

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit nehme ich Bezug auf den Artikel von S. Knobel in der lebensqualität 02/2008, in welchem die Frage nach dem Nutzen der Pflegedokumentation aufgeworfen wird.

In dem Punkt, dass eine vermehrte Dokumentationsanforderung zu Abrechnungszwecken bei gleichzeitigem Abbau der eigentlichen Leistungserbringer nicht sinnvoll ist, kann ich dem Autor beipflichten.

In deutschen Kliniken herrscht mittlerweile ein absoluter Pflegenotstand; selbst das viel zitierte „satt und sauber“ ist aufgrund einer dünnen Personaldecke nicht mehr immer zu gewährleisten.

Die Kernaufgaben werden von PraktikantInnen, Zivildienstleistenden und Pflegeschülern (mehr oder weniger ohne Anleitung) übernommen, während die examinierte Fachkraft mehr oder weniger „den Missstand verwaltet“ und die (nicht) geleistete Pflege dokumentiert.

Allerdings denke ich nicht, dass weniger (sinnvolle) Dokumentation der Schlüssel zu einer „besseren“ Pflege ist ...

Unsere Profession muss transparent machen, was sie leistet.

Ansonsten wird Pflege zum „Kulissenschieber“ des Arztes und zur „Dispositionsmasse“ der anderen Berufsgruppen degradiert. Zu bedenken geben möchte ich außerdem, dass wir - die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen - hier in Deutschland keine Vorbehaltsaufgaben haben!

Es gibt nichts, was nur wir tun dürfen ... bei anderen ist dieses geregelt! Ärzte dürfen Medikamente verschreiben, Hebammen müssen bei einer Geburt dabei sein (ein Mediziner erstmal nicht zwingend ...).

Aber was ist mit uns?

Was gibt es, was vorbehaltlich nur Pflegekräfte tun können und uns von Laien unterscheidet?

Ich denke nicht, dass dies manuelle Tätigkeiten sind ... wie schnell lassen sich Techniken von Praktikanten und Angehörigen erlernen?!

Ich denke vielmehr, dass es die geplante und prozessorientierte Pflege ist, welche uns von Laien unterscheidet.

Also: nicht irgendwas nach Schema F tun, sondern begründet eine Entscheidung für die Pflegeintervention x treffen, die in dieser Situation zu diesem Patienten passt. Es gilt, diesen Pflegeprozess für alle nachvollziehbar schriftlich festzuhalten und damit unser Know-how darzulegen.

Denn genau **das** ist der Unterschied zu anderen, welchen wir hervorheben müssen.

Und dies ist auch der Grund, warum eine ausgebildete Pflegekraft nicht für den Lohn eines Hilfsarbeiters zu beschäftigen ist ...

Es ist an uns, nach außen zu zeigen, was wir können. Das Problem der unverhältnismäßigen Relation zwischen Pflegezeit und Dokumentationszeit wäre nur mit mehr Personal zu beheben.

Warum die Dokumentationszeit kürzen, wenn man mit einer besseren Personaldecke die für die Pflege zur Verfügung stehende Zeit erhöhen könnte?

Mein Fazit:

Sinnvolle Dokumentation ist solche, die die Leistungen unserer Berufsgruppe transparent macht und somit auch berufspolitisch unsere Lobby stärkt.

Die Berufsgruppe Pflege ist leider (noch) relativ fremdbestimmt ... dieses spiegelt sich in der Dokumentation wieder (geschrieben wird nur für andere: die QMB, die Krankenhausleitung, die Abrechnungsstelle, die Ärzte ...). Warum nicht schreiben, um uns besser darzustellen und eine Grundlage haben, auf welcher wir unser Können nach innen (multiprofessionelles Team) und außen (Politik, Gesellschaft) darstellen?

Warum sollte die geplante Pflege nach dem Pflegeprozess nicht zu unserer Vorbehaltsaufgabe werden, welche per Gesetz gefordert ist?

Vielleicht könnten wir hiermit die Anzahl der Fachkräfte in den Einrichtungen erhöhen und somit auch die tatsächliche Zeit, welche diese wirklich mit dem Patienten arbeiten.

Nachdem ich mich in Bezug auf die Dokumentation zum „OB“ geäußert habe, möchte ich nun zum „WIE“ kommen:

Die Anforderungen an das Dokumentationssystem müssen sich den Belangen der Pflegekräfte und Patienten anpassen ... nicht umgekehrt.

Ich sehe keinen Widerspruch in der schriftlich geplanten Pflege und den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen ...

- Das Festlegen der Pflegeinterventionen erfolgt in einem Aushandlungsprozess zwischen Pflegekraft und Pflegeempfänger.
- Ein situatives Abweichen ist schriftlich begründet möglich.
- Es findet eine fortlaufende Evaluation statt, in welcher die Diagnosen mit den Interventionen abgeglichen werden.
- Änderungen und Ergänzungen werden begründet vorgenommen.

Diesen Prozess gilt es nun, schriftlich festzuhalten ... That's it.

Mit freundlichem Gruß

Martina Huth

Dipl.-Berufspädagogin (FH)
Kinaesthetics-Trainerin Stufe 2
Krankenschwester