

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

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

Vorwort	7
1 Grundsätze der Dokumentation	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
2 Der Pflegebericht	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
3		Die Pflegeplanung	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
4		Formulare, Formulare – vom Stamblatt bis zum Protokoll	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
5		Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS), Aktualisierung gültig seit 1.1.2018	99
	5.1	So funktioniert die Abrechnung	100
	5.2	PKMS statt üblicher Modell-Planung	103
6		Die Übergabe	116
	6.1	Das Phänomen »Stille Post«	125
		Literatur	128
		Register	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 Pflegenden 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)¹

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.² 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

¹ 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 [Zugriff am 19.09.2014]

² 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)