

**Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI
vom 28.10.2004**

Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation

**Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit
Geschäftsstelle des Landespflegeausschusses
Postfach 141**

30001 Hannover

Inhaltsverzeichnis

<u>EINFÜHRUNG</u>	3
<u>1. ZIELSETZUNG</u>	6
<u>2. FORMALE ASPEKTE DER PFLEGEDOKUMENTATION</u>	7
<u>3. BESTANDTEILE DES PFLEGEPROZESSES</u>	8
<u>3.1. Informationssammlung</u>	8
<u>3.2. Erheben von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten</u>	11
<u>3.3. Ziele festlegen</u>	12
<u>3.4. Planung</u>	13
<u>3.5. Durchführung der geplanten Maßnahmen und Leistungsnachweis</u>	14
<u>3.6. Weitere Dokumentationsleistungen</u>	18
<u>3.7. Ärztliche Anordnung/Verordnung</u>	18
<u>3.7. Überleitungsbogen</u>	19
<u>4. BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE BETRACHTUNG</u>	20
<u>5. ERFORDERLICHE STRUKTUREN/ORGANISATORISCHER HINWEIS</u>	21
<u>6. RECHTLICHE ASPEKTE DER PFLEGEDOKUMENTATION</u>	21
<u>6.1. Pflegeversicherung SGB XI</u>	22
<u>6.2. Gesetzliche Krankenversicherung SGB V</u>	23
<u>6.3. Heimgesetz</u>	24
<u>6.4. Andere Rechtsgebiete</u>	24
<u>7. SCHUTZ VON SOZIALDATEN</u>	25
<u>8. FAZIT</u>	26

Einführung

Die Pflege leidet unter einem großen Aufwand für Verwaltung, Aufzeichnungspflichten und Berichte. Wertvolle Zeit für fachliche Verrichtungen und menschliche Zuwendung geht verloren. In diesem Zusammenhang wird von Seiten der Leistungsanbieter der übermäßige Aufwand insbesondere für die Pflegedokumentation hervorgehoben.

Vor diesem Hintergrund fand am 1. April 2003 mit Unterstützung durch das niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit eine Fachtagung "Verwaltung statt Betreuung - zu viel Bürokratie in der Pflege?" statt. Hierbei stand die Frage der Pflegedokumentation im Vordergrund. Die Veranstaltung mündete in der Empfehlung der Teilnehmer an den Landespflegeausschuss, Leitlinien zur Pflegedokumentation erarbeiten zu lassen mit dem Ziel, ein landeseinheitliches Verständnis bei Leistungsanbietern und Kostenträgern über die notwendigen und zugleich hinreichenden Inhalte der - fachlich unbestrittenen - Pflegedokumentation herbeizuführen.

Der Landespflegeausschuss hat in Umsetzung dieser Empfehlung eine Arbeitsgruppe eingesetzt, deren Ergebnis hiermit vorgelegt wird.

Die Arbeitsgruppe hat die aktuelle Diskussion an dem Dokumentationsaufwand zum Anlass genommen, die notwendige Darstellung des Pflegeprozesses unter Berücksichtigung aller fachlichen, rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekte zu ermitteln und darzustellen.

Die Situation in Niedersachsen lässt sich vergleichen mit Situationsberichten aus dem gesamten Bundesgebiet. Ein Grund für die Erstellung der Pflegedokumentation und der Pflegeprozessplanung ist der Blick auf Prüfungen des MDK und der Heimaufsicht. Das berufliche Selbstverständnis zur Pflegeplanung und Dokumentation wird dadurch verwischt und der praktische Bezug zur tatsächlichen Notwendigkeit rückt so in den Hintergrund. Diese Fokussierung auf die Zufriedenstellung von Aufsichtsorganen oder auf die besten Dokumentationspunkte zur erfolgreichen Einstufung in eine Pflegestufe führt dazu, dass die tatsächlichen Individualitäten und Planungsbedürfnisse im Pflegeprozess nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dies unterstützt lediglich die Verinstitutionalisierung des Pflegeprozesses und fördert nicht die auch vom SGB XI

gewollte Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und des daraus abzuleitenden Hilfebedarfs von pflegebedürftigen Menschen.

Hieraus leitet sich der Anspruch des Kunden auf geplante Pflege und ein transparentes Leistungsgeschehen ab.

Eine „Gute Darstellung des Pflegeprozesses“ charakterisiert sich nicht nur durch die bloße Abarbeitung von Lebensaktivitäten und daraus schlussfolgernden Hilfeleistungen. Vielmehr plant sie im Rahmen eines Alltagsmanagements die pflegerischen und betreuerischen Hilfeleistungen, die einem Bewohner oder Patienten ein möglichst selbstbestimmtes Leben unter Einbeziehung seiner eigenen Möglichkeiten und seines biographischen Erlebens ermöglicht. Sinnvollerweise werden hier rehabilitative und therapeutische Ansätze mit einbezogen. Entscheidend für den Aufbau eines schlüssigen Pflegeplanungs- und Dokumentationssystems ist nicht die schematische Bearbeitung eines Pflegemodells, sondern eine kundenorientierte, schlüssige und vollständige Abbildung des Pflegeprozesses, der sich an pflegewissenschaftlichen und fachlichen Standards misst und an den Leitbildern und Werten der Einrichtungen und Dienste orientiert.

Im Zuge eines zunehmenden Markt- und Kundenbewusstseins der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeleistungen und im Blick auf das selbstverständliche Recht von Kunden, einen Nachweis über die ihrerseits bezahlten Leistungen zu erhalten, ist die Pflegedokumentation zugleich ein wichtiger Beleg gegenüber den pflegebedürftigen Menschen über die durch den Pflegedienst oder das Pflegeheim erbrachten Leistungen.

Ambulante und stationäre Pflege zeichnen sich durch Individualität aus und wird so den unterschiedlichen Ansprüchen der Kunden gerecht. Diese Gestaltungsfreiheit zeigt sich unter anderem in einem möglichen pflegefachlichen Schwerpunkt eines Dienstes (z. B. Gerontopsychiatrie oder Rehabilitationsphase F), der Philosophie und somit dem zu Grunde gelegten Pflegemodell (z. B. Bedürfnismodell nach Orem oder Integrationsmodell nach Peplau) oder dem Dokumentationsmedium (EDV oder Papier). Grundsätzlich muss eine Pflegedokumentation zum Unternehmen passen. Das bedeutet, dass Dokumentationssysteme auf die Einrichtung und deren Leistungscharakter zugeschnitten werden müssen. Unter dieser Prämisse ist auch möglich, dass eine Pflegedokumentation insgesamt Dokumentationsblätter von mehreren Herstellern beinhalten sowie auch vollständig selbstentwickelt sein kann.

Unter Berücksichtigung dieser Individualität werden im Folgenden allgemeingültige Hinweise gegeben, die Pflegedokumentation effektiv und effizient anzuwenden.

Die "Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation" entstanden unter Mitarbeit von Vertretern ambulanter und stationärer Dienste, Vertretern der freien Wohlfahrt und der privaten Leistungsanbieter, einer Vertreterin aus dem Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Vertretern der Heimaufsicht und des MDK. Die Mitglieder des Landespflegeausschusses empfahlen das Papier einvernehmlich. Damit ist die Grundlage geschaffen, der vorliegenden Empfehlung eine hohe Akzeptanz aller an dem Prozess beteiligten Personen und Institutionen zukommen zu lassen.

1. Zielsetzung

Mit dieser Handreichung soll allen Beteiligten¹ eine grundsätzliche Handlungssicherheit und gemeinsame Basis bzgl. der Notwendigkeit, der Art und Weise der Anwendung sowie der Darstellung des Pflegeprozesses² vermittelt werden. Weiter soll dieses Papier einer Vereinheitlichung der Fachsprache dienen, zum Abbau von Kommunikationshürden führen und dazu beitragen, dass der Pflegeprozess und dessen Dokumentation positiv besetzt werden.

Seit Beginn der Diskussion um den Pflegeprozess Mitte der 70er Jahre in Deutschland wird er mit unterschiedlichen Termini wie „Pflegeplanung“ oder „Pflegedokumentation“ belegt. Der Begriff „Pflegeplanung“ fokussiert den Pflegeprozess auf einen Teilschritt, nämlich die Planung, während „Pflegedokumentation“ lediglich auf die Verschriftlichung abzielt.

Vollständig betrachtet ist der Pflegeprozess die umfassende Beschreibung der Pflege als planbare, systematische und zielorientiert durchzuführende sowie überprüfbare berufliche Tätigkeit. Ziel ist es, auf *systematische* Art und Weise den Kunden und seine individuellen Bedürfnisse ganzheitlich zu erfassen und Pflegeplanung bzw. pflegerische Betreuung danach auszurichten und zu dokumentieren.³ Die Ausgestaltung und die Dokumentation des Pflegeprozesses ist von der jeweils zugrunde liegenden theoretischen Orientierung eines Pflegemodells abhängig. Je nachdem, ob die pflegetheoretische Ausrichtung bedürfnis-, interaktions- oder ergebnisorientiert⁴ ist, wird die Planung und die Dokumentation der Maßnahmen variieren.

¹ Leistungserbringer, Kostenträger, Heimaufsicht, MDK, Trägern der Aus- Fort- und Weiterbildung und andere Institutionen

² Erst-/Beratungsgespräch, Stammdaten, Pflegeanamnese, Probleme, Bedürfnisse, Fähigkeiten, Ziele, Planung, Durchführung, Pflegebericht, Auswertung

³ Vgl. Roche Lexikon Medizin (4. Auflage), Stichwort: Pflegeprozess

⁴ A. I. Meleis: *Pflegetheorien*. Bern: Huber, *Theoretical Nursing – Development and Progress*. Philadelphia: 1999, Lippincott und Raven

2. Formale Aspekte der Pflegedokumentation

Bei der Pflegedokumentation sind folgende formale Aspekte zu beachten:

2.1. Die Eintragungen sind grundsätzlich dokumentenecht auszuführen, d. h. keine Eintragungen mit Bleistift, kein Unkenntlich machen von Eintragungen mittels Tipp-Ex, überschreiben oder überkleben. Das Anfertigen von Abschriften wegen abgeknickter Papierecken, Verschmutzungen, etc. ist nicht erforderlich. Fehleinträge sind so durchzustreichen oder anderweitig kenntlich zu machen, dass die Eintragungen lesbar bleiben. Es dürfen keine Freizeilen zwischen den Einträgen entstehen.

Das Problem der juristischen Tragweite, wer, wann welche Leistung abzeichnen muss und damit auch verantwortet, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass diejenige Person, die eine Leistung erbracht hat, diese auch abzeichnet. Leistungen können zu Komplexen zusammengefasst werden und dann als Leistungskomplex abgezeichnet werden, der dann von der abzeichnenden Person verantwortet wird. Es wird empfohlen, dass nur solche Leistungen zu Komplexen zusammengefasst werden, die eine inhaltlich fachliche Nähe haben. Die vertraglichen Regelungen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger bleiben unberührt.

2.2. Eintragungen müssen rückverfolgbar sein. Dazu ist es notwendig, dass Eintragungen mit Datum und Name des Verfassers versehen sind. Der Verfasser kann auch durch Handzeichen vermerkt sein, da in der Einrichtung eine Liste vorhanden ist, aus der sich das Handzeichen einer Person einwandfrei zuordnen lässt.

2.3. Im Bereich der ambulanten Pflege ist die aktuelle Pflegedokumentation sowohl aus pflegefachlichen, als auch aus vertraglichen Gründen beim Kunden aufbewahrt: der Zeitraum „aktuell“ ist kundenorientiert festzulegen, als Richtwert können drei Monate angenommen werden. In begründeten Einzelfällen, z. B. wenn ein desorientierter Kunde die Dokumentation verlegt, verbleibt sie in den Geschäftsräumen des Pflegedienstes.

2.4. Die Pflegedokumentation ist für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres aufzubewahren.

2.5. Doppeldokumentationen sind grundsätzlich zu vermeiden.

2.6. Bei der computergestützten Pflegedokumentation wird durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu den Mitarbeitern möglich. Jeder Mitarbeiter erhält ein eigenes Passwort für den Zugriff auf die Dokumentation.

2.7. Grundsätzlich muss eine Pflegedokumentation zum Unternehmen passen. Das bedeutet, dass Dokumentationssysteme auf die Einrichtung und deren Leistungscharakter zugeschnitten wird. Dies jedoch mit der Einschränkung, dass innerhalb einer Einrichtung dem Grunde nach eine einheitliche Dokumentation zu verwenden ist. Abweichungen sollten hier nur bei verschiedenen Leistungstypen innerhalb einer Einrichtung vorzufinden sein. Unter dieser Prämisse ist auch möglich, dass eine Pflegedokumentation insgesamt Dokumentationsblätter von mehreren Herstellern beinhalten sowie auch vollständig selbst entwickelt sein kann.

3. Bestandteile des Pflegeprozesses

3.1. Informationssammlung

Ziel der Informationssammlung ist, eine Grundlage für die kundenbezogene Pflege zu schaffen und den Kunden kennen zu lernen. Der ersten Phase des Pflegeprozesses kommt eine besondere Bedeutung zu, da die Vollständigkeit und Verlässlichkeit der Informationen die Basis für den weiteren Verlauf des Pflegeprozesses darstellt.

Folgende Informationen werden erhoben:

- seine Probleme,
- die Pflegebedürfnisse,
- die Fähigkeiten und Ressourcen.

Damit wird der aktuelle Zustand, der so genannte Ist-Zustand, abgebildet.

3.1.1 Erst-/Beratungsgespräch

In der ambulanten Pflege wird ein Erstgespräch zur Feststellung des Hilfebedarfs und der häuslichen Pflegesituation durchgeführt. Dabei werden die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Kunden vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herausgearbeitet.

In der stationären und teilstationären Pflege wird der Umzug in die Pflegeeinrichtung oder die Besuche in der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege mit dem zukünftigen Kunden und ggf. seiner Bezugsperson vorbereitet. Wenn möglich, wird ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus durchgeführt. Dabei erfolgt das Erst-/Beratungsgespräch durch eine Pflegefachkraft, das Gespräch und die daraus resultierenden Informationen finden in der Pflegedokumentation Berücksichtigung.

Folgende Informationen werden erhoben:

- relevante Aspekte wie der Hilfebedarf,
- die notwendigen bzw. gewünschten Versorgungsleistungen
- die individuellen Gewohnheiten des Kunden.

Es erfolgt zudem eine Beratung über die Möglichkeit der Mitnahme persönlicher Dinge.

Hinweis

Das Erst-/Beratungsgespräch kann die Kunden-Leistungserbringer-Beziehung und in der stationären Pflege die Eingewöhnungsphase des Kunden sehr positiv beeinflussen, so dass empfohlen wird, die Möglichkeit eines Gespräches immer wahrzunehmen.

3.1.2. Stammdaten

Die Stammdaten enthalten wichtige persönliche Daten des Kunden. Die Daten werden zu Beginn der Kontaktaufnahme vom Kunden erfragt. Ist dies nicht möglich, wird die Bezugsperson herangezogen. Diese Informationen werden immer auf dem aktuellen Stand gehalten.

Folgende Informationen werden erhoben:

- Angaben zur Person einschließlich Konfession
- Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI
- Datum des Einzugs, ggf. Umzugs im Haus
- Medizinische Diagnosen, Allergien
- Kostform
- Medizinische/therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z. B. Hausarzt und Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen über künstliche Ernährung oder Reanimation, Krankengymnastik, Ergotherapie)
- Soziale Versorgungssituation (z. B. Bezugsperson, Vollmachten, gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, Seelsorger)
- Informationen für Notfallsituationen (z. B. Erreichbarkeit einer Bezugsperson)
- Aufenthalte in Einrichtungen (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung)

Die Stammdaten werden von einer Pflegefachkraft oder anderen Mitarbeitern erhoben.

Hinweis

Formblätter enthalten häufig für die einzelnen Items separate Textfelder. Wenn ein Item nicht zutrifft, z.B. Allergien, sollte dies kenntlich gemacht werden, um Fehlerquellen aufgrund eines vergessenen Eintrages zu vermeiden. Dafür eignen sich Abkürzungen wie *t.n.z.* für *trifft nicht zu*. Mit diesem Eintrag verbleibt üblicherweise genügend Platz, um bei Veränderungen diese nachzutragen.

3.1.3. Pflegeanamnese

Die Pflegeanamnese (Vorgeschichte) beinhaltet Informationen zu folgenden Themen:

- Informationen über Biografie, Gewohnheiten, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugsperson
- Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Kunden
- Informationen über den Grad der Selbstversorgung
- Informationen über Gedächtnis und Konzentration

- Informationen über Vitalfunktionen und pflegerrelevante Probleme in Bezug auf Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen
- Hinweise auf andere an der Versorgung Beteiligte, wie Ärzte oder Therapeuten.

Von besonderer Bedeutung ist die Biografie bei Kunden mit dementiellen Erkrankungen. Die Vergangenheit ist für das Verstehen des Kunden in der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation von großer Bedeutung, da Begebenheiten aus der Vergangenheit für das heutige Erleben und Verhalten des Kunden wichtige Hinweise geben können.

Die Pflegeanamnese wird von einer Pflegefachkraft erhoben, die Biografie kann alternativ von einer Fachkraft im Bereich der sozialen Betreuung erhoben werden.

Hinweis

Die Pflegeanamnese soll sich auf die bestehenden pflegerlevanten Probleme konzentrieren. Die vollständige Abbildung eines Pflegemodells in jedem Teilschritt des Pflegeprozesses ist entbehrlich.

3.2. Erheben von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten

Dieser Schritt des Pflegeprozesses analysiert die Bedürfnisse, die Probleme und die Fähigkeiten des Kunden und ist eine Voraussetzung für die Zielformulierung, die Maßnahmenplanung und die aktivierende Pflege. Für die systematische Erfassung individueller Risiken der Kunden stehen verschiedene Assessmentinstrumente zur Verfügung, z. B. zum Dekubitus- oder Sturzrisiko.

Die Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten werden so präzise formuliert, dass daraus Ziele und Maßnahmen abgeleitet werden können

Dieser Schritt des Pflegeprozesses wird von einer Pflegefachkraft erhoben.

Hinweis

Zur Bearbeitung ist es sinnvoll, die Probleme und Fähigkeiten nach Prioritäten zu ordnen.

Häufig verwendete Formulierung	Konkrete Formulierung
Der Kunde kann nur kurze Strecken gehen.	Zimmer-Bad und Zimmer-Aufenthaltsraum kann Kunde mit Hilfe von 2 Pflegepersonen gehen. Zimmer-Speisesaal und Strecken über 20 Meter mit Rollstuhl, der von Pflegeperson geschoben wird.

3.3. Ziele festlegen

Nachdem die Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten ermittelt sind, werden die konkreten Pflegeziele festgelegt. Die Ziele werden realistisch, überprüfbar, bewertbar und kundenorientiert formuliert und möglichst gemeinsam mit dem Kunden festgelegt. Sie stehen im inhaltlichen Zusammenhang mit den festgestellten Ressourcen und den Problemen.

Die Ziele beziehen sich nicht ausschließlich auf körperliche Einschränkungen und Probleme, sondern können auch auf die Veränderung des Verhaltens oder der Einstellung (zur Krankheit oder zu der Pflegebedürftigkeit) des Kunden ausgerichtet sein.

Bei einem Kunden mit einer Demenz vom Typ Alzheimer (Phase 6 mittelschwere Demenz), der beim Anziehen auf Anleitung angewiesen ist, ist es z. B. unrealistisch, als Ziel das selbstständige Ankleiden anzustreben.

Dieser Schritt des Pflegeprozesses wird von einer Pflegefachkraft erhoben.

Hinweis
Es ist sinnvoll, die Anzahl der definierten Pflegeziele auf ein überschaubares Maß zu begrenzen.

Häufig verwendete Formulierung	Konkrete Formulierung
Der Kunde trinkt gut.	Kunde trinkt ... ml Flüssigkeit pro Tag.

3.4. Planung

Die Pflege- und Betreuungsmaßnahmen werden individuell auf der Basis der Informationen, der ermittelten Probleme und Ressourcen und der Pflegeziele geplant. Bei der Planung werden die Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten des Kunden berücksichtigt, ggf. wird die Bezugsperson in die Planung der Maßnahmen eingezogen.

Die geplanten Maßnahmen werden handlungsleitend formuliert, um eine kontinuierliche und individuelle Versorgung des Bewohners durch alle Mitarbeiter zu gewährleisten. Das bedeutet, dass im Regelfall das „was“, „wann“, „wie oft“, „wo“, „womit“ und „wer“ geplant wird.

Die zur Erreichung der Pflegeziele festgelegten Maßnahmen sind verbindlich und werden nur bei kundenbezogenen Gründen geändert, die Änderung wird im Pflegebericht dokumentiert.

Bei der ambulanten Pflege werden die Leistungen geplant, die der Pflegedienst erbringt; auf die von anderen Beteiligten erbrachten Leistungen wird verwiesen.

Bei der Maßnahmenplanung werden, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege, Prophylaxen berücksichtigt. Sie geben dem Kunden Hilfe zur Selbsthilfe, stärken dessen Eigenkompetenz und dienen zur Verhütung von Folge- und Begleiterkrankungen. Es ist individuell zu prüfen, ob und welche Prophylaxen zum Einsatz kommen müssen. Folgende Prophylaxen können relevant sein: Sturz-, Dekubitus-, Pneumonie-, Thrombose-, Dehydratations-, Kontrakturen-, Munderkrankungsprophylaxe etc.

Die Planung der Maßnahmen erfolgt durch eine Pflegefachkraft.

Hinweis

Das „wer“, also die erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter, die die Leistung erbringen, kann auch in Form von Stellenbeschreibungen, Tätigkeitsbeschreibungen etc. erfolgen.

Alternativ zu der handlungsleitenden Formulierung können standardisierte Tätigkeitsbeschreibungen verwendet werden. In der Pflegedokumentation wird auf den Titel oder die Ziffer der Tätigkeitsbeschreibungen verwiesen. Je standardisierter

Pflegeverrichtungen sind, desto weniger muss dokumentiert werden, da diese Arbeitsabläufe verbindlich festgelegt wurden und mit der Beschreibung, durch welchen Mitarbeiter mit welcher Qualifikation eine bestimmte Leistung, in welcher Art und Weise und mit welchen Mitteln was erbracht wird, das Qualitätsniveau einer Leistung regeln. Bei den zeitlichen Vorteilen der Standardisierung ist aber auf jeden Fall darauf zu achten, dass bei Bedarf kundenbezogene Abweichungen von der Regel in der Pflegedokumentation dargestellt werden. Expertenstandards werden bei Bedarf berücksichtigt.

Häufig verwendete Formulierung	Konkrete Formulierung
Regelmäßige Toilettengänge.	Bezugsperson erinnert Kunden durch Aufforderung an Toilettengänge, diese erfolgen dann selbstständig durch Kunden. Zeiten: 7.00, 10.00, 13.00, 16.00, 20.00, 22.00 Uhr

3.5. Durchführung der geplanten Maßnahmen und Leistungsnachweis

Bei diesem Bestandteil des Pflegeprozesses ist zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen zu differenzieren.

Grundsätzlich werden die Maßnahmen, die sich aus dem Pflegeplan ergeben zeitnah durch das Handzeichen der Pflegekräfte bestätigt, die diese durchgeführt haben. Abweichungen werden im Pflegebericht vermerkt und durch Handzeichen bestätigt.

Zur Abrechnung gegenüber den Kostenträgern ist in der ambulanten Pflege ein zusätzlicher Leistungsnachweis erforderlich. Die Mindestanforderungen werden für Leistungen nach dem SGB V durch die Rahmenvereinbarungen nach § 132a SGB V bestimmt und für Leistungen nach dem SGB XI durch den Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs.1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung.

Der Leistungsnachweis (bezogen auf den SGB V Bereich) dient ausschließlich der Abrechnung von Leistungen gegenüber den Kostenträgern. Er enthält folgende Angaben, die für die Darstellung des Pflegeprozesses nicht erforderlich sind.

- Name, Anschrift und IK-Nummer des Pflegedienstes
- Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungsnummer des Kunden
- Art und Anzahl der verordneten und genehmigten, tatsächlich erbrachten Leistungen
- Tag und Uhrzeit des Einsatzbeginns
- Handzeichen der Pflegekraft pro Einsatz
- Zeitnahe, mindestens einmal wöchentliche Unterschrift des Kunden, ggf. seines Angehörigen oder einer Bezugsperson, die im Haushalt des Kunden lebt. In Ausnahmefällen, die entsprechend gekennzeichnet und begründet werden, genügt die Unterschrift des Leistungserbringers.

Die stationären Leistungen werden durch einen Leistungsnachweis dokumentiert. Dieser enthält folgende Angaben:

- Bundeseinheitliche Kennzeichnung der Einrichtung⁵
- Versichertennummer⁶
- Name des Kunden
- Pflegekasse und Pflegestufe des Kunden
- Art und Häufigkeit der Leistung
- Tagesdatum der Leistung
- Handzeichen der durchführenden Pflegekraft.

Zur systematischen Protokollierung der Pflegeleistungen bietet sich der Einsatz separater Protokolle an, die eine individuelle Auswertung ermöglichen. Zu nennen sind z. B. Vitalzeichen-, Wundverlaufs-, Trink- oder Miktionsprotokolle. Art und Umfang der zum Einsatz kommenden Protokolle stehen in Zusammenhang mit der individuellen Pflege- und Versorgungssituation des einzelnen Kunden.

Hinweis

In der stationären Pflege können Routinetätigkeiten an den Schichtenden mit der tageszeitlichen Zuordnung (z. B. Frühdienst) dokumentiert werden, wohingegen besondere Pflegemaßnahmen und Vorkommnisse zeitnah mit der konkreten tageszeitlichen Zuordnung (Uhrzeit) dokumentiert werden.

⁵ Die Kennzeichnung wird als fachlich nicht notwendig angesehen, wird aber im Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI festgelegt

⁶ siehe Fußnote 5

Die Handzeichen der unterzeichnenden Mitarbeiter sind eindeutig anhand einer Namensliste der Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen zuzuordnen. Als Alternativen zu den klassischen Namenslisten sind z. B. mitarbeiterbezogene Einzelblätter zu nennen.

Das Abzeichnen von Einzelleistungen ist nicht erforderlich. Beim Vorliegen der organisatorischen Voraussetzungen können Leistungen als Komplex gebündelt bestätigt werden (vgl. z. B. Leistungskomplexe in der ambulanten Pflege). Wird bei Leistungskomplexen eine Einzelmaßnahme nicht durchgeführt (weil der Kunde diese ablehnte oder die Durchführung z. B. aufgrund einer Akutsituation nicht möglich war), wird diese nicht abgezeichnet, bzw. mit einer entsprechenden Kennzeichnung versehen und im Pflegebericht erläutert.

Trifft in der ambulanten Pflege (vorformulierte Leistungskomplexe) eine Teilleistung regelmäßig nicht zu, z.B. Rasieren oder Haare kämmen im Rahmen der Leistungskomplexen Körperpflege, wird dies einmalig dokumentiert.

Auf durch andere Personen erbrachte Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses erfolgt ein Hinweis. Eine komplette Beschreibung der Leistungen durch den Pflegedienst ist hier nicht erforderlich.

3.5.1. Pflegebericht

Im Pflegebericht werden Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den geplanten Maßnahmen und aktuelle Ereignisse wie Stürze, physische und psychische Befindlichkeiten wie Schmerzen, Freude, Angst etc. dokumentiert.

Der Pflegebericht spiegelt den Langzeitverlauf und das aktuelle Befinden wieder und dient zur Beantwortung der Frage, ob die Ziele und Maßnahmen des Pflegeprozesses an eine neue Situation angepasst werden müssen.

Der Pflegebericht wird von allen an der Pflege und Versorgung Beteiligten geführt.

- Die Eintragungen sind grundsätzlich knapp, aber präzise zu formulieren. Je gefahrenträchtiger eine Situation ist, desto höher ist der Detaillierungsgrad der Dokumentation.
- Die Eintragungen sollen für alle an der Pflege, Versorgung und Behandlung Beteiligten verständlich sein. Dabei wird eine allgemein anerkannte pflegerisch-medizinische Terminologie verwendet.
- Auf Bewertungen und Interpretationen bei subjektiven Angaben der Kunden sollte verzichtet werden. Aussagen des Pflegebedürftigen werden ggf. als Zitat dokumentiert.

Hinweis

Routinemäßige Eintragungen pro Schicht wie zum Beispiel „nichts Besonderes“ sind entbehrlich.

„Prophylaxen durchgeführt“ oder „Pflege nach Plan“ wird bereits in konkretisierter Form im Leistungsnachweis abgezeichnet, so dass auf diese Doppeldokumentation im Pflegebericht verzichtet werden kann.

Häufig verwendete Formulierung	Konkrete Formulierung
Der Kunde half nicht bei der Pflege mit.	Der Kunde konnte aufgrund körperlicher Schwäche bei der morgendlichen Körperpflege nicht mitwirken, Verlauf beobachten.

3.5.2. Auswertung

Die Auswertung analysiert den Pflegeprozess auf Erfolg und Veränderungsbedarf. Die Ergebniskontrollen erfolgen zum geplanten Auswertungstermin oder bei Veränderungen des Pflegezustandes. Auch bei augenscheinlich unverändertem Zustand erfolgen Auswertungen zum geplanten Zeitpunkt, um den Pflegeprozess objektiv zu analysieren.

Die Überprüfung der Ergebniskontrolle erfolgt kontinuierlich bei jedem Kundenkontakt. Die Zeitabstände der systematischen Auswertungen sind abhängig von der individuellen Pflege- und Versorgungssituation der einzelnen Kunden. So

können bei sich stark verändernden Situationen Auswertungen im Abstand weniger Tage erforderlich sein, oder Intervalle von mehreren Monaten bei weitgehend konstanten Pflegesituationen. Das Ergebnis der Auswertung wird dokumentiert.

Anhand der Auswertungsergebnisse wird entschieden, ob die Ziele und Maßnahmen fortgeführt oder verändert werden müssen.

Die Auswertung des Pflegeprozesses erfolgt durch eine Pflegefachkraft.

Der zeitliche Schwerpunkt des Pflegeprozesses liegt bei der ersten Erstellung. Die Anpassungen an die sich verändernde Pflegesituation sind bei kontinuierlicher Anwendung mit einem geringeren Zeitaufwand verbunden. Dem zeitlichen Aufwand für den Pflegeprozess wird unter anderem durch geringere mündliche Kommunikations- und Organisationszeiten aufgrund klarer Strukturen bei den Abläufen und Inhalten der Pflege- und Versorgungsleistungen begegnet.

3.6. Weitere Dokumentationsleistungen

Je nach individueller Versorgungssituation kommen weitere Formblätter zur Anwendung. Im Folgenden einige Beispiele:

3.7. Ärztliche Anordnung/Verordnung

Hier wird der Kommunikationsfluss zwischen Pflegeeinrichtung und Arzt dargestellt und es werden die Anordnungen dokumentiert. Der Arzt oder die Anordnung annehmende Pflegefachkraft zeichnet in der Dokumentation die Anordnung mit Datum und Unterschrift gegen. Sofern die Pflegekraft die Anordnungen dokumentiert, empfiehlt sich das so genannte „Wie-Vorgelesen-So-Genehmigt-Verfahren“.

Die Dokumentation der Medikamente umfasst mindestens folgende Informationen:

- Applikationsform
- Vollständiger Name
- Konzentration
- Menge
- Häufigkeit der Einnahme
- Tageszeitliche Zuordnung der Einnahme
- Symptome oder Indikation (bei Bedarfsmedikamenten)
- Einzel- und Tageshöchstdosis (bei Bedarfsmedikamenten)

Die Dokumentation der Behandlungspflege umfasst folgende Informationen:

- Was
- Wann
- Wie oft
- Wo
- Womit
- Wer (Mitarbeiterqualifikation)

Hinweis

Die Medikamente werden ausschließlich in der Pflegedokumentation dokumentiert. Zusätzliche Tropfenpläne, Insulinpläne, Medikamentenbücher etc. bedeuten doppelte Schreibarbeit und mögliche Fehlerquellen beim Übertragen.

Ärztliche Anordnungen sollten nur durch Pflegefachkräfte entgegengenommen werden um ggf. bestehende Fragen hinsichtlich der Durchführung sofort klären zu können.

3.8. Überleitungsbogen

Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Institutionen (z. B. Krankenhaus, andere Pflegeeinrichtung) wird ein Pflegeüberleitungsbogen mit u. a. folgenden Informationen erstellt:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese
- Relevante Aspekte des Pflegeprozesses

Hinweis

Je nach Organisationsstruktur einer Einrichtung kann es sinnvoll sein, den Pflegeüberleitungsbogen bereits mit den Stammdaten und anderen relevanten Informationen vorzubereiten. Bei konkretem Bedarf werden dann nur noch aktuelle Situationen wie Hautzustand, letzte Mahlzeit, Medikation etc. ergänzt. Die Vorbereitung eines Überleitungsbogens trägt dazu bei, dass die Informationen auch in Notfallsituationen, in denen keine Zeit für längere Schreibarbeiten bestehen, an die weiterversorgende Einrichtung innerhalb des Gesundheitssystems weitergeleitet werden.

Je nach Dokumentationssystem können einzelne Items auch in anderen Formblättern Berücksichtigung finden, der Titel der Formblätter ist ebenfalls variabel. Ob im Handel erhältliche Formblätter oder eine einrichtungsindividuelle Variante Berücksichtigung findet, bleibt der Entscheidung jeder Einrichtung überlassen.

4. Betriebswirtschaftliche Betrachtung

Der Paradigmenwechsel innerhalb der Pflegelandschaft zu einem transparenten und wirtschaftlichen Dienstleistungsprozess zwingt zu einer Sichtweise, die Individualität, Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander verbindet.

Unter einem betriebswirtschaftlichen Fokus muss ein Pflegeplanungs- und Dokumentationssystem eine Transparenz innerhalb des Leistungsgeschehens hergeben. Sowohl für den Leistungsträger als auch den Leistungsanbieter ist es durchaus von Bedeutung, nachzuvollziehen, in welcher Art, Umfang und Häufigkeit pflegerische und betreuerische Leistungen an die Kunden abgegeben werden. Der Leistungsträger möchte verständlicherweise außer einer Sicherstellung der Ergebnisqualität eine Transparenz darüber haben, dass mit den Aufwendungen aus Pflege- und Krankenversicherung betriebswirtschaftlich sinnvoll und ressourcenschonend umgegangen wird. Der Leistungsanbieter muss ein Interesse haben, durch ausreichende Leistungstransparenz zum einen dem Kunden gegenüber zu gewährleisten, dass die richtige Leistung zur richtigen Zeit in angemessener Qualität an den Kunden abgegeben werden kann und zum anderen die Personaleinsatzplanung betriebswirtschaftlich effizient ist. Schlussfolgernd kann es bei einer Reduzierung des Dokumentationsaufwandes nicht um eine bloße Minimierung des Schreibaufwandes

gehen, sondern um eine Reduzierung des Aufwandes an den Stellen, wo Sachverhalte dokumentiert oder auf- bzw. abgezeichnet werden, die an anderer Stelle schon deutlich sind oder deren tatsächlicher Informationsgehalt weder die Transparenz des Leistungsgeschehens noch die Qualität der Pflege und Betreuung fördert.

5. Erforderliche Strukturen/Organisatorischer Hinweis

Grundsätzlich muss eine Pflegedokumentation zum Unternehmen passen. Das bedeutet, dass Dokumentationssysteme auf die Einrichtung und deren Leistungscharakter zugeschnitten werden müssen. Dies jedoch mit der Einschränkung, dass innerhalb einer Einrichtung dem Grunde nach eine einheitliche Dokumentation zu verwenden ist. Abweichungen sollten hier nur bei verschiedenen Leistungstypen innerhalb einer Einrichtung vorzufinden sein.

Das Gelingen, den Pflegeprozess in der täglichen Praxis umzusetzen, ist unter anderem von folgenden Aspekten abhängig:

- Räumliche Möglichkeit zur Verrichtung administrativer Tätigkeiten
- Sicherstellung des Kommunikationsflusses
- Geeignetes Dokumentationssystem
- Unterstützung durch die Leitung
- Qualifikation der Mitarbeiter
- Auf den Pflegeprozess ausgerichtete Arbeitsorganisation

6. Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation

Dokumentationspflichten und Schriftformerfordernisse und Aufzeichnungspflichten findet man an vielen Stellen im Gesetz. Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf das Stichwort „Pflegedokumentation“.

6.1. Pflegeversicherung SGB XI

Vereinbarungen gemäß § 80 SGB XI

Gemäß § 80 SGB XI vereinbaren die dort genannten Institutionen miteinander Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege.

Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Die Vereinbarungen sind 1995 bzw. 1996 zustande gekommen. An verschiedenen Punkten wird auf den Bereich „Pflegedokumentation“ eingegangen, die hier getroffenen Aussagen zur Pflegedokumentation sind daher rechtlich verbindlich:

Im Rahmen der Strukturqualität unter Punkt 3.1.1.2:

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet daher, dass diese u. a. verantwortlich ist für die fachgerechte Führung der **Pflegedokumentation**.

Im Rahmen der Prozessqualität unter Punkt 3.2.3:

Der Pflegedienst hat ein geeignetes **Pflegedokumentationssystem** vorzuhalten. Die **Pflegedokumentation** ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen.

Im Rahmen der Ergebnisqualität unter Punkt 3.3.1:

Das Ergebnis der Überprüfung (des Pflegeprozesses anhand der festgelegten Pflegeziele) ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der **Pflegedokumentation** festzuhalten.

Unter Punkt 3.3.2 sind explizit Aspekte aufgezählt, zu denen in jedem Fall Stellung zu nehmen ist. Beispielhaft ist hier der ambulante Bereich angeführt:

- der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verloren gegangen sind
- der Pflege verbaler und nonverbaler Kommunikation und Verbesserung soweit möglich
- der Unterstützung räumlicher, zeitlicher und situativer Orientierung

- dem Abbau von Ängsten
- der Überwindung von Antriebsschwäche bzw. das Auffangen überschießender Reaktionen
- der Berücksichtigung der angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen, der Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen.

Im Rahmen der Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Punkt 5.5 (ambulant) bzw. Punkt 6.2 (stationär):

Grundlage der Prüfung bilden u.a. die **Pflegedokumentationsunterlagen**.

Die zurzeit gültige MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI erläutert dies unter Punkt 4.1. Danach sollten mindestens folgende Formblätter vorhanden bzw. vorgehalten sein:

- Stammdaten
- Pflegeanamnese
- Biografie
- Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie Evaluation der Ergebnisse
- Verordnete medizinische Behandlungspflege (nur stationär)
- Gabe verordneter Medikamente (nur stationär)
- Durchführungsnachweis / Leistungsnachweis
- Pflegebericht
- Lagerungsplan
- Trink-/ Bilanzierungsbogen
- Überleitungsbogen

6.2. Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

Im SGB V gibt es keine dem § 80 SGB XI vergleichbare Norm. Häusliche Krankenpflege wird auf Grund einer zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen gemäß § 132a Abs. 2 SGB V abgeschlossenen Vereinbarung erbracht. In diesen Vereinbarungen sind häufig Dokumentationspflichten geregelt.

6.3. Heimgesetz

Für Heimträger ergibt sich die Pflicht zur Führung einer Pflegedokumentation unmittelbar aus § 11 Abs. 1 Nr. 7 HeimG. Danach darf ein Heim nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung sicherstellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden.

Die Verpflichtung zur Aufstellung individueller Pflegeplanungen und zur Dokumentation der Pflege verfolgt zwei Zielrichtungen: Zum einen soll die Kontrolle einer ordnungsmäßigen Pflege erleichtert werden. Zum anderen soll die gesundheitliche Betreuung der Heimbewohner gesichert und der erforderliche Nachweis ermöglicht werden (BT-Drs. 14/5399) (siehe: Kunz / Butz / Wiedemann, Heimgesetz Kommentar, 10. Auflage, § 11 RNr. 10).

Gem. 13 Abs. 1 Nr. 6 HeimG sind die Pflegeplanungen und Pflegeverläufe für die einzelnen Heimbewohner aufzuzeichnen. Dies entspricht der Erkenntnis, dass eine ordnungsgemäße Pflege eine Pflegedokumentation im Sinne einer Pflegeplanung und zusätzlich die Aufzeichnung der Pflegeverläufe voraussetzt (BT-Drs. 14/5399) (siehe: Kunz/Butz/Wiedemann, Heimgesetz Kommentar, 10. Auflage, § 13 RNr. 12).

6.4. Andere Rechtsgebiete

Andere Rechtsgebiete erfahren immer dann Bedeutung, wenn die Frage im Raum steht, ob einem Pflegebedürftigen ein Schaden zugefügt worden ist. Ist ein Schaden feststellbar, stellt sich zwangsläufig die Frage, wer haftet. Unter Haftung versteht man die rechtlich begründete Verpflichtung, für etwas einzustehen, z. B. Sach- und Gesundheitsschäden oder für die Verletzung strafrechtlich geschützter Rechtsgüter.

Sowohl bei der Geltendmachung von zivilrechtlichen Ansprüchen als auch bei Ermittlungen durch die zuständige Staatsanwaltschaft spielt im Rahmen der Sachverhaltsermittlung, d. h. bei der Klärung von Beweisfragen, die Pflegedokumentation eine große Rolle.

Strafrechtlich muss sich zumindest ein hinreichender Tatverdacht ergeben. Hier wird im

Rahmen der Ermittlungen die Pflegedokumentation als ein Mittel der Sachverhaltesforschung herangezogen.

Zivilrechtlich muss der Pflegebedürftige bzw. dessen Angehörigen beweisen, dass der Schaden auf Grund unsachgerechter Pflege entstanden ist. Von diesen Beweisregeln sind aber bei groben Pflegefehlern Ausnahmen zu machen, nämlich dann, wenn der erste Anschein für ein grobes Fehlverhalten der Pflegekraft spricht.

Hier kann ein gut geführtes Dokumentationssystem Entwicklungen etc. aufzeigen und somit ein mögliches Beweismittel sein, die Ursächlichkeit zwischen Handlungen der Pflegekraft und dem eingetretenen Schaden zu verneinen.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass in Fällen, in denen eine ausreichende Aufklärung des Sachverhalts nicht möglich ist, bei entsprechendem Tatsachenvortrag, eine mangelhafte oder gar unterlassene Eintragung in die Pflegedokumentation zur Beweislastumkehr führen kann (BGH NJW 83, 332). Das bedeutet, dass nicht wie üblich der Kläger den Beweis der Schädigung vorlegen muss, sondern das der Beklagte seine Unschuld nachweisen muss.

7. Schutz von Sozialdaten

Das durch § 35 SGB I geschützte Sozialgeheimnis gibt jedermann einen Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Sozialdaten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlicher Person. Es kommt also nicht auf die Art der Daten an. Sozialdaten sind vielmehr alle Informationen, die über eine bestimmte Person etwas aussagen, wobei es gleichgültig ist, ob es sich um Tatsachen oder Beurteilungen handelt.

Der Gesetzgeber hat hier einen **erhöhten Schutz** geschaffen, vergleichbar mit dem Steuergeheimnis und der Geheimhaltungspflicht im Bereich des Post- und Fernmeldewesens. **Ziel des Gesetzgebers** ist vor allem, so weit wie möglich sicherzustellen, dass niemand dadurch, dass er der Sozialversicherung angehört oder auf Sozialleistungen angewiesen ist, mehr als andere Bürger staatlichem Eingriff oder Zugriff ausgesetzt sein soll.

Nach § 37 gelten die Vorschriften des § 35 und des SGB X für **alle Leistungsbereiche** des SGB, soweit sich aus den übrigen Büchern nichts Abweichendes ergibt. Praktisch heißt das, dass auch die Bücher über die einzelnen Leistungsbereiche wie die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung oder die Arbeitsförderung Datenschutzbestimmungen enthalten.

Es sind dies spezielle Bestimmungen, die den unterschiedlichen Bedürfnissen der jeweiligen Versicherungszweige Rechnung tragen. Im Verhältnis zum 2. Kapitel des SGB X gelten die jeweiligen **Spezialregelungen vorrangig** im Sinne von Abweichung, wobei es gleichgültig ist, ob sie die Regelungen nach dem SGB X verschärfen oder lockern.

8. Fazit

Eine professionell geführte Pflegedokumentation ist die *systematische* Erfassung individueller Bedürfnisse und Kompetenzen der Betroffenen. Sie ermöglicht eine geplante, fachkompetente, ineinander übergreifende, von überprüfbaren Zielen geprägte, qualitativ gute Pflege. Die Maßnahmen sind adäquat und mit den Betroffenen, ihren Bezugspersonen und den Mitarbeitern vereinbart. Der Pflegeprozess und die Pflegedokumentation sind transparent, nachvollziehbar und ein Gütesiegel von Professionalität.