

## Vom Wert der Pflegeplanung und der Dokumentation.

Seit der Forderung nach einer geplanten und dokumentierten Pflege hat sich ein großer Markt entwickelt. Unzählige Firmen bieten Dokumentationssysteme in einem immer größeren Umfang an. In einer Sozialstation erlebte ich, dass 17 verschiedene Blatteinlagen vorhanden waren. Dies ist nachgewiesenermaßen kontraproduktiv.

In dem Handbuch „Pflegedokumentation stationär“ wird unter anderem empfohlen, nur die Basiselemente einzuführen.

Die EDV gestützte Pflegeplanung und Dokumentation ist ein weiterer Markt, der noch viele Entwicklungspotentiale hat.

Im § 113 SGB XI ist zum Thema u. a. zu lesen:

„In den Vereinbarungen ... sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln ... **an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtung vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen ...**“.

Hierbei kommt den Einrichtungsleitungen eine große Verantwortung zu, eine Entscheidung zu treffen, welches System mit welchem Aufwand berechtigt ist und für die eigene Einrichtung geeignet ist.

Es ist sicher wenig hilfreich für alle Beteiligten, wenn die Pflegekräfte vor dem PC Schlange stehen müssen.

Die Aufgabe, den Pflegebedarf zu erheben, die daraus resultierenden Maßnahmen zu planen und durchzuführen kam den Pflegefachkräften schon immer zu. Auch ohne detaillierte Dokumentation war dies der Alltag. In jeder Einrichtung bzw. den einzelnen Stationen oder Wohnbereichen gab es „Standards“, die meist nicht schriftlich niedergelegt, aber in den Köpfen verankert waren. Den Erfolg und die Wirksamkeit der Pflege hat man an nicht auftretenden Sekundärerkrankungen und/oder an der raschen Genesung festgemacht. Die medizinischen Möglichkeiten und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sowie das Klientel im Krankenhaus, Altenheim und der ambulanten Pflege haben sich allerdings in den letzten Jahrzehnten stark verändert. In Folge dessen beschäftigen sich nun verschiedenste Einrichtungen und Berufsgruppen mit dem kranken und /oder alten Menschen. Der Informationsfluss ist somit über die Schnittstellen hinaus zu gewährleisten. Denn der Auftrag für das therapeutische Team ist, die für eine qualitativ gute Versorgung notwendigen Daten zu erfassen und sie allen am Pflegeprozess Beteiligten zugänglich zu machen. Hierfür ist die Pflegeplanung und Dokumentation das Instrument.

**In der ambulanten Pflege** muss sich die ablösende Pflegefachkraft, wie beispielsweise am Wochenende, auf die Dokumentation stützen und verlassen können. Weiter werden aus der Summe der erbrachten und dokumentierten Leistungen die Kosten ermittelt, die der Pflegekasse, der Krankenkasse oder den Pflegebedürftigen/Leistungsempfänger in Rechnung gestellt werden.

Die angeführten Argumente für Pflegeplanung und Dokumentation sind auch auf den klinischen Bereich übertragbar. In allen Fachbereichen, insbesondere in der Intensivpflege, ist eine sorgfältig geführte Dokumentation unerlässlich. **Die Krankenhäuser** haben nach dem SGB V die Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Im § 135a heißt es u. a.: „ ... Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ Als Nachweis dient, auch in diesem Falle, die Dokumentation.

Im Haftungsrecht verankert und durch die gängige Rechtsprechung belegt ist der Grundsatz: „Was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht erfolgt“.

Im Krankenpflegegesetz ist unter § 3 als Ausbildungsziel u. a. „... die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege ...“ festgeschrieben.

Einen hohen Stellenwert haben Pflegeplanung und Dokumentation auch **in der stationären Altenhilfe**, insbesondere bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen. Diese Personengruppe ist oftmals nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse zu verbalisieren. Aus diesem Grund ist man hier auf die Krankenbeobachtung, Wahrnehmungs- und Interpretationsfähigkeit aller an der Pflege und Versorgung Beteiligten angewiesen. Bei Betrachtung der Krankheitsverläufe wird klar, dass es hilfreich sein kann, Anteile der Biographie des Menschen zu kennen, damit eine möglichst individuelle Pflege und Betreuung möglich ist.

Jedoch die Frage: „Was müssen wir über einen Menschen wissen, um ihn gut pflegen zu können?“ lässt sich nicht leicht beantworten und wird kontrovers diskutiert.

Wichtig ist, dass es niemals zu einem „Ausfragen“ eines gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen oder seines sozialen Umfeldes kommen darf, nur damit der Biographiebogen möglichst vollständig ausgefüllt ist. Hierzu liegt auch ein Leitfaden des bayerischen Sozialministeriums vor.

Wie auch bei somatisch erkrankten Menschen ist die Pflegeplanung nach Möglichkeit immer im Dialog mit dem kranken und/oder alten Menschen und/oder seines sozialen Umfeldes, oder des Betreuers zu erstellen. Nur durch diese Einbeziehung kann eine bedürfnisorientierte individuelle Versorgung sichergestellt werden.

Darüber hinaus ist ein gut geführtes Dokumentationssystem das einzige Instrument um pflegerisches Handeln transparent zu machen. Der Umfang der erbrachten und dokumentierten Leistungen spiegelt die Pflegestufe wieder und bildet die Grundlage für die Höhe des Pflegesatzes in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe.

#### **Zum Umfang der Planung und Dokumentation:**

Die Entscheidung, was wesentlich, versorgungsrelevant und somit in die Pflegeplanung aufzunehmen ist, ist in vielen Fällen höchst anspruchsvoll. Es ist davon auszugehen, dass jeder pflegerischen Intervention eine Ursache zugrunde liegt. Diese zu dokumentieren, sowie das sich daraus ergebende Pflegeziel mit den entsprechenden Maßnahmen zu formulieren ist Aufgabe der dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte (siehe dazu auch die Ausbildungsziele im Alten- und Krankenpflegegesetz).

Die Aussagekraft einer Pflegeplanung und Dokumentation hängt vom Verfasser und dem therapeutischen Team ab. Dass das schriftliche Festhalten pflegerischen Handelns einer kontinuierlichen Reflexion bedarf und sich die Pflegequalität nur im Dialog mit allen Beteiligten entwickeln kann, liegt auf der Hand.

Eine zuverlässig geführte und regelmäßig evaluierte Pflegeplanung und Dokumentation ist wichtig. Nicht nur, weil die Gesetze und die Rechtsprechung es vorschreiben, sondern weil sie für die **Sicherstellung und dem Nachweis einer professionellen Pflege** unverzichtbar ist.

**Die „Bürokratie“ als Ursache der Überbelastung der professionell Pflegenden anzuführen – damit machen es sich die Entscheidungsträger zu leicht.** Die Faktoren sind vielfältig und soviel sei gesagt, je umfangreicher die Versorgung eines kranken oder alten Menschen ist, desto umfangreicher wird auch die Dokumentation sein müssen.

Literatur:

**Altenpflegegesetz**, 1690 Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil 1 Nr. 44, Bekanntmachung der Neufassung des Altenpflegegesetzes vom August 2003

**Krankenpflegegesetz**, 6., vollständig überarbeitete Auflage, (2006)

Verlag W. Kohlhammer.

**SGB XI Soziale Pflegeversicherung**, (2008), Lambertus.

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)**, (2007), Der Fachverlag für Sozialversicherung Altötting, vierzehnte Auflage.

**Pflegedokumentation stationär, Das Handbuch für die Pflegeleitung** (2007),

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend.

**Leitfaden zur Biographiearbeit in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Bayern** (2006), Beschluss des Landespflegeausschusses.

Dezember, 2010

Maria Kober  
Leiterin der Caritas-Gemeinschaft für  
Pflege- und Sozialberufe Bayern e. V.  
Nymphenburger Str. 94  
80636 München  
Tel.: 089/18 95 18 90  
Fax: 089/18 99 95 47  
E-Mail: [caritasgemeinschaft.bayern@t-online.de](mailto:caritasgemeinschaft.bayern@t-online.de)  
[www.caritas-gemeinschaft-bayern.de](http://www.caritas-gemeinschaft-bayern.de)