

Pflegekräfte empfinden den Aufwand der Dokumentation häufig als zu hoch

# Zu viel Bürokratie, zu wenig Zeit für Pflege?

**Pflegekräfte kümmern sich um Menschen, Verwaltungsangestellte führen Akten. So sollte es zumindest sein. Doch im Rahmen der Dokumentation von dem, was zum Beispiel eine Krankenschwester getan hat, wird immer mehr aufgeschrieben und immer weniger gepflegt. Die Politik will daher einen Abbau von Bürokratie in der Pflege erreichen.**

Das Statistische Bundesamt hat vor einem Jahr festgestellt, dass im stationären Bereich, also in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim, 13 Prozent der Arbeitszeit einer Pflegeperson allein für die Dokumentation aufgewendet werden. Rechnet man das auf den Arbeitstag einer Vollzeitkraft um, dann ergibt das eine volle Stunde allein für die Aktenführung – Zeit, die dann für die Pflege am Menschen fehlt. Viele Pflegekräfte geben sogar an, sie seien noch länger mit der Dokumentation beschäftigt.

## Warum werden Leistungen überhaupt dokumentiert?

Die Pflege gerät häufig aufgrund vermeintlicher Skandale in die Schlagzeilen. Eine Meldung, wonach jeder dritte Pflegebedürftige unterernährt sei, erregt natürlich Aufsehen. Bei genauerer Betrachtung stellt sich allerdings heraus, dass die Mehrheit der Betroffenen sehr wohl ihr Essen erhalten haben, es wurde nur nicht aufgeschrieben. An diesem Punkt ist es also wichtig, ausreichend zu dokumentieren. Damit keine Missverständnisse aufkommen: Eine Pflegedokumentation ist nicht dafür da, falsche Zeitungsberichte zu widerlegen. Sie dient in erster Linie dem Wohl des Pflegebedürftigen

und sichert somit ein gewisses Maß an Qualität.

## An einer Dokumentation führt kein Weg vorbei

Wer selbst schon einmal im Krankenhaus war oder einen Angehörigen hat, der stationär versorgt wurde, der kennt das Problem: Man hat es nie allein mit einer Person zu tun. Das ist aufgrund der Arbeitsteilung nicht möglich, denn neben Pflege- und Betreuungskräften widmen sich auch noch Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen oder auch Therapeuten dem Wohl des Patienten. Sie alle kommunizieren nicht unbedingt direkt miteinander, sondern erhalten ihre Informationen „nach Aktenlage“. Auf diese Weise sind sie über die durchgeführten Maßnahmen auf dem Laufenden und können ihrerseits Entscheidungen treffen. Eine Dokumentation ist also für die medizinische und pflegerische Versorgung unerlässlich.

## Eine Dokumentation dient auch der Sicherheit

Behandlungsfehler, die dadurch geschehen, dass eine der beteiligten Fachrichtungen etwas „nicht wusste“, lassen sich somit weitestgehend vermeiden. Passiert dennoch etwas Unvorhergesehenes, kann

die Dokumentation Aufschluss über den Ablauf der Behandlung geben. Sie schützt somit aus rechtlicher Sicht die in der Pflege Beschäftigten sowie die jeweilige Einrichtung in Fragen der Haftung bei vermeintlichen Behandlungsfehlern.

Gerade der letzte Aspekt hat in der Praxis jedoch häufig zur Folge, dass sich Anbieter von Pflegeleistungen durch eine umfassende Dokumentation vor eventuellen Ansprüchen schützen wollen. Bei vielen Pflegekräften herrscht daher Unsicherheit und es wird lieber zu viel aufgeschrieben als zu wenig.

## Dokumentiert werden sollte effizient und fachgerecht

Diese Unsicherheit führt zu einem Rechtfertigungsdruck nach dem Motto „was nicht dokumentiert wurde, wurde auch nicht geleistet“. In der Folge werden dann auch Dinge notiert, die für die Behandlung keine Rolle spielen. Dieses Vorgehen wird durch einzelne Pflegedienstleitungen offensichtlich noch gefördert. Anweisungen, wonach in jeder Schicht etwas in den Pflegebericht geschrieben werden müsse, führen dann zu Einträgen wie „Herr Meier schläft“. Eine Dokumentation ist jedoch kein Tagebuch.



Foto: Miriam Dörr/fotolia

**Akten führen, Rücksprache halten: Die Dokumentation muss stimmen! Doch wer guckt eigentlich nach dem Patienten?**

## Patientenbeauftragter will Bürokratie abbauen

Eine Pflegedokumentation ist überaus wichtig. Wie diese zu führen ist, sollte bereits im Rahmen der Ausbildung vermittelt werden. Zusätzlich bieten sich für Mitarbeiter und Führungskräfte entsprechende Fortbildungen an. Dass es in der Praxis akute Defizite gibt, hat inzwischen auch die Politik erkannt.

Karl-Josef Laumann (CDU) ist beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit sowie Bevollmächtigter der Bundesregierung für Patienten und Pflege. Er findet klare Worte und bezeichnet die bürokratische Dokumentation in der Pflege als einen Bereich, in welchem „der Wahnsinn Triumphe feiert“. Im Gespräch mit den Westfälischen Nachrichten erklärte Laumann kürzlich, er habe sogar schon erlebt, dass erfasst wurde, wie oft ein Patient gelacht habe.

## Die Pflegedokumentation soll einfacher werden

Gegen eine derart unsinnige Dokumentation wendet sich ein Projekt zum Bürokratieabbau in der Pflege. Es wurde bereits in der Praxis getestet und soll den Dokumentationsaufwand künftig reduzieren. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) glaubt an den Erfolg: „Gute Pflege braucht vor allem eins: Zeit. Wir müssen die bürokratischen Anforderungen für die Pflegekräfte deshalb auf das Maß reduzieren, das zur Qualitätssicherung wirklich notwendig ist.“

## Verbesserungen im Alltag sind schon jetzt möglich

Während die Politik noch an der Umsetzung des geplanten Bürokratieabbaus auf Bundes- und Landesebene arbeitet, sind

Verbesserungen schon jetzt möglich. So ist beispielsweise im stationären Bereich eine Reduzierung der Dokumentation im Bereich der Grundpflege denkbar.

Unter Grundpflege versteht man alltägliche Verrichtungen wie etwa Körperpflege oder Ernährung. Die Durchführung derartiger Maßnahmen könnte von der jeweiligen Einrichtung als ein Standard definiert werden, der dann für alle Pflege- und Betreuungskräfte im Haus verbindlich wäre. Die somit vorgegebenen Routineabläufe müssten dadurch nicht jeden Tag aufs Neue detailliert dokumentiert werden. Auch aus haftungsrechtlicher Sicht wäre ein solches Vorgehen unproblematisch.

## Keine Angst vor einer sinnvollen Dokumentation

Im ambulanten Bereich dagegen ist eine Dokumentation weiterhin unumgänglich. Denn rechnet beispielsweise ein Pflegedienst bestimmte Leistungen ab, die er erbracht hat, so muss er diese natürlich auch entsprechend dokumentieren. Ähnlich verhält sich das im Bereich der Behandlungspflege. Bei dieser dreht sich alles darum, eine Krankheit zu heilen. Aus diesem Grund sollte jeder Fort- oder Rückschritt regelmäßig festgehalten werden.

Wer in der Pflege beschäftigt ist, möchte Menschen helfen. Was die Dokumentation angeht, sollten allein fachliche Erwägungen eine Rolle spielen. Pflegekräfte sollten sich nicht von der Angst leiten lassen, etwas Falsches oder zu wenig aufzuschreiben. Doch auch der Gesetzgeber kann dabei helfen, bürokratische Vorgaben abzubauen. Das würde bei allen Beteiligten für mehr Sicherheit sorgen. job

## Wer schreibt, der bleibt?

**Viele Pflegekräfte sind unsicher, was und vor allem wie viel sie im Rahmen ihrer täglichen Arbeit dokumentieren müssen. Das Sozialgesetzbuch (SGB) XI schreibt eine „praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde“ Pflegedokumentation vor. Doch was bedeutet das konkret?**



Foto: Miriam Dörr/fotolia

**Müssen Pflegekräfte immer mehr aufschreiben, nur um den Vorwurf abzuwenden, sie hätten irgend etwas nicht getan?**

Eine effiziente und fachgerechte Dokumentation der Pflege ...

- ... dient der medizinischen und pflegerischen Versorgung,
- ... gibt Informationen an den zu Pflegenden sowie an Angehörige weiter, um Transparenz und Sicherheit zu vermitteln,
- ... hilft, die Qualität der geleisteten Versorgung zu kontrollieren,
- ... dient auch als Leistungsnachweis (wirtschaftliche Funktion),
- ... schützt in Fragen der Haftung – vorausgesetzt sie ist lückenlos geführt.