

Jutta König

# Pflegedokumentation im Krankenhaus – gewusst wie

Schnell, sicher und effizient dokumentieren

2., aktualisierte Auflage

PFLEGE

PRAXIS



schlütersche



Jutta König

# Pflegedokumentation im Krankenhaus – gewusst wie

2., aktualisierte Auflage

PFLEGE

PRAXIS

Schnell, sicher und effizient dokumentieren

schlütersche

**Jutta König** ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet. Sie unterrichtet Pflegesachverständige und Pflegeberater, arbeitet als Unternehmensberaterin und Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heim- und Betreuungsrecht. Sie ist examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.

*»Findet ihr, daß es euch unterstützt, wenn  
ihr euch das Alles mit Bleistift aufzeichnet,  
so unterläßt es ja nicht.«*

NIGHTINGALE



## **Die Autorin**

**Jutta König**

Pflege-Prozess-Beratung

Eichendorffweg 10

65205 Wiesbaden



**pflegebrief** – die schnelle Information zwischendurch  
Anmeldung zum Newsletter unter [www.pflegen-online.de](http://www.pflegen-online.de)

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-966-8 (Print)

ISBN 978-3-8426-8941-1 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8942-8 (EPUB)

**© 2018 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg

Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover

Titelbild: pablocalvog – stock.adobe.com

Satz: PER MEDIEN & MARKETING GmbH, Braunschweig

Druck: Silber Druck oHG, Niestetal

# INHALT

<b>Vorwort</b> .....	7
<b>1 Grundsätze der Dokumentation</b> .....	9
1.1 Die wichtigen W-Fragen .....	9
1.2 Die Dokumentationspflichten der Pflegekräfte im Krankenhaus .....	11
1.3 Die Dokumentationspflichten der Ärzte im Krankenhaus	14
1.4 Die wahrheitsgemäße Dokumentation .....	17
1.4.1 Verletzung von Dokumentationsgrundsätzen .....	20
1.5 Das Einsichtsrecht .....	22
1.5.1 Das Einsichtsrecht des Patienten .....	22
1.5.2 Das Einsichtsrecht Dritter .....	23
1.5.3 Kein Einsichtsrecht für Kassen .....	26
1.6 Datenschutz, Aufbewahrung und Schweigepflicht .....	26
1.6.1 Schweigepflicht und informelle Selbstbestimmung	28
1.6.2 Aufbewahrungspflicht und -fristen .....	29
<b>2 Der Pflegebericht</b> .....	31
2.1 Die wahrheitsgemäße Berichtsführung .....	31
2.2 Vertragliche Anforderungen an den Bericht .....	33
2.3 Eintragungen – So wird's gemacht .....	34
2.3.1 Tatsachen beschreiben .....	34
2.3.2 Ungewöhnliche Maßnahmen beschreiben .....	38
2.3.3 Einfarbig schreiben ist die bessere Alternative .....	39
2.3.4 Keine Floskeln oder Selbstverständlichkeiten dokumentieren .....	40
2.3.5 Sinnvolles berichten .....	41
2.4 Inhalte einer professionellen Berichterstattung .....	43
2.5 Der Pflegebericht als Basis für die Abrechnung .....	44
2.6 Der Pflegebericht als Dokumentation bei einem Sturz .....	46
2.6.1 Beginnen Sie jeden Eintrag mit einem positiven Satz .....	46
2.6.2 Beschreiben Sie das Sturzereignis detailliert .....	49
2.6.3 Geben Sie den Ort an .....	50

	2.6.4	Stellen Sie den Verlauf im Bericht dar .....	51
	2.6.5	Wo waren Sie, Schwester ...? .....	52
<b>3</b>		<b>Die Pflegeplanung</b> .....	53
	3.1	Grundsätze .....	54
	3.2	Vereinfachen Sie die Planung .....	58
	3.3	Standardisieren Sie die Planung .....	61
	3.4	Berücksichtigen Sie die Expertenstandards .....	75
	3.4.1	Der aktualisierte Expertenstandard Dekubitus- prophylaxe in der Pflege .....	76
	3.4.2	Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege .....	81
<b>4</b>		<b>Formulare, Formulare – vom Stamblatt bis zum Protokoll</b>	87
	4.1	Das Stamblatt .....	87
	4.2	Die Anamnese .....	87
	4.3	Die Wunddokumentation .....	91
	4.4	Der Durchführungs-/Leistungsnachweis .....	92
	4.5	Die Lagerungs-/Bewegungsprotokolle .....	94
	4.6	Die Vitalwerte .....	95
	4.7	Die ärztlichen Anordnungen .....	96
<b>5</b>		<b>Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), Aktualisierung gültig seit 1.1.2018</b> .....	99
	5.1	So funktioniert die Abrechnung .....	100
	5.2	PKMS statt üblicher Modell-Planung .....	103
<b>6</b>		<b>Die Übergabe</b> .....	116
	6.1	Das Phänomen »Stille Post« .....	125
		<b>Literatur</b> .....	128
		<b>Register</b> .....	130

## VORWORT

Die Pflegedokumentation im Krankenhaus ist schon lange Pflicht. Lange? Das ist relativ, denn die Verpflichtung kam erst 1985 mit dem neuen Krankenpflegegesetz. Und mit dieser Verpflichtung zur Dokumentation fing die Verwirrung an:

- Was ist zu dokumentieren?
- Wie ist dies am sinnvollsten zu tun?
- Mit welchem Vordruck gelingt die Dokumentation?
- Wie soll man es allen recht machen?

Sicherlich hat jeder von Ihnen seit der Ausbildung den Spruch im Ohr: »Man steht immer mit einem Bein im Knast.« Ich persönlich kenne allerdings keine Pflegekraft im Knast. Jedenfalls habe ich von keiner gehört, die wegen einer falschen Dokumentation dort sitzt. Aber der Spruch hält sich hartnäckig.

Umso wichtiger ist es mir, die gerade gestellten (und andere) Fragen rund um die Pflegedokumentation im Krankenhaus zu beantworten.

Die Probleme mit der Dokumentation sind allen bekannt. Wie macht man es richtig und wer hat was zu sagen? Wechselt man die Arbeitsstelle oder auch einfach nur die Abteilung, so will die dortige Abteilungsleitung, dass die Dokumentation nun so oder anders geführt wird. Oft bleibt dabei aber offen, wie genau die Dokumentation erfolgen soll. Viele Mitarbeiter hören immer nur »so nicht« – aber wie es richtig ist und warum überhaupt, wird nicht verdeutlicht.

Hinzu kommt, dass viele Pflegende sich fragen, wie sie den Dokumentationsaufwand im alltäglichen Wahnsinn des Stationsablaufs bewältigen sollen. Wann soll die Dokumentation erfolgen? Zu Beginn der Schicht hat man alle Hände voll zu tun, dann ist die Akte unterwegs, weil Ärzte sie nutzen und mit ins Arztzimmer nehmen. Und schließlich geht es auf das Ende des Dienstes zu und man hat noch keine einzige Handlung dokumentiert. Was bleibt, ist klar: vor, während und nach der Übergabe wird auf Teufel komm raus dokumentiert.

Ein weiterer Punkt ist, dass es Zugpferde im Team gibt, die gewillt sind, die Dokumentation zeitnah und korrekt zu erledigen. Aber diese wenigen Mitarbeiter können nicht den gesamten Pflegeprozess abbilden. Außerdem: Wenn sie nicht da sind und der Verlauf im Bericht beispielsweise nicht weitergeführt wird, entstehen Lücken, die niemand mehr schließt. Und diese lückenhafte Dokumentation führt einerseits zu Qualitäts- und Versorgungsproblemen; kann andererseits aber auch finanzielle Nachteile, rechtliche Konsequenzen oder sonstigen Ärger mit sich bringen.

Dieses Buch soll Ihnen als Lektüre und Nachschlagewerk zugleich dienen. Es ist nicht nur für die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte unter Ihnen geschrieben, sondern auch für die Leitungskräfte und die Lehrkräfte in den Ausbildungsstätten. Bekanntlich kann man nie zu viel wissen...

**Wiesbaden, im Januar 2015**

**Jutta König**

# 1 GRUNDSÄTZE DER DOKUMENTATION

## 1.1 Die wichtigen W-Fragen

Hand aufs Herz: Wie viel haben Sie zum Thema Pflegedokumentation schon gelesen, gehört und gesehen? Die Dokumentation erscheint einerseits wie eine ungeliebte Routine; andererseits ist sie so unglaublich umfassend, kompliziert und scheint niemanden zufriedenzustellen.

Um es vorweg zu nehmen: Es gibt kein Gesetz, keine Bestimmung oder Verordnung, die die Pflegedokumentation im Krankenhaus eindeutig regelt. Es steht nirgends geschrieben, welcher Vordruck in einer Pflegedokumentation zu sein hat, geschweige denn, wie dieser Vordruck auszufüllen sei oder wie oft.

Fakt ist: Es gibt ein Krankenpflegegesetz und es gibt für Träger von Krankenhäusern die vertragliche Pflicht zur Dokumentation. Danach aber herrscht Wildwuchs. Jeder Krankenhausträger regelt die Flut an Vordrucken, Formularen und Dokumentationsblättern nach eigenem Gutdünken. Da der Träger eine Institution ist und von Menschen geleitet wird, herrscht in jeder Klinik eine andere Meinung zur Pflegedokumentation. Gleiches gilt für die Ausbildungsstätten zur Gesundheits- und Krankenpflege. In Ermangelung klarer Vorgaben macht jede Schule ihr eigenes Ding. Es gibt heute noch Lehrer, die den Auszubildenden die Norton- oder Braden-Skala beibringen, obwohl diese Skalen im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege seit Dezember 2010 nicht mehr empfohlen werden.

Es fehlen also oft die eindeutigen Grundlagen und gesetzlichen Regelungen. Die Dokumentationsanforderungen ergeben sich dann aus Versorgungsverträgen oder Abrechnungsgrundlagen. Nicht selten sind die Dokumentationsanforderungen auch lediglich ein Potpourri aus Urteilen der letzten Jahrzehnte.

### Die W-Fragen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat schon Mitte der 1980er Jahre Richtlinien\* erstellt, die aufzeigen, was eine Pflegedokumentation beinhalten muss. Die sogenannten »W-Fragen« sollen klären, wer, was, warum, wann, in welcher Form und in welchem Ausmaß angeordnet und/oder durchgeführt hat.

\* Deutsche Krankenhausgesellschaft (1985). Grundsätze für Anforderungen an die patientenbezogene Pflegedokumentation in Krankenhäusern

Doch noch immer hat jeder Verantwortliche seine eigene Meinung zur Dokumentation. Das betrifft Vorgesetzte und Kollegen, den MDK und das Qualitätsmanagement, die Ausbildungsstätten, Fachbuchautoren, Referenten und nicht zuletzt die Hersteller von Dokumentationsformularen und -systemen.

Wer von Ihnen schon einmal die Arbeitsstelle gewechselt hat, weiß, dass jedes Haus seine eigenen Regelungen in Sachen Dokumentation verfolgt. Jeder, der sich mit Kollegen unterhält, die ihre Ausbildung an einer anderen Schule oder einem anderen Krankenhaus gemacht haben, kann meine Aussage bestätigen. Es geht sogar so weit, dass selbst innerhalb eines Krankenhauses die Pflegedokumentationen unterschiedlich geführt wird. Auf Station 1 wird in jeder Schicht dokumentiert, auf Station 2 nur einmal am Tag.

Was macht man nun mit diesen unterschiedlichen Meinungen? Ganz einfach: sie anhören und dann abwägen. Wenn es keine Vorschriften von außen gibt, kann es nur einen geben, der den Kurs vorgibt, die vorgesetzte Person! Allen anderen können Sie zuhören. Aber am Ende des Gesprächs müssen Ihre Fragen lauten: »Wo steht das?« – »Woher kommt das?« – »Wozu ist das gut?« Wenn Ihr Gegenüber darauf keine Antworten hat oder lediglich auf Hörensagen verweist, wissen Sie, woran Sie sind. Auch bei Artikeln oder sonstiger Fachliteratur zum Thema »Dokumentation« sollten Sie achtsam sein. Viele Autoren geben lediglich Ihre Meinung zu dem Thema kund, können aber keine Quellen nennen.

Meinungsfreiheit ist in Deutschland glücklicherweise ein Grundrecht. Ein Problem gibt es nur, wenn die persönliche Meinung Einzelner als die allein

gültige Wahrheit verkauft wird. Das gilt für Referenten genauso wie für Qualitätsbeauftragte und Dokumentationshersteller.

Die Pflegedokumentation muss bestimmten Anforderungen genügen und diese will ich Ihnen, gemeinsam mit Tipps zur Umsetzung, im Folgenden aufzeigen.

## 1.2 Die Dokumentationspflichten der Pflegekräfte im Krankenhaus

*»Findet ihr, daß es euch unterstützt, wenn ihr euch das Alles mit Bleistift aufzeichnet, so unterläßt es ja nicht.« (NIGHTINGALE 1860, S. 117)<sup>1</sup>*

Vor über 150 Jahren schon machten sich Krankenpflegekräfte Notizen. Auch damals konnte kaum jemand alles behalten, was sich während des Dienstes ereignete. Zwar ermittelte man damals nicht so viele Vitalzeichen, Laborwerte und sonstige Parameter wie heute, dafür versorgte man aber bis zu 40 Patienten allein, in den Lazaretten teilweise mehr.

Wohl niemand, der in der Pflege tätig ist, wird die Wichtigkeit der Pflegedokumentation in Frage stellen. Jeder weiß, dass sie unumgänglich ist. Aber wie weit reicht die Dokumentationspflicht? Was ist wie, wann und in welcher Form zu dokumentieren?

Ein explizites Gesetz, das die Dokumentationsform regelt oder gar Inhalte definiert, existiert nicht. Die Dokumentationspflicht ergibt sich aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen und aus der Rechtsprechung, also einzelnen Richtersprüchen. Das wohl richtungsweisendste Urteil erging am 18. März 1986 am Bundesgerichtshof.<sup>2</sup> Hier wurde die Dokumentationspflicht in der Pflege generalisiert. Zudem verpflichten das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) ebenso zur Dokumentation (und

<sup>1</sup> Zit. n. Grimm, N. (2010). Die Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegekräfte. Eine qualitative Studie. Im Internet: [http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/frontdoor.php?source\\_opus=1113&la=de](http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/frontdoor.php?source_opus=1113&la=de) [Zugriff am 19.09.2014]

<sup>2</sup> Roßbruch, R. (2010). Handbuch des Pflegerechts. Bd.3, C. 46, 5. Neuwied: Luchterhand

sehen diese als Bestandteil der täglichen Arbeit), wie auch das Vertragsrecht in Gestalt des Krankenhausaufnahmevertrags.

### Was Gesetze sagen

- § 3 KrPflG: In diesem Paragraphen wird deutlich, was zur Krankenpflege gehört, nämlich die »Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege«
- § 4a KrPflG verpflichtet die zum Examen zugelassenen Pflegenden zu dokumentieren
- § 15 KrPflAPrVO: Die zum Examen Zugelassenen übernehmen »alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation«
- § 20a KrPflAPrVO: »Bei der Eignungsprüfung haben die Antragsteller nachzuweisen, dass sie über die zum Ausgleich der von der zuständigen Behörde festgestellten wesentlichen Unterschiede erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. ... Der Prüfling hat dabei in mindestens einer und höchstens vier Pflegesituationen nachzuweisen, dass er die für den pflegerischen Gesamtprozess jeweils erforderlichen Maßnahmen planen, übernehmen, ihre Durchführung dokumentieren ... kann«

Diese Bestimmungen bedeuten eben auch, dass der Krankenhausträger die Dokumentation der Grund- und Behandlungspflege als pflegerische Nebenleistung vertraglich gewährleistet.

**Tabelle 1: Pflegedokumentation und ihre Bedingungen**

Dokumentationswahrheit	Dokumentationsklarheit
Den Tatsachen entsprechen = alles Messbare	Eindeutig, lückenlos
Wahrheitsgemäß = objektiv nachvollziehbar, keine Meinung	Nachvollziehbar und verständlich und wertfrei
Echtheit	Lesbar, keine Überschreibung, kein Tipp-Ex; Zeitnah (= bis spätestens Ende der Schicht)

Hans Böhme schreibt in seinem »Rechtshandbuch für Führungskräfte« (1999), dass die Begründung für eine Verpflichtung zur Dokumentation in mehreren Ebenen zu finden sei:

- »Haftungsrecht
- Der Vertragspartner hat einen vertraglichen Anspruch auf sach und fachkundige Arbeitsleistung.
- Oberstes Gebot ist die Sicherheit des Patienten.
- Es haftet der, der ausführt.
- Vertragsrecht
- Pflegevertrag/Heimvertrag
- Eigenverantwortung
- Verantwortungsebenen in der Arbeitsteilung
- Organisationsverantwortung
- Sicherungs und Verkehrspflicht der Einrichtung
- Qualitätssicherung
- Krankenkassenversicherungsrecht und Pflegeversicherung (Qualitätssicherung).«

### Fazit

Die Dokumentation der Pflegeeinrichtung muss also verschiedenen Kriterien genügen und mehrere Bedingungen erfüllen:

- Eigene Sicherheit der Pflegekraft im Haftungsfall
- Gewährung der Sicherheit des Kunden
- Sicherheit für Kollegen
- Leistungstransparenz gegenüber
  - Kunden
  - Ärzten/Therapeuten
  - MDK
  - Kassen
- Information und Kommunikation (interdisziplinär)
- Qualitätssicherung

Diese Vielzahl von Kriterien verlangt flexible Denkprozesse. Doch kaum jemand ist sicher, wie und was nun dokumentiert werden muss. In diesem Buch zeige ich Ihnen, wie Sie eine Dokumentation führen, damit Sie zum

## 2 DER PFLEGEBERICHT

### 2.1 Die wahrheitsgemäße Berichtsführung

Immer wieder gibt es Diskussionen zu fehlenden schriftlichen Anordnungen von Ärzten, vor allem nachts, in Bereitschaftsdiensten oder bei Notfällen. Grundsätzlich aber hat der Arzt gegenüber den Durchführenden, in dem Falle der Pflege, eine Dokumentationspflicht. Das gilt zumindest im sogenannten arzt nahen Bereich, dem Krankenhaus (vgl. Kapitel 1.4)

Wahrheit ist ein Grundsatz der Dokumentation, der natürlich auch für den Pflegebericht gilt. Und auch wenn es kein Gesetz gibt, in dem wortwörtlich steht, es sei die Wahrheit zu dokumentieren, so gibt es einige Paragrafen im Strafgesetzbuch, die die Konsequenzen enthalten, wenn nicht die Wahrheit dokumentiert wird.

#### Dokumentationswahrheit

Wahrheit bedeutet, dass man darstellt, was den Tatsachen entspricht, was man sieht, hört, wahrnimmt. Dass man dokumentiert, wie es ist, und nicht, wie man glaubt, dass etwas sei.

Zu den Begriffen, die nicht unbedingt der Wahrheit entsprechen, finden Sie Beispiele in den folgenden Kapiteln. Ich möchte an dieser Stelle auf Einträge eingehen, die als nicht wahrheitsgetreu angesehen werden können: Eintragungen von Datum und Uhrzeit. Dies betrifft allerdings nur Berichte, die auf Papier geschrieben sind. In der elektronischen Dokumentation können diese Fehler nicht vorkommen.

Doch zurück zur Papierdokumentation. Ich kenne Kliniken, die schreiben keine Uhrzeit in die Uhrzeitsspalte, sondern eine Schichtform (FD, ND):

Dat	Uhrzeit		HZ
23.8.	FD	VW durchgeführt	JK
23.8.	ND	Patient schläft	BR

Die Überschrift »Uhrzeit« sollte ernst genommen werden. Wird also nach einer Uhrzeit gefragt (im Bericht, in Protokollen etc.), dann wird sie auch benötigt. Dabei ist es nicht zwingend wichtig, wann der oben genannte »VW« (Verbandswechsel) durchgeführt wurde. Es ist vielmehr wichtig, wann die Pflegeperson es eingetragen hat. Damit sind wir bei Problem Nr. 2: Viele wollen ja gern die Uhrzeiten in den Pflegebericht eintragen, sind sich aber nicht sicher, welche Zeit eingetragen werden soll: die des Geschehens oder der Zeitpunkt des Eintrags? Folgender Eintrag macht deutlich, worum es bei der Uhrzeit geht:

Dat	Uhrzeit		HZ
23.8.	7:45	Pat. vorm Bett liegend aufgefunden	JK

Liest man diesen Eintrag, weiß man nicht, wann der Patient gefunden wurde. Die dargestellte Uhrzeit (7:45 Uhr) bezieht sich aber **immer auf den Zeitpunkt des Eintrages**. Wenn 7:45 Uhr in der Uhrzeitspalte steht, hat die Pflegekraft um 7:45 Uhr dokumentiert. Es fehlt also noch die Zeit des eigentlichen Geschehens.

Korrekt ist also:

Dat	Uhrzeit		HZ
23.8.	7:45	Patient wurde um 7:15 Uhr vorm Bett liegend vorgefunden	JK

Wahrheitsgemäß bedeutet aber auch, dass Nachträge korrekt deklariert werden. Jedem kann es mal passieren, dass er einen Eintrag später nachholen muss.

Das geht so:

Dat	Uhrzeit		HZ
25.8.	14:15	Nachtrag zum 24.8., ca. 20:15 Uhr: Patient hat....	JK

## 2.2 Vertragliche Anforderungen an den Bericht

Das Berichtsblatt ist sicher das Papier, mit dem die Mitarbeiter oft die größten Probleme haben. Selbstverständlich wissen Pflegekräfte grundsätzlich, was und wie sie zu dokumentieren haben. Sie haben es aber vielleicht verlernt. Nahezu in jeder Fortbildungsveranstaltung, nach jeder Sitzung zum Thema Berichtsführung, sind vermeintlich neue Erkenntnisse und Anforderungen an die Dokumentation hinzugekommen. Was gestern noch in der Fachschule gelehrt wurde, wird heute in einer Fortbildung zunichte gemacht. Was die Fortbildung klar stellte, wird durch Erläuterungen von Vorgesetzten oder Kollegen wieder unklar.

### Anforderungen – Wo steht's?

Die Anforderungen an die Berichterstattung sind einerseits im Krankenpflegegesetz verankert, andererseits aber durch die Versorgungsverträge des Krankenhauses und die neue Art der Abrechnung anders interpretiert worden.

Folgende Anforderungen stammen mitunter aus Versorgungsverträgen nach § 109 SGB V:

»Die Dokumentation muss:

- kontinuierlich
- systematisch
- aussagefähig
- übersichtlich
- zielgerichtet
- von allen Beteiligten fortlaufend
- nachvollziehbar
- schriftlich
- mit Datum, Uhrzeit und HZ oder EDV-Kürzel geführt werden.«

Was bedeuten nun diese Begriffe? Bedeutet kontinuierlich und systematisch, dass man jeden Tag, in jeder Schicht dokumentieren muss? Sicherlich nicht. Es soll vielmehr bedeuten, dass immer dann kontinuierlich und systematisch dokumentiert wird, wenn die Situation es verlangt, wenn also

### 3 DIE PFLEGEPLANUNG

Die Pflegeplanung ist Teil des Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess und seine sechs Schritte (nach Fiechter & Meier) oder vier Schritte (laut WHO) sind bekannt. Doch die Pflegeplanung ist lediglich für die Hälfte des Pflegepersonals im Krankenhaus die Basis ihrer täglichen Arbeit.<sup>17</sup>

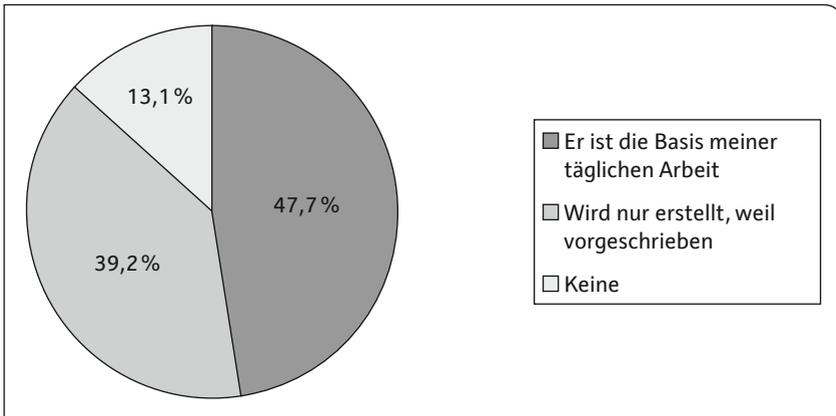


Abb. 1: Bedeutung des Pflegeprozesses für die eigene Praxis.

Die Pflegeplanung ist vielerorts nicht eine Planung der Pflege, sondern ungeliebter Ballast im Arbeitsalltag. So gaben in der nicht repräsentativen Online-Umfrage des DBfK immerhin 25 % der Teilnehmer an, dass die Pflegeplanung nach Schichtende erfolgt. Das hängt nicht zuletzt auch an den aufwendigen Systemen, die genutzt werden. Zudem wird in manchen Häusern doppelt dokumentiert, schriftlich und per EDV. So ist es für viele Pflegenden nicht immer einfach, ihre Arbeit gern und richtig zu planen. Das wiederum liegt nicht selten an der Verkomplizierung des Pflegeprozesses (vgl. Kapitel 3.2).

<sup>17</sup> Auswertung der Online-Umfrage: »Pflegeprozess im Krankenhaus«, im Internet: <http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Pflege-im-Krankenhaus/TOP-9.2-Antrag-15-Tischvorlage.pdf> [Zugriff am 27.10.2014]

### 3.4.2 Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

»Der Expertenstandard hat zum Ziel, Pflegefachkräfte sowie Pflege- und Gesundheitseinrichtungen dabei zu unterstützen, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Expertenmeinungen, Stürzen vorzubeugen und Sturzfolgen zu minimieren.«<sup>21</sup>

#### Strukturqualität

An die Pflegefachkraft werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie verfügt über das nötige theoretische Wissen.
- Sie kann Kunden/Angehörige über Risiken beraten.
- Sie kennt geeignete Mittel zur Intervention (kann gegensteuern).
- Sie kennt Mittel zur Minimierung von Sturzfolgen.
- Sie ist zur Analyse der Sturzrisiken in der Lage.
- Sie bezieht Externe bei Bedarf mit ein.
- Sie beurteilt die Effektivität der ergriffenen Maßnahmen.

An die Einrichtung werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie gewährleistet (ambulant: empfiehlt!) geeignete Hilfsmittel und technische Hilfen.
- Sie ermöglicht (ambulant: empfiehlt!) zielgruppenorientierte Interventionsmöglichkeiten.
- Sie ist zur Koordination der Interventionen autorisiert.

#### Prozessqualität

An die Pflegefachkraft werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie beurteilt das Sturzrisiko des Kunden systematisch und unmittelbar bei Übernahme der Pflege und in der Folge während der Versorgung.
- Sie informiert den Kunden/Angehörigen über vorliegende Risikofaktoren.
- Sie entwickelt mit dem Kunden/Angehörigen, ggf. Externen individuelle Maßnahmen.
- Sie dokumentiert systematisch jeden Sturz, analysiert diesen und leitet ggf. weitere Maßnahmen ein.

---

<sup>21</sup> DNQP 2013, S. 11

An die Einrichtung werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie gewährleistet (ambulant: empfiehlt!) gezielte Interventionen, in Absprache mit anderen Berufsgruppen.
- Sie sorgt für individuelle Umgebungsanpassung und Einsatz von Hilfsmitteln.

### **Ergebnisqualität**

An die Pflegefachkraft werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie ermittelt Sturzrisikofaktoren und erfasst diese systematisch.
- Sie sorgt dafür, dass Kunden/Angehörige die Risikofaktoren kennen.
- Sie leitet individuelle Maßnahmen zur Risikominimierung ein und dokumentiert diese.
- Sie setzt geeignete Hilfsmittel ein.
- Sie sorgt dafür, dass Umgebung, Maßnahmen und Hilfsmittel dem individuellen Risiko angepasst sind.
- Sie sorgt dafür, dass den beteiligten Berufsgruppen das individuelle Risiko bewusst ist.
- Sie erfasst jeden Sturz; der Einrichtung liegen nachvollziehbare Daten zu Häufigkeit, Umständen und Folgen von Stürzen vor.

#### **3.4.2.1 Die häufigsten Fehler bei der Strukturqualität**

Auch beim Sturzrisiko sind Pflegefachkräfte nicht oder nur unzureichend geschult. Das Sturzrisiko wird unter- oder überbewertet oder nur als Gefahr beschrieben. Es werden keine Sturzrisikofaktoren aufgezeigt. Sturzrisikoskalen werden unreflektiert ausgefüllt und der Patient wird nicht nachweislich bezüglich der bestehenden Risiken beraten. Viele Pflegekräfte können eine Analyse der Sturzrisiken nicht ausreichend vornehmen und belassen es beim Ausfüllen einer Sturzrisikoskala. Sie schauen nicht einzelne Risiken (extrinsisch und intrinsisch) an, sondern urteilen pauschal. Leider werden bei Bedarf keine Externen miteinbezogen, z. B. bei Hilfsmittelanpassung das Sanitätshaus. Es wird zwar häufig von »Sturzgefahr« in der Pflegedokumentation oder Planung geschrieben, nicht aber, welche Faktoren das Risiko auslösen und warum.

**Hinweis**

Jeder Mensch hat individuelle Risiken und ist damit in Gefahr zu stürzen!

Faktoren, die ein Risiko erhöhen können, sind u. a.:

- Funktionseinbußen (z. B. Gehbehinderung, Sehschwäche)
- Beeinträchtigung des Gedächtnisses (jemand vergisst, was er nicht oder noch kann)
- Erkrankung innerer Organe, die Ohnmacht auslösen können (z. B. morgens niedriger Blutdruck)
- Ausscheidungsprobleme wie Drangblase/Nykturie (z. B.: Wer nachts zur Toilette muss, hat es eilig und ist evtl. schlaftrunken)
- Angst vor Stürzen (Ängste haben Unsicherheit als Begleiterscheinung)
- Hilfsmittelanwendung (z. B. ist der Rollator ungeeignet oder er wird vergessen)
- Schuhe und Kleidung (z. B. offene, heruntergetretene Schuhe, zu lange Hosenbeine)
- Medikamente (z. B. sedierende Mittel oder Schlafmittel)
- Umgebungsgefahren (Stolperquellen, Treppen, Licht, glatte oder unebene Böden etc.)

Manche Pflegekräfte verwechseln den Faktor mit einem Problem. So füllen manche irgendwelche Skalen aus, in denen die erhöhenden Faktoren festgehalten werden. Aber was macht man mit der Erkenntnis, dass ein Patient ein Hilfsmittel nutzt, eine Funktionseinbuße hat und zudem ein Schlafmittel erhält? Was unterscheidet diesen Patienten von einer Pflegekraft? Ist diese weniger sturzgefährdet als dieser Patient? Klare Antwort: Es kommt darauf an. Nämlich darauf, wie sich diese Faktoren im Alltag auswirken. Wenn der Patient einen Rollator nutzt, das rechte Bein nachzieht, aber dennoch sicher und selbstständig geht, gibt es kein Problem. Es gibt auch kein Problem, wenn der Patient zwar diverse Einbußen hat, aber stets klingelt, wenn er irgendwohin möchte. Wenn ein Patient barfuß oder in Badepantoffeln läuft, verhält es sich ebenso. Es gibt Patienten, die gehen sicher und selbstständig, aber barfuß oder in Pantoletten. Es gibt Patienten, die gehen stets in Begleitung. Beide Klientel sind aber nicht sturzgefährdeter als Sie und ich. Auch hier ein Flussdiagramm zur Veranschaulichung (vgl. Abbildung 3).

### Fazit

Nicht die Anzahl der Faktoren ist ausschlaggebend, sondern die Auswirkungen und der Umgang damit. Das bedeutet: Pflegekräfte müssen das Risiko pflegefachlich einschätzen und nicht nur Skalen ausfüllen.

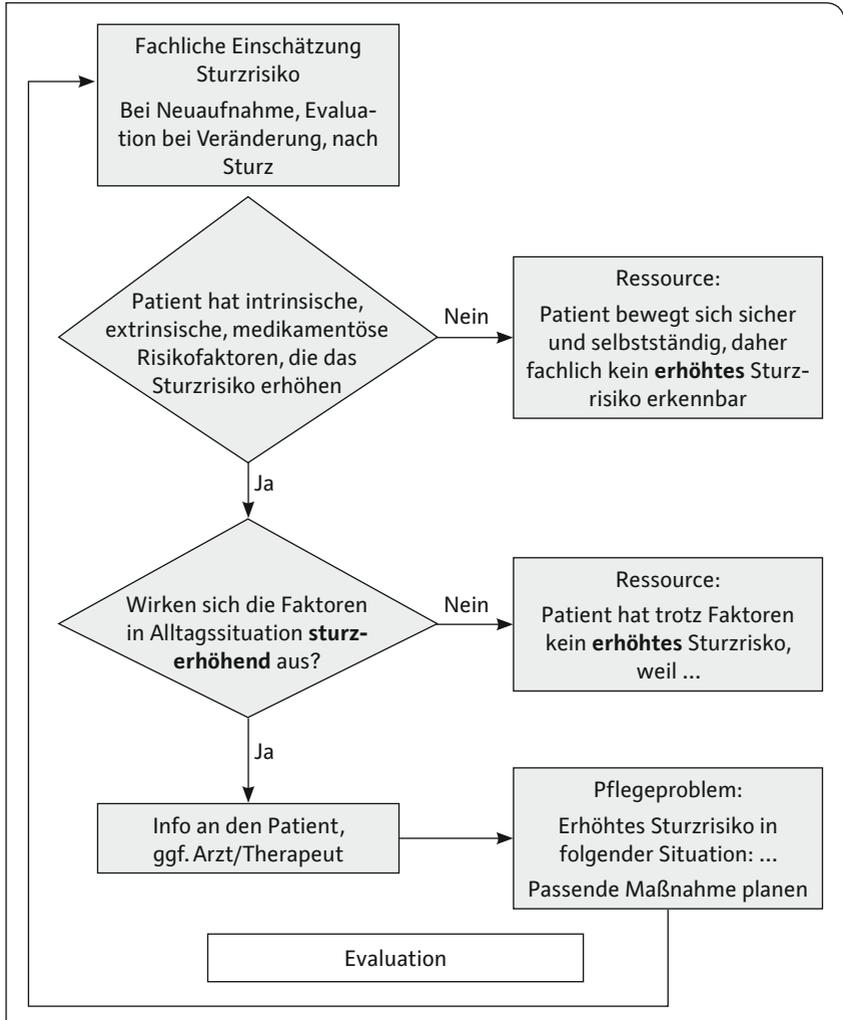


Abb. 3: Flussdiagramm zur Sturzrisikoeinschätzung.

### 3.4.2.2 Vorgehensweise und Dokumentation

Es ist also wenig sinnvoll, irgendeine Bewertungsskala auszufüllen, die einen beliebigen Punktwert ergibt. Es ist vielmehr wichtig, sich den einzelnen Risikofaktoren zu widmen, die ein Patient haben kann. Wenn diese Risikofaktoren ermittelt sind, muss man mit dem Patienten, ggf. Arzt (bei Medikamenteneinfluss) oder Therapeuten (bei Funktionseinbußen) sprechen. Falls an den Ursachen etwas zu ändern ist, kann man gemeinsame Strategien entwickeln, diesen Problemen zu begegnen. Selbst wenn ein Patient keine Veränderung mitmachen möchte, so muss die Klinik/die Pflegekraft wenigstens nachweisen können, dass sie sich um das Problem bemüht hat.

Gehen Sie also entsprechend des Pflegeprozesses vor (s. Abb. 4):

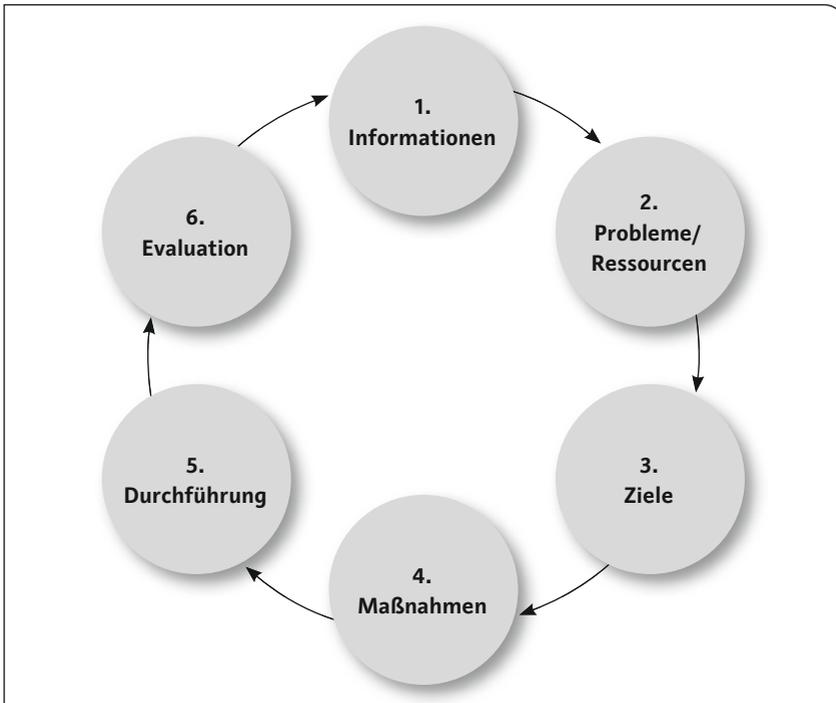


Abb. 4: Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier.

### Sammeln Sie Informationen

Ermitteln Sie die Risikofaktoren entsprechend des Expertenstandards oder nutzen Sie ein eigenes System. Aber Achtung: Die Checklisten können nur Gedächtnisstützen sein. Sie sagen noch nichts über das tatsächliche Risiko.

### Erkennen und dokumentieren Sie Ressourcen – Definieren Sie Probleme

Die Ressourcen (Fähigkeiten und Möglichkeiten) spielen eine große Rolle. Für alles, was der Patient selbstbestimmt für sich regelt, muss weder die Klinik noch die Pflege die Verantwortung übernehmen. Wer trotz Beratung in Badelatschen geht, kann stolpern. Wer allein zur Toilette geht, kann auf dem Weg dahin auch stürzen. Wer nicht klingelt, sondern allein aufsteht, kann fallen usw. Es empfiehlt sich dringend, immer zuerst die Ressourcen zu beschreiben.

### Planen Sie Maßnahmen, wenn Sie ein Risiko erkennen

Die Maßnahmenplanung muss realistisch und immer am Problem entlang geschehen. Es macht keinen Sinn, wenn Sie einen Hinweis auf festes Schuhwerk eintragen, wenn die Sturzgefahr durch Schwindel ausgelöst wird. Es macht keinen Sinn, in der Pflegeplanung auf die Klingel hinzuweisen, wenn der Patient ständig seinen Rollator vergisst.

Maßnahmen und Probleme sind wie eine Waage, die im Gleichgewicht sein muss. Das, was Sie tun, muss sich im Wortlaut auch im Problem widerspiegeln.

Vereinfacht dargestellt:

<b>Problem</b>	<b>Maßnahme</b>
Zieht nicht immer Schuhe an	An Schuhe erinnern
Vergisst Rollator	An Rollator erinnern
Steht allein vom Bett auf, obwohl er Hilfe holen soll	An die Klingel erinnern und Hilfe anbieten
Hat Stolperfallen vorm Bett, weil er alles vors Bett wirft (Zeitung, Tasche etc.)	Auf Stolperfallen und die damit verbundenen Gefahren hinweisen

## LITERATUR

- Ärztekammer Sachsen-Anhalt** (2010). Auszug aus der Berufsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. Im Internet: <http://www.aeksa.de/10arzt/70themen/040aufbewahrungsfristen/index.html> [Zugriff am 08.10.2014]
- Böhme, H.** (1991). Das Recht des Krankenpflegepersonals Teil 2: Haftungsrecht. 3. Auflage. Stuttgart, Kohlhammer
- Böhme, H.** (1992). Pflege auf dem Prüfstand. Rechtsgutachten für die Senatsverwaltung Berlin
- Böhme, H.** (1999). Rechtshandbuch für Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Augsburg: WEKA MEDIA
- Brenner, G.** (1992). Rechtskunde für das Krankenpflegepersonal. 5. Auflage. Stuttgart: Fischer
- Deutsche Krankenhausgesellschaft** (1985). Grundsätze für Anforderungen an die patientenbezogene Pflegedokumentation in Krankenhäusern
- Deutsche Krankenhausgesellschaft et al.** (2004). Gemeinsame Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG
- DNQP** (2009). Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück
- DNQP** (2010). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück
- DNQP** (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück
- Grimm, N.** (2010). Die Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegekräfte. Eine qualitative Studie. Im Internet: [http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/frontdoor.php?source\\_opus=1113&la=de](http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/frontdoor.php?source_opus=1113&la=de) [Zugriff am 19.09.2014]
- Großkopf, V.** (1994). Fehlinjektionen. In: Pflegezeitschrift 10/1994. Stuttgart: Kohlhammer
- Hahn, B.** (1981). Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Hilfspersonal. 1. Auflage. Königstein/Ts.: Athenäum
- Höfert, R.** (1997). Pflegende mit Sicherheit im Recht? In: Heilberufe 2/1997. Heidelberg: Springer
- Juchli, L.** (1994). Pflege. 7. Auflage. Stuttgart: Thieme
- Kampmann, A.** (1996). Weisungsgebundenheit oder Arbeitsverweigerung? In: Pflege aktuell 6/1996
- Klie, T.** (1996). Rechtskunde. 5. Auflage. Hannover: Vincentz

- König, J.** (2013). Was die PDL wissen muss. 5. Auflage. Hannover: Schlütersche
- Landespflegeausschuss Niedersachsen** (2004). Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation. Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 28.10.2004, Hannover
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.) & GKV-Spitzenverband** (2014). Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung – Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Altenpflege. Essen
- Reimer, W.** (1995). Pfleglicher Umfang mit dem Recht.(1. Auflage. Ulm: Universitätsverlag
- Roßbruch, R.** (1998): Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht, in: PflegeRecht 1998, 126 ff. Neuwied: Luchterhand
- Roßbruch, R.** (2010). Handbuch des Pflegerechts. Bd.3, C. 46, 5. Neuwied: Luchterhand
- Schell, W.** (1995). Injektionsproblematik aus rechtlicher Sicht. 4. Auflage. Hagen: Brigitte Kunz
- Schell, W.** (1998). Arbeits- und Arbeitsschutzrecht für die Pflegeberufe von A bis Z. Hannover: Schlütersche
- Schell, W.** (2014). Die Delegation von ärztlichen Aufgaben ist grundsätzlich schriftlich zu fixieren. Im Internet: [www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/delegation\\_von\\_aerztlichen\\_aufgaben.php](http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/delegation_von_aerztlichen_aufgaben.php)
- Schneider, A.** (1994). Rechts- und Berufskunde für die Fachberufe im Gesundheitswesen. 4. Auflage. Berlin: Springer

## REGISTER

- Abrechnung 100
- Akteneinsicht
  - Dritter 23
  - Hinterbliebene 24
  - MDK 24
  - Polizei 24
  - Staatsanwaltschaft 24
- Anamnese 87
- Anordnungen, ärztliche 96
- Aufbewahrung 26
- Aufbewahrungsfristen 29
- Aufbewahrungspflicht 29
- Auskunftspflichten 27
  
- Behandlungspflege 54
- Berichterstattung, professionelle 43
- Berichtsführung, wahrheitsgemäße
  - 31
  
- Datenschutz 26
- Dekubitusprophylaxe 76
- Dokumentation
  - administrative 17
  - ärztliche 18
  - pflegerische 18
- Dokumentationsgrundsätze 20
- Dokumentationsklarheit 12, 18
- Dokumentationspflichten
  - Ärzte 14
  - Pflegekräfte 11
- Dokumentationswahrheit 12, 18, 31
- Durchführungs-/Leistungsnachweis
  - 92
  
- Einfarbigkeit 39
- Einsichtsrecht 22
  - Dritter 23
  - Krankenkassen 25
  - Patienten 22
- Ergebnisqualität 77, 82
- Expertenstandard 75
  - Sturzprophylaxe in der Pflege
    - 81
  
- Fälschung
  - beweisheblicher Daten 21
  - technischer Aufzeichnungen 21
- Fehlbelegung 45
  - primäre 45
  - sekundäre 45
- Floskeln 40
- Formulierungen, mangelhafte 34
  
- Grundpflegebereiche 101
  
- Haftungsrecht 13
  
- Lagerungs-/Bewegungsprotokolle
  - 94
  
- Maßnahmen 38
- Mittelbare Falschbeurkundung 21
  
- Pflege, aufwändige 100
- Pflegebericht 31
  - als Dokumentation 46
  - Anforderungen 33
  - Eintragungen 34

- Pflegedokumentation 12
  - Vorgehen 79
- Pflegekomplexmaßnahmen-Score 99
- Pflegemodelle 60
- Pflegeplanung 53
  - Aufbau 59
  - Standardisierung 61
- Pflegeproblem 55
- Pflegeprozess 53
- PKMS 99
- Positiveintrag 41, 46
- Prima-Facie-Beweis 15
- Prozessqualität 77, 79, 81
  
- Schreibdisziplin 18
- Schweigepflicht 26, 28
- Selbstbestimmung, informelle 28
- Sprachdisziplin 18
  
- Stammblatt 87
- Strukturdisziplin 18
- Strukturqualität 76, 77, 81, 82
- Sturzereignis 49
- Sturzrisikoeinschätzung 84
  
- Täuschung im Rechtsverkehr bei  
    Datenverarbeitung 21
  
- Übergabe 116
- URGGE-Prinzip 91
- Urkundenfälschung 21
  
- Verlaufsdarstellung 51
- Vertragsrecht 13
- Vitalwerte 95
- VUG-Prinzip 15
  
- Wunddokumentation 91



**Jutta König**

## **Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders**

Mit fünf Bereichen alles erfassen  
und perfekt dokumentieren

3., aktualisierte Auflage

pflege PRAXIS

164 Seiten, 14,8 x 21,0 cm, kartoniert

ISBN 978-3-89993-388-8

€ 22,95 [D]

Auch als eBook erhältlich

- Nachvollziehbar, aber kompakt dokumentieren
- Nur noch 5 Bereiche in den Blick nehmen
- Individuell und wertschätzend schreiben und pflegen
- Ergänzt um das Kapitel »Assessments«

Seitenlange Pflegedokumentationen, die keiner liest; Doppeldokumentationen, die Zeit und Nerven kosten; unverständliche Texte, unsachgemäße Formulierungen – in der Pflege wird immer noch dokumentiert, was Papier und PC hergeben: für den MDK, für die Heimaufsicht, für den Qualitätsprüfer, die Kollegen, die Pflegedienstleitung.

Dieses Buch geht zurück an den Anfang jeder Dokumentation. Es fragt nach was, wer, wann und wo dokumentiert werden muss. So wird klar, was eine Pflegedokumentation leisten kann, wie sie aussehen muss und warum dafür nur fünf Bereiche in den Blick genommen werden müssen.

Mit der 5-Bereiche-Dokumentation erreichen Pflegekräfte rasch und sicher ihr Ziel: Sie dokumentieren nachvollziehbar, können auf Nachfragen und bei Prüfungen entspannt reagieren und wertschätzend pflegen.

[www.buecher.schluetersche.de](http://www.buecher.schluetersche.de)  
Änderungen vorbehalten.

**schlütersche**

## Von der Pflicht zur praktischen Umsetzung

Seit fast 30 Jahren wird in bundesdeutschen Kliniken dokumentiert. Sämtliche Maßnahmen für den Patienten werden täglich anhand von fünf Leistungsbereichen erfasst. Nur so lassen sich die sog. Aufwandspunkte festlegen. Zugleich sind rechtliche Rahmenbedingungen zu beachten. Auch die Themen Haftung und Expertenstandards finden mehr als je zuvor Beachtung.

Der zu Grunde liegende aktualisierte Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) stellt Pflegekräfte zusätzlich vor große Herausforderungen. Der PKMS ist keinesfalls selbsterklärend, sondern erfordert gute Kenntnisse und viel praktische Erfahrung.

Wie wird also sicher, schnell und effizient dokumentiert? Die aktuelle Auflage dieses Buches führt durchs Dickicht der Pflegedokumentation im Krankenhaus: Es klärt über die Grundlagen auf, enthält viele praktische Tipps für die tägliche Arbeit und sorgt so für mehr Handlungssicherheit.

Anforderungen

Konsequenzen

Hilfen für den Arbeitsalltag

### Die Autorin

Jutta König ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet. Sie unterrichtet Pflegesachverständige und Pflegeberater, arbeitet als Unternehmensberaterin und Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heim- und Betreuungsrecht. Sie ist examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.

ISBN 978-3-89993-966-8



9 783899 939668