und versöhnt – ein wenig – mit dem Pflegeprozess als Methode des professionell Pflegenden.

Für den Pflege(problemlösungs)prozess bedeutet die Klärung des Spezifischen, dass die Inhalte des pflegerischen Handelns oder Denkens hinzugezogen werden müssen. *Stratmeyer* legt eine klare Analyse über die Notwendigkeit der Inhaltsklärung vor. Sein Vorschlag ist die Einbindung von Pflgetheorien. Er legt sich dabei aber fest auf die Bedeutung der Beziehungsaspekte in den Interaktionstheorien. Das Wesen der Pflege eine Frage der Beziehung? Das wiederum führt dazu, dass eine auch vorhandene klinisch relevante und eher funktional ausgerichtete Problemlösung zu weit in den Hintergrund gerät. *Lay* und *Brandenburg* (8) zeigen auf, dass auch diese Sichtweise einseitig nur einen Aspekt der Wirklichkeit beleuchtet.

Denkt man die etwas angestaubte pflgetheoretische Diskussion tatsächlich zu Ende, dann müsste für eine ganz konkrete Anwendung die schwierige Frage geklärt werden, was denn Pflege sei. Hier aber gibt es Problematiken ganz

praktischer Natur. Diese Frage lässt sich nicht abschließend klären. Was Pflege überhaupt ist, was gute Pflege ist, was noch Pflege ist, was nicht mehr Pflege ist, scheint genauso abhängig von der Betrachterperspektive und dem Zugang zum Feld zu sein, wie die Frage, was dann pflegerisch dokumentiert werden soll. Pflege und auch die Pflegewissenschaft sind von ihrem Gegenstandsbereich her ein weiches und weites Feld und somit ein „umkämpftes Gebiet“, wie *Brandenburg* (9) es beschreibt. Es gibt durchaus berechnete unterschiedliche Perspektiven und Antworten auf die Frage aller Fragen. Das Wort für diese, jedenfalls auf der Seite der Pflegewissenschaft akzeptierten, Denkweise heißt: Theorienpluralismus.

Die Pflegedokumentation als Blattsammlung im Schreibtisch

Beschrieben wurde die Notwendigkeit, den Problemlösungsprozess mit pflegerischen Inhalten und Betrachtungen zu füllen, um ihn auch in der Pflege spezifisch einzusetzen. Dazu werden in der Praxis erstaunlicherweise tatsächlich Pflegetheorien oder Teile davon oder Reste bemüht. Sie sollen den Zugang und die Systematisierung der Betrachtung ermöglichen. In den meisten bundesdeutschen Einrichtungen wird auf der Basis von Lebensaktivitäten-Modellen (*Roper; Abderhalden, Juchli, Krohwinkel*) dokumentiert. Die der Dokumentation zugrundeliegenden Ordnungskriterien sind demnach 11, 12 oder 13 oder mehr Lebensaktivitäten, nach denen eine Beschreibung und Systematisierung vorgenommen werden sollte.

Doch hier sind die Grenzen der Lebensaktivitäten-Modellen erreicht. *Höhmman* (10) wies bereits früh darauf hin, dass die Lebensaktivitäten kein geeignetes Kategoriensystem sind, um Pflegeeinschätzungen vornehmen zu können. Wenn man damit keine Einschätzungen vornehmen kann, dann kann man auch nicht eindeutig zuordnen. Die Modelle wurden entwickelt, um Pflege zu lehren und sind eher didaktische Handreichungen, denn analytische Hilfestellungen zur eindeutigen Kategorisierung von Bedürfnis- und Problemlagen.

Man hat ein Schubladensystem vor sich, in das man munter lustig einordnet. Leider fehlen den Schubladen aber die Zwischenböden, und im Inneren des Schubladenschränkchens fällt alles durcheinander herum. **Den Pflegenden wird das Schwierigste abverlangt, was sich überhaupt denken lässt: Ohne eindeutige Beschreibungen, Anwendungsregeln und Einschätzungsinstrumente sollen sie induktiv eine klare Erkennung, Beschreibung und Zuordnung vornehmen. Ein wahrer Künstler ist, wer dieses kann.** Damit erklärt sich nicht nur eine häufige Wiederholung gleicher Probleme oder Begründungen in unter-

schiedlichen Kategorien. Es entsteht unter anderem auch ein nicht enden wollender Schulungsbedarf über die vordergründig simpel erscheinende Frage, was denn nun wohin geschrieben werden sollte.

Bei fünf Experten der Dokumentation werden fünf unterschiedliche Meinungen darüber vorhanden sein, welches Problem nun in welche Lebensaktivität dokumentiert werden soll. Ganz zu schweigen von der germanistisch durchaus relevanten Fragestellung, ob man Ziele positiv oder negativ, nah, fern oder hautnah formulieren darf und muss. Die Planungen bleiben schwierig und zäh, sie sind subjektiv entwickelt und von daher immer angreifbar. Oft sind sie so wohl eher eine Frage des Geschmacks, die zu bewerten und zu begutachten extrem schwierig ist. Ein Problem nicht nur für die Lehrenden, die abstrakte Pflegeplanungen bewerten müssen. Selbstredend werden auch verschiedene Mitarbeiter der MDKs verschiedene Ansichten über eine gute Pflegeplanung haben und diese bei ihren Überprüfungen zur ersten, zweiten und dritten allgemeinen Verunsicherung kundtun und in die Mängelliste schreiben.

Das leidige Thema der „richtigen“ Pflegedokumentation wird vor dem Hintergrund dieses „Kategoriendilemmas“ zu einer Lebensaufgabe oder Lebensversicherung – je nachdem, ob man die Pflegedokumentation selber betreibt oder Lösungen gegen Bezahlung in Seminaren verbreitet.

Insgesamt gilt für die Diskussion um eine „ordentliche“ Pflegeplanung, sofern denn ATLS oder AEDLs als Ordnungsschema eingesetzt werden, nach wie vor der goldene Grundsatz: „Meine Meinung ist eine Meinung, aber wenn Sie eine andere haben, so ist dies eine weitere Meinung.“

Die Beschreibungen dieser Art von Schwierigkeiten sind noch auf einem vergleichbar theoretisch abstrakten Niveau. Das sollte ja weitestgehend vermieden werden, und so wenden wir uns nun anderen analytischen Perspektiven zu. Es geht darum, die Praxis- und Rahmenbedingungen zu untersuchen, um anhand der tatsächlichen Bedingungen den weiteren Schwierigkeiten der Anwendung auf die Spur zu kommen.

Der Pflegeprozess im Spannungsfeld der Praxisbedingung

Das größte Problem einer systematischen Anwendung muss weiter außerhalb gesucht werden. Eine Betrachtung vor allem der Zielperspektive, unter denen Dokumentation und der Pflegeprozess tatsächlich eingesetzt werden, sind hilfreicher, will man die Grundproblematik auf der

Anwenderseite in den Blickpunkt rücken. Es gilt also, den Rahmenbedingungen nachzuspüren. Die sind nicht in jedem Feld der pflegerischen Arbeit gleich und müssen demnach mit unterschiedlichen Perspektiven einzeln betrachtet werden.

Praxisbedingungen im Krankenhaussektor

Nicht genug, dass aufgrund des Kostendrucks in den Krankenhäusern ein pflegerischer Personalstellenabbau beobachtet werden kann (11) – es stellt sich dort tatsächlich die grundsätzliche Frage, ob der gesellschaftliche Auftrag an Pflege überhaupt in dem Rahmen erteilt wird, dass eine prozesshafte und umfassende Pflege erwünscht ist. Jedenfalls eine Art Pflege, die konzeptuell über eine angeordnete medizinische Therapieerweiterung, ergänzt um ein paar wenige Serviceleistungen, hinausgeht. Man muss sich dazu eines vor Augen halten: Pflegebedürftigkeit ist im Krankenhaus Fehlbelegung geworden und wird als solche auch bestraft!

Durch die Finanzierung auf der alleinigen Basis medizinischer Diagnosen ist das Fundament der Pflege ins Wanken geraten. Die eigentliche Domäne, die Beantwortung von Pflegebedürftigkeit mit all den Alltagsaspekten, ist nicht budgetwirksam. Daran ändern auch Nebendiagnosen mit einem vermeintlichen Einfluss auf die pflegerische Betreuungsintensität nichts. Die noch vor Jahren anzutreffenden Patienten mit „sozialer Indikation“ müssen heute zumindest einige kodierbare medizinische Problematiken aufweisen, um in den pflegerischen Blickpunkt genommen werden zu können. Haben sie diese nicht, werden sie augenblicklich an ein anderes Versorgungs- und Unterstützungssystem weitergeleitet. Hoffentlich ...

Das geschieht jedoch ungeachtet dessen, dass die Pflegenden mit ihrer Perspektive erheblichen Handlungsbedarf sehen und Pflege einplanen oder bereits geplant haben. Die pflegerische Perspektive findet demnach keinen Einzug in die Begründung eines Aufenthaltes, in die maßgebliche Therapieerweiterung und keinen Eingang in die Finanzierung. Die ermittelten Pflegeprobleme in den Pflegedokumentationen geraten so völlig in den Hintergrund. Sie sind „Selbstvergewisserungsprozesse“ der Pflegenden ohne Einfluss. Das könnte eine Erklärung für eine „gedämpfte Euphorie“ bei der Beschreibung und Dokumentation sein.

Die hauptsächliche Sorge im Krankenhausbereich gilt darüber hinaus derzeit ganz anderen zu dokumentierenden Problemfeldern. Unter Hochdruck wird an allen Orten Qualität beschrieben und erarbeitet oder zumindest wird dokumentiert, dass Qualität vorhanden sei. Ohne an die-

ser Stelle umfassend auf den noch nicht beschriebenen Nutzen von Gütesiegeln und QS-Verfahren eingehen zu können, scheint es derzeit eines der vordergründigen Aufgabengebiete zu sein, umfassende Dokumente über Qualität zu erzeugen.

Personalabbau, die Reduzierung von Qualifikationsniveaus der Mitarbeiter und die gleichzeitige Steigerung von Behandlungsintensität und Patientenfallzahlen sind jedoch per se ein Qualitätsrisiko. Das soll in den Qualitätssicherungsdokumenten negiert werden. In der großen Sorge um das Transparentwerden einer schleichenden Qualitätsabnahme steigt der Druck und der Bedarf nach einer juristisch abgesicherten Dokumentation in den einzelnen Einrichtungen.

Das bedingt jedoch die Übernahme einer neuen zentralen Zielrichtung für die Dokumentation. Sie dient nicht länger dem Patienten und dem Pflegenden, sondern dem Juristen und Qualitätsmanager. „Sage mir, welche Urteile es bereits gibt und ich sage dir, was du zu dokumentieren hast“, lautet der neue Grundsatz. Die Pflegedokumentation hat vor diesem Hintergrund ihre ursprüngliche und theoretisch formulierte Bedeutung eingebüßt. Bedeutsam erscheint in dieser Logik auch nicht mehr der Abgleich der dokumentierten Ausgangslage, der pflegerischen Prozesse und Handlungen mit dem veränderten Zustand des Patienten bei seiner Entlassung. Diese Art der Evaluation sieht der Pflegeprozess vor. Durch die veränderte Außenperspektive ergibt sich eine andere Form der Evaluation in der Pflegedokumentation. Sie sieht den Abgleich der Gesamtdokumentation auf logische Plausibilität und Übereinstimmung mit der ärztlichen Dokumentation vor.

Nur so lassen sich juristische Komplikationen und qualitätsdefizitaufdeckende Beschreibungen vermeiden. Das ist „Evaluation light“, ohne den Inhalt der Pflege zu berühren. Dass Pflege im Unterschied zur medizinischen Sichtweise bestimmte Dinge anders betrachtet und gleichen Sachverhalten eine andere Bedeutung zumisst, wird so vermieden. Schade, muss man anmerken, denn selbstredend werden unterschiedliche Betrachtungsweisen zu unterschiedlichen Einschätzungen führen. Dazu könnte eine Pflegedokumentation eigentlich dienen. Hier würde „dialektisch“ mit den jeweils anderen Sichtweisen kommuniziert werden können und nicht der selbe Dialekt verwendet, um „Einigkeit und Recht auf Gleichheit“ zu beschreiben. Aber diese Unterschiedlichkeiten dürfen in einer Welt der Qualitätsbeschreibung nicht auftauchen, sie gelten als verstörend, inkongruent und es gilt sie zu vermeiden. Dies ist ein weiterer Aspekt, wenn auch ein sehr gewichtiger. Es gibt jedoch noch andere Aspekte aus der Außenperspektive der Rahmenbedingungen.

Umfassende Dokumentationen und Planungen sind vor allem dort sinnvoll einsetzbar, wo umfassend gearbeitet und vor allem ein planbares Vorgehen möglich ist. Durch Verweildauerverkürzung, Personalabbau und erhöhte Patientenzahlen wird die Möglichkeit einer planvollen Pflege immer unwahrscheinlicher. *Stratmeyer* stellte bereits heraus, dass die Patientenzustände oft so schnell wechseln, dass eine genaue Planung mit einem Planungsvorsprung keinesfalls angenommen werden kann. Bei Verweildauern von angestrebten fünf Tagen kann nun endgültig nicht mehr von einem Planungs-, sondern bestenfalls von einem Namensvorsprung gesprochen werden. Kaum hat man sich die Namen seiner Patienten gemerkt, sind diese auch schon wieder entlassen.

Durch Verweildauerverkürzung, Personalabbau und erhöhte Patientenzahlen wird die Möglichkeit einer planvollen Pflege immer unwahrscheinlicher.

Neuerdings muss gefragt werden, ob in einzelnen Bereichen überhaupt „nach Plan“ gearbeitet werden kann und soll. Ist eine Arbeitsumgebung geprägt durch die ständige Unterbrechung in den Arbeitssequenzen (durch Telefone, Schellen, Anordnungen, Ad-hoc-Diagnostik usw.) und das ständige Treffen von Prioritäten, dann ist das Umfeld potenziell eher planungsfeindlich. Nicht eine Planung und die Durchführung der geplanten Maßnahmen, sondern eine eher situative Entscheidungskompetenz ist in diesem Falle ausschlaggebend für das Gelingen einer Behandlung. Die Planung hat dann lediglich den Charakter einer erwünschten und verschrifteten „Scheinrealität“, die keinerlei Entsprechung im Arbeitsalltag hat.

Werden die Patienten nicht mehr langfristig aufgenommen, dann kann nicht umfassend geplant werden. Die Bearbeitung der möglichen pflegerischen Aufgaben muss auf die wesentlichen Kernaufgaben fokussiert bleiben. Dies kann man gut oder schlecht heißen – es ist eine Realität, der man sich derzeit zu stellen hat und die man nach bestem pflegerischen Wissen und Gewissen mitzugestalten hat. Das geht aber nur, wenn man seinen „Machbarkeitsanspruch“ reduziert.

Für diese Form der Realitätsbeschreibung werden derzeit Systeme entwickelt, die eine Risikerkennung, ein Casemanagement und eine Steuerung der Patienten zulassen. Und das bei einer denkbar reduzierten und standardisierten Datenlage beziehungsweise Problemerkennung. Bei-

spiele sind das „ergebnisorientierte Pflegeassessment“ (ePA) in den Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden (12). Hier können aber auch andere Risiko-Assessments, Übersichts-Assessments, wie die Pflegeabhängigkeits-Skala, einen sinnvollen Beitrag leisten. Ein wichtiger Erkenntnissschritt zum Wohle der Patienten, auch in Zeiten der reduzierten Möglichkeiten einer umfassenden und geplanten Pflege.

Strukturierte Assessments und Patientensteuerung sowie Risikobewältigung werden somit ohne umfassende pflegeplanerische Anbindung eingelöst und ohne aufwändige Pflegeprozessdokumentation vorgenommen. Sie ist und bleibt jedoch problemlösend, denn Hauptrisiken werden erkannt und systematisch angegangen.

Praxisbedingungen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Dienste

Als beinahe kleineres Problemfeld kann beschrieben werden, dass auch in diesen pflegerischen Versorgungsbereichen die Probleme der juristischen Absicherung zunehmend auftreten. Auch hier müssen alle notwendigen Dokumente primär juristisch ausgefüllt und die Einzelhandlungen einer jeden Pflegekraft einzeln und überprüfbar dargelegt werden. Vordergründig gilt es also, den Juristen und den Patienten/Bewohner gleichermaßen im Blick zu haben, wenn es um die Pflegedokumentation und die prozessuale Pflege geht. Das Wort „Pflegeprozess“ bekommt sonst leider eine eher tragische Bedeutung.

Es scheinen zunächst durch die Langfristigkeit der Behandlung gute Bedingungen zu sein, um das pflegeprozessuale Vorgehen zu realisieren. Aber es existiert eine Besonderheit in der Außenperspektive, die vor dem Hintergrund des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation in diesen beiden Bereichen diskutiert werden muss. Das SGB XI ist die Hauptgrundlage der Finanzierung der Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Dienste. Obwohl Grundlage der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit eine Einschätzung der Bedürftigkeit selbst ist, wird diese oder ihre positive Veränderung nicht finanziert.

Das SGB XI setzt vor allem bei der Finanzierung einzelner Handlungen an. Sie bemisst einzelnen Pflegehandlungen Zeiten oder Zeitkorridore zu. Die Unsinnigkeit der Annahme, man könne durch das Beschreiben einer Leistung (z. B. Körperpflege im Bett) auch nur annähernd einen statistisch haltbaren Mittelwert des Zeitaufwandes ziehen, ist pflegewissenschaftlich hinreichend widerlegt (13). Erzeugt wird eine Fehl-, Unter- und Überversorgung. Aber diese Form des unsinnigen Finanzierungsmodells hat darüber hinaus gravierende Auswirkungen auf das pflegeprozessuale Vorgehen, Denken und Dokumentieren.

Anders als der analytische Prozess es in seiner logischen Schrittigkeit sinnvoll vermuten lässt, ist die Erlösseite für die Pflege nicht am Anfang des Pflegeprozesses angesiedelt. Das wäre der Fall, wenn Bedürftigkeiten finanziert würden. Denkbar wäre es auch, eine Finanzierung vorzunehmen, wenn Erfolge aufgezeigt werden können. Aber auch das ist nicht der Fall. Die Erlösseite der Pflege liegt mittendrin im pflegerischen Versorgungsprozess.

An die Durchführung und die strenge Einhaltung der finanzierten Handlungen ist die Beschäftigung der Mitarbeiter maßgeblich gekoppelt. Die Mitarbeiter wissen um die Pflegestufe ihrer Bewohner und Patienten, sie wissen darum, welche langfristig angeordneten Leistungen täglich erbracht werden müssen, damit es keine Beanstandungen in der Bemessung der Pflegestufe gibt. Sie wissen auch, welche Maßnahmen wie zu dokumentieren und zu belegen sind, um eine Höherstufung und damit eine Erlösverbesserung zu erzielen. Sie müssen demnach auf die Verrichtung bestimmter Leistungen achten und diese dokumentieren.

Dieser Aspekt muss auch in der Pflegeplanung berücksichtigt werden, denn die zu unterstützenden Maßnahmen müssen dort bereits beschrieben und deckungsgleich mit den Tätigkeitslisten sein. Das geht logischerweise nur dann, wenn man für diesen Fall den Pflegeprozess konsequent rückwärts fährt. Das heißt, man sucht zu den finanzierten Maßnahmen die Probleme, die fehlenden Ressourcen und die Kennzeichen und Kriterien der Bewohner, die das Vorhandensein der Maßnahme selbst weiterhin rechtfertigen. Es ist eine naive Vorstellung von einer Planungswirklichkeit, wenn man anderes vermutet oder den Praktikern zumutet. Es würde den Bestand der Einrichtung und den eigenen Arbeitsplatz gefährden.

Die nächste Fahrt ist also rückwärts! Arme hoch, für das Foto jubeln und Hui ...

Für die Praktiker vor Ort liegen zweierlei Prozesse parallel vor, die es zu beachten und zu dokumentieren gilt. Das eine ist ein Finanzierungsprozess, das andere der Pflegeprozess. Beide müssen mitbedacht werden, beide folgen einer anderen Logik und Systematik. Beide müssen jedoch in ein und dem selben Dokumentationssystem plausibel abgebildet werden. Es entsteht eine Schere zwischen Anspruch, Abrechnung und Wirklichkeit, die von außen betrachtet einer gewissen „Verrücktheit“ nicht entbehrt.

Diese Schere tragen die Mitarbeiter mit sich herum, wenn sie sich an die Revision oder die Erstellung einer Pflegeplanung machen. Theoretisch wird dann, logisch abfolgend, in Kreisform gedacht. Auf der anderen Seite wird aus der

Richtung der Pflegestufe die Plausibilität der Finanzierung kontrolliert: auch eine besondere Form der Evaluation. Die Kopplung von Vergütung an Dokumentation fordert eine „Vergütungsdocumentation“ heraus, die jenseits des Nutzwertes für die Pflege ist oder sich der Nutzen nicht automatisch ergeben muss. Das unsinnige Finanzierungssystem verhindert somit eine eindeutige und am Bewohner orientierte Vorgehensweise in der Betrachtung und der Dokumentation. Die Pflegeplanung bleibt daher in der Praxis ein beständiger Abgleich zwischen Pflege- und Finanzierungsplan zugleich.

Beispiel:

So entstehen auch in diesen Feldern dokumentierte Wirklichkeiten, die keine reale Entsprechung haben. Kontinenztraining wird beschrieben, weil es einen höheren Zeitkorridor hat. Ob das notwendig wäre, ist eine andere Frage. Ob der Bewohner tatsächlich inkontinent oder mobilitätseingeschränkt ist und zu weit weg von der Toilette wohnt, ist eine weitere, aber finanziell leider unbedeutende Frage. Ob er unter seine Inkontinenz überhaupt leidet oder völlig andere Aspekte der Versorgung in den persönlichen Vordergrund stellt, muss nicht unbedingt relevant sein.

Auch dies ist nicht einseitig den Mitarbeitern in die Schuhe zu schieben. Es ist einfach Unfug, die Dokumentation als Grundlage einer Überprüfung zu verwenden. Unsinnige Systeme beschwören nämlich unsinnige, aber raffinierte Lösungsversuche herauf. Vielfach wird daher Unsinn dokumentiert und dennoch sinnvoll gearbeitet werden.

Diese Probleme und Rahmenbedingungen führen zu einer praktischen „Verrücktheit“ so dass festgehalten werden kann, dass eine dokumentierte prozessuale Wirklichkeit in den pflegerischen Versorgungsbereichen vor allem eines ist: eine dokumentierte Wirklichkeit. Sie unterschlägt, verzerrt und sieht anders aus, als sich der Alltag darstellt. Sie dient mehreren Herren gleichzeitig und soll den Kollegen, den Juristen, den Qualitätsmanagern, den Mitarbeitern des MDK, den Patienten/Bewohnern und der Heimaufsicht gleichermaßen gefallen.

All diese Problembereiche müssen zwangsläufig und jenseits der theoretischen Diskussion um den Pflegeprozesses zu einem praktischen „Entfremdungsgefühl“ der Pflegenden von ihrem eigenen Planungsinstrument führen. Jede Art von Aufwand, die man dafür investiert, wird zwangsläufig als Mehraufwand erkannt, über den man sich aufregen wird.

Zur Reaktion auf „verrückte“ Systeme

Dargestellt wurde, dass es jenseits der theoretischen Debatte um Pflegeprozess und Pflegedokumentation noch weitere Aspekte gibt, die als Erklärung für eine gedämpft euphorische Anwendung herangezogen werden können. Sie sind als „Entfremdungsgefühl“ benannt worden, was wesentlich durch die schleichende Verschiebung der Pflegedokumentation hin zu einem ausschließlich juristischen und qualitätsdokumentierenden System bedingt ist. Darüber hinaus tragen die derzeitigen Vergütungssysteme in der ambulanten Pflege und in der stationären Altenhilfe zu einer immanenten „Verrücktheit“ im Rahmen der Dokumentation bei.

Dieser zugegebenermaßen etwas „ketzerische“ Artikel kommt nicht ohne Lösungsstrategien daher, beziehungsweise zeichnen sich mehr oder minder gelungene Lösungsstrategien ab. Auf die beschriebene „Verrücktheit“ und „Entfremdung“ kann man nämlich verschiedentlich verrückt und befremdlich reagieren.

1. Eine Möglichkeit besteht darin, dass man immer mehr desselben macht. Das heißt, man schult die Pflegekräfte immer weiter fort in der „richtigen Art der Dokumentation“. Immer wieder ermahnt man sie, die richtige Richtung einzuhalten, und für den Zeitraum der Seminare mag dies sogar gelingen und den Pflegenden einsichtig sein. Im Praxisalltag, unter dem Druck der verrückten Rahmenbedingungen, werden jedoch die alten Muster wiederkehren, weil sie wichtiger und tragfähiger sind, als die Einhaltung einer theoretischen Logik.

In der jeweiligen Einrichtung hat sich der Erfolg nicht nachhaltig eingestellt und man wechselt. Gewechselt wird nun der Trainer oder Schulungsleiter und man produziert zusätzliche „Verrücktheit“ durch das plötzliche Vorhandensein anderer oder weiterer Lösungsansätze. Noch mehr und andere Pflegekräfte werden zu einem weiteren Seminar geschickt. Die Verwirrung in der Einrichtung ist endlich komplett – jeder hat nun eine andere Vorstellung darüber, was man und wie man dokumentieren soll. Die Frage danach, ob man Ziele nah, fern, generell, spezifisch, positiv oder negativ formulieren kann und soll, wird dann je nach „Denk- und Schulungsschule“ anderes beantwortet. And the Winner is ... the Trainer.

2. Als einen weiteren Versuch der Klärung dieser „Verrücktheit“ muss man die Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände begreifen. Die „Klärung der Verrücktheit“ wird hier mit Hilfe des „Beharrens auf Vernünftigem“ herbeigeführt. Ohne die Wechselseitigkeit der Rahmenbedingungen und der Dokumentation in Betracht zu ziehen, werden der

analytische und deduktive Ansatz der Pflegediagnostik durchexerziert. Die Problematik der verschobenen Zielperspektive der Dokumentationen (juristisch, qualitätssichernd, finanzierungssichernd) wird zugunsten des theoretischen „Reinheitsgebotes“ der Fachlichkeit nicht weiter einblendet.

Die Probleme sollen im Format der Pflegediagnosen beschrieben werden, damit sie eindeutiger und klar erkenn- und begründbar sind. Dabei wird der Pflegewelt nun ein neuer Ansatz vorgestellt, der die Ressourcen mitberücksichtigt. Das neue Pflegedokumentationssystem erscheint im PESR-Format. Berücksichtigt wird in der Informationssammlung, wie immer, die ganze Individualität eines Menschen und man orientiert sich an der durchaus zu hinterfragenden Kategorisierung nach Lebensaktivitäten. Das scheint zunächst richtig, fachlich kaum zu beanstanden – obwohl auch das vor dem Hintergrund unterschiedlicher Perspektiven verschiedener pflege-theoretischer Modelle noch zu beweisen wäre.

Ausdrücklich weist der MDS darauf hin, dass die Grundsatzstellungnahme von Pflegefachkräften und Pflegewissenschaftlern gegengelesen und für gut befunden wurde. Das mag sein und zutreffen. Eine Gebrauchsanweisung für einen Mixer würde man ggf. auch klar, sinnvoll und verständlich finden. Nur wenn dieser Mixer dann in der Praxis gleichermaßen für die Herstellung von Milchshakes, wie für das Anschrauben von Autoreifen verwendet wird, ergibt sich das ganze Potenzial des Praxis-Dilemmas und der Unsinnigkeit. Die Frage nach der Richtigkeit kann also nicht in der fachlichen Richtigkeit der Grundsatzstellungnahme alleine liegen. Sie kann nur dann gegeben sein, wenn die Annahme zutrifft, dass die Pflegedokumentation vor allem der Pflege dient. Daher wird die Stellungnahme nicht nachhaltig zu einer Verbesserung der Dokumentation und Aufhebung der Widersprüche führen.

Hervorgehoben werden kann, dass die Grundsatzstellungnahme einem einheitlichen Vorgehen der Gutachter dienen kann. Hier ist sie ausdrücklich und nachhaltig zu begrüßen, denn sie gibt einen Rahmen vor, der auch seitens der Einrichtungen herangezogen werden kann, wenn das Verständnis über eine gute Pflegedokumentation von dem des Gutachters abweicht. Nicht alle Gutachter sind Pflegekräfte, und man sollte dem MDS dankbar sein, dass er sich darum bemüht, eine Richtung für Praktiker und Gutachter gleichermaßen zu beschreiben.

Doch dies wird auch der tatsächliche Verdienst der Stellungnahme bleiben. Funktionieren wird es in der Praxis nicht, was nicht zuletzt damit zu tun hat, dass erneut klare Kennzeichenbeschreibungen, Zuordnungsregeln und Prioritätenset-

zungen unbenannt bleiben. Anstatt eines klaren Assessmentinstrumentes wird ein offenes Frage-spiel angeboten mit so erkenntnisreichen Fragestellungen wie: „Wie geht es Ihnen?“

„Gut“, kann man nur antworten. Aber das ging es mir vor der Grundsatzstellungnahme auch schon.

Die Umsetzungsschwierigkeit wird in der Grundsatzstellungnahme mit der „Struktur der Dokumentationssysteme“ und der „erzwungenen Ab-bildungsversuche“ begründet. Das scheint vor der Fülle der hier aufgezeigten Rahmenbedin-gungen etwas zu einfach als alleinige Problem-analyse zu sein. Sündenbock sind nunmehr nicht die Pflegepraktiker, die waren es sonst immer, weil sie einfach nicht richtig dokumentieren wollten. Der neue Sündenbock sind die bösen Hersteller von Pflegedokumentationsbögen, de-nen es einfach nicht gelingen will, vernünftige Bögen zu entwickeln. Der Softwareindustrie ge-nauso wenig.

Das kann nur eines bedeuten: Die Industrie hat vor der Grundsatzstellungnahme leider keine Ahnung von Dokumentation gehabt und wird die nun vorliegende richtige Lösung schnellst-möglich anwenden. Wir dürfen gespannt sein ... Wahrscheinlich werden die neu entwickelten Sys-teme im Assessment-Bereich nicht mehr mit einer Braden-Skala, sondern folgendermaßen be-ginnen: „Wie geht es Ihnen?“

Mit der Grundsatzstellungnahme kann der selbst so hochgesteckte Nutzen als „Beitrag zur Professionalisierung und Entbürokratisierung in der Pflege“ nicht eingelöst werden. Das be-schriebene Verfahren ist nicht erkennbar schlanker, praktikabler und damit zeiterpa-render als alles, was schon seit Jahren da ist. Grund des hier prophezeiten Scheiterns wird daher vor allem das oben beschriebene „Behar-ren auf Vernünftigem“ in einem komplett un-vernünftigen System sein.

Es wird bestenfalls zu einer vermehrten Schu-lungsnachfrage im Bereich der Pflegediagnosen führen, die ihrerseits natürlich nicht gedacht waren fachliche, juristische, fiskalische und qua-litätssichernde Beschreibung in einem zu sein. And the winner is ... the Trainer.

3. Als noch einen Versuch kann man die Be-mühungen verschiedener politischer Initiativen ausmachen. Auf die Angst vor einem Rückgang der Qualität durch Budgetstabilisierung bei Lei-stungsausweitung in Kombination mit Perso-nalabbau hat der Gesetzgeber eindeutig reagiert: Er hat Qualität verordnet. Die dazu passenden Begriffe sind im Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQSG), im SGB V und in weiteren Gesetzen nachzulesen. Das führt jedoch nicht zur Verbes-

serung der Situation oder zu einer Rückführung der Pflegedokumentation zu ihrem eigentlichen Kerngeschäft: dem Darlegen notwendiger pfl-eegerischer Aspekte und Handlungsstrategien als Instrument der Pflege-Patienten-Aushandlungs-prozesse. Vielmehr kommt es dadurch zu einer Stabilisierung der Dokumentation als Qualitäts-instrument angenommener und gewünschter Qua-lität.

Die juristische und qualitätsmanagementorien-tierte Perspektive gewinnt gesetzverbucht an Bedeutung. Darüber hinaus wird in einigen Ver-suchen und auf Tagungen zunehmend das Wort „Entbürokratisierung“ ins Feld geführt. Es ist die Reaktion auf das allgemeine Aufstöhnen be-züglich der Dokumentationsflut. In kleineren Projekten wurden dazu neue Pflegedokumenta-tionsbögen entwickelt. Wir erinnern uns: Der In-dustrie ist dies ja trotz über 15-jähriger Erfah-rung und Entwicklung nicht gelungen. Die neu entwickelten Bögen sollen den Aufwand für die Dokumentation deutlich verringern. Bislang fehlt es an durchschlagenden Konzepten, denn der erreichte Vorteil beschränkt sich meist u. a. darauf, dass mehrere Maßnahmen mit einem Kürzel abgezeichnet werden können – eine Mög-lichkeit, die schon immer bestand und die in ih-rer durchschlagenden Wirkung nicht gering ge-nug eingeschätzt werden kann. Zudem ermutigt man dazu, auch mal ein Problem nicht beschrei-ben zu müssen. Auch dies ist nicht wirklich neu.

Entbürokratisierung der Pflegeplanung muss dort greifen, wo die Pflegedokumentation wie-der zurückgeführt wird auf das Ziel, das Pfl-egende mit ihr verbinden. Entbürokratisierung muss demnach bedeuten, dass die Pflegedoku-mentation weder für juristische noch für fi-nanztechnische Fragestellungen die zentrale Bedeutung hat, die sie derzeit besitzt. Der pas-sende Begriff einer notwendigen Initiative wäre die „Entjurifizierung“ der Pflegedokumentati-on und nicht die „Entbürokratisierung“ einzel-ner Dokumentationsblätter.

Wobei auch hier keine Einigkeit besteht. Es ist müßig, wenn Juristen bestätigen, dass auch ein Kürzel für drei Maßnahmen ausreicht, Krank-enkassen jedoch im gleichen Atemzug verlangen, zusätzliche spezifische Bögen für ihr Abrech-nungswesen auszufüllen. Dies ist zumindest im ambulanten Pflegebereich zu beobachten.

Ein Ausflug hinter die Kulissen dieses Wortge-bildes „Entbürokratisierung“ sei gestattet, wer-den doch zentrale Hoffnungen an die Verwirkli-chung der Entbürokratisierung hinsichtlich einer Alltagserleichterung geknüpft. Den Praktikern wäre tatsächlich geholfen, wenn „Entbürokrati-sierung“ kommunale Aktionsbündnisse hervor-bringen würde, anstatt leicht verschlankter Do-

kumentationsbögen mit Jojo-Effekt-Garantie, wenn es zu ersten Prozessen kommt. Dann werden Juristen nämlich plötzlich herausfinden, wie gut es doch wäre, wenn jede einzelne Maßnahme auch erkennbar durchgeführt und handgekürzelt wurde.

Die Pflegedokumentation kann nur dann sinnvoll zurückgewonnen werden, wenn man sie in ihrer derzeitigen Bedeutung herabstuft.

Beispiele:

Die Aktionsbündnisse zur Entbürokratisierung sollten mit Heimaufsicht, Brandschutzbeauftragten, Heimträgern, Beratungsstellen und Pflegenden besetzt sein. So ließe sich ggf. verhindern, dass ein Brandschutzbeauftragter übervorsichtig die Sofaecke verbietet, weil sie gefährlich ist, gleichwohl die Bewohner sie als Treffpunkt nutzen. So dürften Schränke in den Fluren stehen, in denen für Demenzkranke ungefährliche Gegenstände aufbewahrt werden, die bedenkenlos ein- und ausgeräumt werden könnten. In keiner Einrichtung müssten Metallbetten vorhanden sein, weil die Holzbetten zu brandförderlich erscheinen und altengerechtes Bauen wäre mehr als ein theoretisches Planspiel von ambitionierten und fähigen Architekten. Demenzkranke hätten die Chance, auch in Wohnungen gemeinsam zu leben. Das würde nicht daran scheitern, dass der Rahmen der Tür zum Badezimmer 2 cm zu eng ist oder kein eigener Personalaufenthaltsraum existiert. Diese Art der Entbürokratisierung würde tiefer greifen als der Versuch, den Aufwand der Pflegedokumentation in ganz geringem Umfang zu reduzieren und hätte für die Praktiker vor Ort auch eine wirkliche Bedeutung für ihre erlebte Praxis.

Warum aber ist Entbürokratisierung, die alleine den Schreibaufwand in der Pflegedokumentation reduziert, so unwichtig?

Verschiedene Untersuchungen zum Zeitaufwand einzelner pflegerischer Tätigkeiten zeigen auf, dass der Dokumentationsaufwand nicht so groß ist wie vermutet. Das, was als belastend wahrgenommen wird, wird auch in seinem Aufwand überschätzt. Durchschnittlich fünf bis sieben Minuten pro Bewohner und Tag wurden in insgesamt 3000 Realzeit-Messungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe ermittelt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch einschlägige Gutachten im Bereich der Pflege (14).

Einzelne Pflegekräfte waren häufig und fast ausschließlich mit der Dokumentation beschäftigt. Jedoch führten die anderen in dieser Zeit ohne entsprechenden Aufwand die pflegerische Versorgung durch. Legt man die Zeiten auf alle Beschäftigten um, bleibt ein nicht allzu großer Zeitaufwand bestehen. Die Zeitersparnis der bisherigen Entwürfe dürfte sich daher in sehr engen Grenzen halten. Auf wenige Sekunden pro Bewohner umverteilt, ergibt sich ein kaum messbarer Unterschied. „Entbürokratisierung“ als Hoffnungsschimmer am Horizont auszumachen und als Alibi-Verbesserung für die nicht stattfindende Aufstockung von Personal heraufzubeschwören, mag politisch elegant sein, für die Praxis ist es keine Lösung, solange der Pflegebedarf und die Pflegeaufwand steigen, die Finanzierung aber stabil niedrig bleibt. Das Entbürokratisierungspotenzial wird insgesamt in Gutachten nicht so hoch eingeschätzt und wesentlich die grundsätzliche Verständigung über die zu erreichende Qualität gefordert (15). Das wird jedoch nicht durch neue Pflegeplanungsblätter zu erreichen sein.

Das Stöhnen über den zeitlichen Aufwand der Pflegedokumentation muss hier seitens der Pflegenden in den Zusammenhang mit dem Symptom der „Entfremdung“ gebracht werden. Ungeliebtes wird als „pflegefremd“ erkannt – und die Pflegenden vor Ort haben in Teilen Recht damit. Die Ursachenbekämpfung setzt jedoch normalerweise nicht am Symptom (dem Aufwand) an, sondern an den Hintergründen der Verrücktheit, die das Symptom bedingen und ungebremst in einem fort weiterhin stabilisiert werden.

Fazit

Pflegerisches Vorgehen ist und wird immer zu einem Teil prozessualer und problemlösender Natur sein. Andere Teile der pflegerischen Arbeit werden immer eher spontanen und situativen Charakter haben. Der Pflegeprozess wird nicht sterben. Er wird immer integraler Bestandteil der Arbeit sein und in unterschiedlichen Ausprägungsgraden verschriftet vorliegen. Die Pflegedokumentation wird noch weniger sterben. Sie wird auch nicht durch Konsile, Visiten oder andere Vorgehensweise ersetzt, sondern bestenfalls ergänzt. Sie ist nicht das einzig gültige und vernünftige Instrument. Daran ändern auch theoretische Debatten und fundiert vorgetragene Kritiken wenig.

Die Rahmenbedingungen, die derzeit in den Einrichtungen sichtbar sind, erschweren zunehmend eine sinnvolle und fachlich orientierte prozessuale Vorgehensweise in der Pflege. Das hat klar erkennbare Hauptursachen. Die Bedeutung des

Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation hat im Wandel der Zeit eine Richtungsveränderung erfahren, die zu einer „Entfremdung“ und zu einer „Verrücktheit“ führt, die derzeit in vollen Ausprägungen in der Praxis erlebbar ist. Die bislang erarbeiteten Lösungsstrategien stellen sich nicht als solche heraus. Wie immer im Leben, scheint es für sehr komplexe Problemlagen keine einfachen Lösungen zu geben.

Die Pflegedokumentation kann nur dann sinnvoll zurückgewonnen werden, wenn man sie paradoxerweise in ihrer derzeitigen Bedeutung herabstufte. Damit ist gemeint, dass die Finanzierungssysteme davon entkoppelt werden müssen und dass das Primat der juristischen Perspektive in der Dokumentation aufgegeben wird. Zudem sollte man sie nur in den Feldern ver- und anwenden, in denen ein Mindestmaß an planbarer Arbeit verwirklicht werden kann und Planungsdurchführung strukturell verankert ist.

Es gilt also, den Absolutheitsanspruch an Dokumentation und Planung abzuschaffen und sich etwas realitätsnäher den Feldern zu nähern, in denen eine Planung ggf. auch gar nicht erwünscht oder notwendig ist. Nicht das gegensätzliche „entweder ganz oder gar nicht“, sondern eine Kette aus „wenn-sinnvoll-dann“ muss die Perspektive der Zukunft sein. Nur so wird man die Pflegenden mit der eigenen Dokumentation wieder versöhnen können und sie können sie für sich wiederentdecken.

Ob damit die Diskussionen über den Aufwand abgeschwächt würden, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Ob damit die Diskussionen über ein Für und Wider beendet sein würden, kann auch nicht gesagt werden. Aber Diskutieren hat noch nie geschadet ... und die Einladung geht an alle, die mitdiskutieren möchten.

Anmerkungen:

- (1) MDS: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation. <http://www.mds-ev.de>
- (2) Pressemitteilung des MDS vom 07.04.2005 <http://www.mds-ev.de>
- (3) Stratmeyer, P.: Ein historischer Irrtum in der Pflege? In: Dr. med Mabuse. 106, (22), 1997
- (4) Fischbach, A.: Vom Ende des Pflegeprozesses. In: Die Schwester der Pfleger. 2, (40), 2001
- (5) Schöninger, U., Zegelin-Abt, A.: Hat der Pflegeprozess ausgedient? In: Die Schwester der Pfleger. 4 (37)1998
- (6) Anm. an dieser Stelle soll nicht näher auf 4, 5 oder 6-schrittige Modell eingegangen werden.
- (7) Thiel, V.: Der Pflegeprozess – ein Instrument professioneller Pflege. In: Die Schwester der Pfleger. 4 (40), 2001
- (8) Lay, R., Brandenburg, H.: Pflegeplanung abschaffen. In: Die Schwester der Pfleger. 11 (40), 2001
- (9) Brandenburg, H.: Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland. In: PrInterNet, 6 (3), 2001
- (10) Höhmann, U.: Die Aktivitäten des täglichen Lebens in der Begutachtung nach SGB XI. In: Steppe (Hrsg.): Pflegebegutachtung – besser als ihr Ruf? Frankfurt a.M. Fachhochschulverlag, 1998 S. 38-51
- (11) vgl. Krankenhausbarometer des deutschen Krankenhausinstituts
- (12) Hunstein D., Dintelmann Y., Sippel B. (2005): Developing a screeninginstrument as a standardized assessment of signs and symptoms concerning basic nursing care needs in hospital nursing care. In: N Oud, W Sermeus, M Ehnfors (Ed.): ACENDIO 2005 – Proceedings of the 5th European Conference of ACENDIO. Bern, Göttingen, Hans Huber: 396-402)
- (13) Isfort, M., Weidner, F., Brühl, A., Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (Hrsg.): Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). Eine empirische Grundlegung. Hannover. Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2004; Bartholomeyczik, S.; Hunstein; D., Koch, V., Zegelin-Abt, A.: Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt. Mabuse-Verlag, 2001
- (14) Wingenfeld, K. & Schnabel, E.: Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen. Projektbericht im Auftrag des Landespflegeausschuss NRW, Düsseldorf, 2002
- (15) Schöneberg, F., Schnabel, E., FFG (Hrsg.): Entbürokratisierungspotenziale in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Kurzexpertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend. Dortmund, 2003

Anschrift des Verfassers:

Michael Isfort, Dipl. Pflegewissenschaftler (FH),
 Stv. Geschäftsführer des Deutschen Instituts
 für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip)
 Hülchrather Straße 15
 50670 Köln
 Fax.: (02 21) 4 68 61-39
 E-Mail: Misfort@dip-home.de
www.dip-home.de

Weitere Exemplare dieses Sonderdruckes können bei der Redaktion
 Die Schwester Der Pfleger, Postfach 1150, 34201 Melsungen angefordert werden.