
Wie wende ich dieses Buch an?

Dieses Buch ist sowohl für Neulinge in der Pflege, also vor allem Auszubildende, gedacht, aber auch für examinierte Pfleger, die z. B. die Fachrichtung wechseln oder sich einfach bei der Dokumentation helfen lassen möchten, geeignet. Dieses Buch hilft in zweierlei Weise:

- Wer möchte, liest die Einleitung von vorne bis hinten und eignet sich dabei fundiertes, auf den Punkt gebrachtes Wissen rund um die Pflegedokumentation an. Oder man liest einfach nur den Teil, der einem gerade wichtig erscheint oder zu dem es aktuelle Fragen gibt.
- Den Hauptteil des Buchs bildet das Stichwortverzeichnis. Zu mehr als 930 Stichworten bietet dieser Hilfestellung für die konkrete Dokumentation im Pflegebericht.

Beispiel

Im Buch finden Sie:

Wärmeanwendung: Grund; Zeitpunkt; Dauer; Art der Wärmeanwendung; gewärmte(r) Körperteil(e); Resultat der Maßnahme; ggf. Körpertemperatur vor und nach der Anwendung; ggf. getroffene Absprachen

In der Anwendung setzen Sie diese Stichpunkte dann in die Tatsachen um, also z. B.

17. Januar 2021, 15.15 Uhr, Schmerzen am rechten Ellenbogen; Wärmepack mit Waschlappen umwickelt und Ellenbogen in Rückenlage im Bett daraufgelegt; Wärmepack nach 30 Minuten entfernt; Schmerzen laut Frau M. rückläufig; mit Frau M. vereinbart, dass sie sich meldet, wenn die Schmerzen wieder stärker werden

Schmerzen am Ellenbogen → Grund

15.15 Uhr → Zeitpunkt

30 Minuten → Dauer

Wärmepack mit Waschlappen → Art der Wärmeanwendung

Ellenbogen → gewärmter Körperteil

Schmerzen laut Frau M. rückläufig → Resultat der Maßnahme

sie sich meldet, wenn die Schmerzen

wieder stärker werden → getroffene Absprache

Einleitung

Warum wird dokumentiert?

Die Pflicht zur Pflegedokumentation ergibt sich unter anderem aus § 630 f des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB). Hier heißt es: „Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.“ Als Behandelnde gelten all jene Berufsgruppen, die direkt mit dem Pflegebedürftigen arbeiten, also z. B. Pflegendе, Ärzte, Therapeuten.

Ebenso fordert das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI), das die soziale Pflegeversicherung regelt, in § 113 eine „praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation“. Hinzu kommen landesrechtliche Regelungen. [20, 24]

Nicht zuletzt sieht das Pflegeberufgesetz (PflBG) die Pflegedokumentation als ein Ausbildungsziel an (vgl. § 5). Die Pflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) wiederum stuft die Pflegedokumentation als eine in der Ausbildung zu erwerbende Kompetenz ein (vgl. Anlagen 1 bis 4 der PflAPrV).

Die rechtlichen Vorgaben für die Pflegedokumentation sind selbstverständlich zu berücksichtigen. **Der wichtigste Grund für eine fachgerechte Pflegedokumentation ist jedoch die optimale pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen.** Dies lässt sich anhand des Pflegeprozesses verdeutlichen (Abb. 1–5).

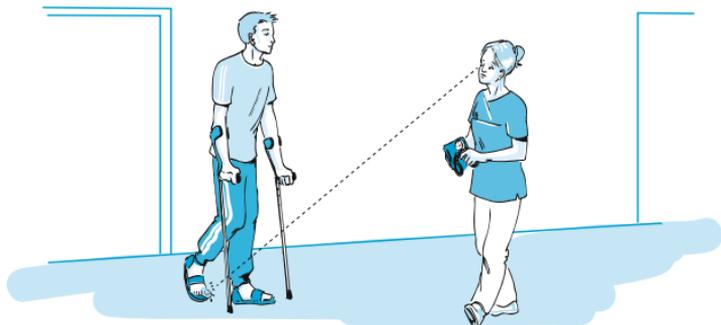


Abb. 1: Wahrnehmen: Pflegendе nehmen immer wieder die Situation der Pflegebedürftigen wahr – sowohl gezielt bei der pflegerischen Versorgung als auch bei spontanen Kontakten. Oder der Pflegebedürftige meldet sich von sich aus mit einem Problem.



Abb. 5: Prüfen: Manche Maßnahmen zeigen nach kurzer Zeit Erfolg. Bei anderen Maßnahmen dauert es länger. Je nach Maßnahme prüfen die Pflegenden nach einem angemessenen bzw. einrichtungsintern abgestimmten Zeitraum, ob der erwartete Erfolg eingetreten ist. Sie nehmen den Zustand des Pflegebedürftigen erneut wahr, beurteilen und vergleichen ihn mit der zuletzt dokumentierten Situation.

Pflegeprobleme, die nicht kurzfristig behoben werden können, nehmen die Pflegenden in die Pflegeplanung/Maßnahmenplanung auf. Die Ergebnisse der Wahrnehmung und Beurteilung beschreiben sie im Pflegebericht. Durchgeführte Maßnahmen können in der Pflegeplanung bzw. im Durchführungs-/Leistungsnachweis abgezeichnet werden – wenn sie wie geplant stattgefunden haben. Ausgefallene oder veränderte Maßnahmen beschreiben die Pflegenden im Pflegebericht und begründen ihr Vorgehen.

Merke

Die Gründe für die Pflegedokumentation lauten zusammengefasst:

- die pflegerische Versorgung optimieren
- den Pflege- bzw. Gesundheitszustand im Verlauf darstellen
- mit Kolleginnen und Kollegen kommunizieren
- Qualität sichern
- durchgeführte Maßnahmen nachweisen
- sich gegen Haftungsansprüche absichern [24]

Der Grundsatz „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht“ hat bei vielen Pflegenden für Verwirrung gesorgt. Richtig ist, dass eine nicht dokumentierte pflegerische Maßnahme ein Versäumnis ist. Allerdings ergibt sich aus einer nicht dokumentierten Pflegemaßnahme noch nicht automatisch eine rechtliche Haftung.

Eine nicht dokumentierte Maßnahme spielt jedoch dann eine Rolle, wenn ein Haftungsfall eintritt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Intertrigo eingetreten ist, präventive Maßnahmen aber nicht in der Dokumentation erkennbar sind und der Pflegebedürftige die Einrichtung haftbar macht. Ist die Dokumentation unzureichend, kann es zu einer Beweislastumkehr kommen. Das heißt:

Merke

Der Pflegebedürftige hat ein Einsichtsrecht in die über ihn geführten Unterlagen. Bei Kindern haben die sorgeberechtigten Personen und bei Personen, die unter einer rechtlichen Betreuung stehen, die Betreuer ein Einsichtsrecht in die Dokumentation. Für die Aushändigung von Kopien oder Unterlagen gibt es entweder ein einrichtungsintern geregeltes Vorgehen oder die Pflegenden beziehen bei Bedarf die vorgesetzte Pflegende ein.

Die Pflegedokumentation sollte sich auf die Inhalte beschränken, die für den Pflege- und Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen relevant sind. [2] Wertende oder gar abfällige Äußerungen, z. B. über den Lebensstil des Pflegebedürftigen und/oder seine Angehörigen, sollten daher unterbleiben oder im Bedarfsfall – wenn sie für den Pflegezustand eine Rolle spielen – neutral und ohne Wertung formuliert werden.

Mit Vermutungen gehen die Pflegenden stets vorsichtig um. Oft macht es Sinn, eine Vermutung zunächst im Team oder mit dem Arzt zu besprechen. Im Idealfall dokumentieren die Pflegenden wertneutral, wie sie zu der Vermutung gekommen sind.

Beispiel

Ein Kind wurde wegen Erbrechens in die Klinik aufgenommen. Im Rahmen der Körperpflege entdeckt eine Pflegende an verschiedenen Körperstellen Hämatome in unterschiedlichen Heilungsstadien. Ihre erste Vermutung lautet Kindesmisshandlung. Im Pflegebericht dokumentiert sie wertneutral die Lokalisation, Größe und Farbe der Hämatome, ggf. auch Äußerungen des Kindes zu den Hämatomen und den Zeitpunkt sowie Namen des informierten Arztes.

Wahrnehmungen dokumentieren

Wie wir wahrnehmen

Wie alle Menschen nehmen auch Pflegendе mit verschiedenen Sinnen wahr. Daher dokumentieren sie, was sie

- **sehen**, z. B. eine Hautrötung,
- **riechen**, z. B. einen azetonartigen Geruch bei Diabetikern,
- **fühlen**, z. B. eine Schwellung, oder
- **hören**, z. B. ein auffälliges Atemgeräusch.

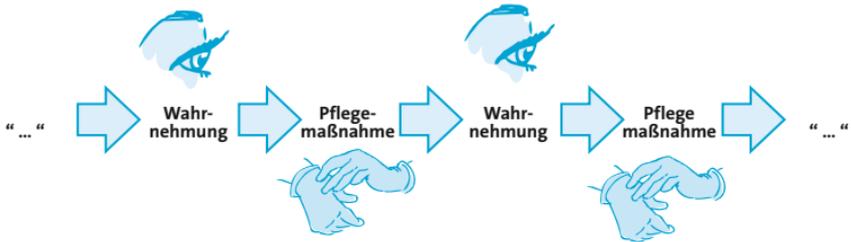


Abb. 6: Die Wahrnehmung eines Pflegeproblems durch Sehen, Riechen, Hören und Fühlen führt dazu, dass die Pflegenden handeln. Anschließend nehmen sie wieder wahr, wie sich das Pflegeproblem entwickelt hat. Bei Bedarf handeln sie erneut.

Die zeitliche Sicht der Maßnahme

So, wie die zeitliche Sicht bei der Dokumentation von Wahrnehmungen eine Rolle spielt, spielt sie auch eine Rolle für den Zeitpunkt, zu dem eine Maßnahme durchgeführt wurde.

Beispiel

Für eine junge Frau, die nach einer Appendektomie im Krankenhaus liegt, mag es relativ egal sein, ob sie um 10 Uhr oder um 10.15 Uhr zur Toilette begleitet wurde. Für die pflegerische Versorgung eines Bewohners im Pflegeheim, mit dem ein Toilettentraining durchgeführt wird, ist es hingegen wichtig, wann er zur Toilette geführt wurde – und ob er bis zu diesem Zeitpunkt den Urin halten konnte oder nicht.

Die Rolle der Pflegeplanung/Maßnahmenplanung

Maßnahmen, die in der Pflegeplanung/Maßnahmenplanung konkret beschrieben sind, können in der Pflegeplanung/Maßnahmenplanung bzw. im Durchführungs-/Leistungsnachweis dokumentiert werden, indem Zeit und Namenskürzel angegeben werden. Bezieht sich eine Maßnahme auf einen Pflegestandard, der in der jeweiligen Einrichtung allgemein anerkannt und bekannt ist, können sich die Pflegenden auf diesen Standard beziehen. Weitere interessante Informationen hierzu finden sich im Stichwortteil dieses Buchs unter dem Stichwort „Immerso-Regel“.

Beispiel

Frau T. liegt nach einer Sectio auf der Entbindungsstation. Im Rahmen der ersten Mobilisation hat sie sich versehentlich das Knie am Nachttisch gestoßen. Die Pflegenden dokumentieren die Entwicklung des Hämatoms und den Verlauf der Schmerzen täglich. Die Schmerzursache wurde einmalig von der Pflegenden, die die Mobilisation begleitet hat, dokumentiert. Eine erneute Dokumentation der Ursache ist nicht notwendig.

Merke

Die Frage „Wann wird dokumentiert?“ kann also beantwortet werden: Die Pflegenden dokumentieren zeitnah, nachdem sie eine für den Pflege- und Gesundheitszustand relevante Wahrnehmung gemacht oder eine Maßnahme durchgeführt haben. Durch dieses Vorgehen dokumentieren sie mit geringerem Zeitaufwand. Ein Pflege- und Gesundheitszustand oder bestimmtes Vorgehen, der/das sich nicht verändert, muss nicht an jedem Tag detailliert beschrieben werden. Entscheidend sind die anfängliche Situation und spätere Veränderungen.

Wer dokumentiert?

Generell dokumentiert jeweils die Pflegenden, die eine Wahrnehmung gemacht oder eine Maßnahme durchgeführt hat. Alle anderen Pflegenden könnten die Wahrnehmung bzw. Maßnahme nur aus zweiter Hand – und damit stets weniger genau – beschreiben.

An der Pflegedokumentation beteiligt sind neben Pflegefach- und Pflegehilfskräften auch weitere Personen, z. B. Auszubildende. Die Verantwortung für die Dokumentation liegt jedoch stets bei der zuständigen Pflegefachperson. Diese sollte die Dokumentation der Pflegehilfskräfte und sonstigen Mitarbeiter spätestens am Ende der Schicht kontrollieren und bei Bedarf Ergänzungen, z. B. Konkretisierungsbedarf, mit den entsprechenden Personen besprechen, damit diese ergänzen können.

Merke

Aus jeder Information muss hervorgehen, wer sie dokumentiert hat.

Hauttumor: Zeitpunkt und Körperregion der Prüfung; Ergebnis des Hautfaltentests; Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes; vgl. Trinkverhalten ↑

Hautzustand: Hautfarbe ↑; Spannungszustand; Hauttumor ↑; Geschmeidigkeit; Temperatur; ggf. Schmerzen ↑; Trockenheit/Fettigkeit; Absonderungen; Schuppenbildung ↑; Juckreiz ↑; ggf. Lokalisation, Größe und Aussehen von Effloreszenzen ↑

Heiserkeit: Zeitpunkt des ersten Auftretens; Umfang der Einschränkung, z. B. nur bei lautem Sprechen, Totalverlust der Stimme; ggf. Begleitsymptome; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; ggf. vereinbarte Handzeichen oder Gesten für bestimmte Bedürfnisse; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes; vgl. Stimme ↑

Hemiparese: vgl. Lähmung ↑

Hemiplegie: vgl. Lähmung ↑

Herpes: vgl. Effloreszenzen ↑

Herzbeschwerden: Zeitpunkt des ersten Auftretens; konkrete Beschreibung der Beschwerden; ermittelte Vitalzeichen ↑; ggf. Begleitsymptome, z. B. Schweißausbruch ↑; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen;

ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Herzfrequenz: vgl. Pulsmessung ↑

Herz-Lungen-Wiederbelebung: vgl. Reanimation ↑

Hexenmilch: vgl. Brustdrüsenanschwellung ↑

Hilfebedarf: Art des Hilfebedarfs (vollständige oder teilweise Übernahme, Unterstützung, Anleitung ↑, Beaufsichtigung, Motivation ↑) in Verbindung mit der konkreten Alltagsaktivität; ggf. konkrete Beschreibung der selbstständig durchgeführten bzw. zu übernehmenden Teilschritte; ggf. getroffene Absprachen ↑

Hilfsmittel: Art des benutzten Hilfsmittels; Tätigkeiten, für die das Hilfsmittel benutzt wird; ggf. Zeitpunkt/-räume, zu dem das Hilfsmittel genutzt/angelegt/getragen wurde; Probleme und Fähigkeiten im Umgang mit dem Hilfsmittel; am Hilfsmittel durchgeführte Pflege- oder Wartungsmaßnahmen; durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; Zeitpunkt und Art beantragter Hilfsmittel; ggf. Zeitpunkt und Empfänger einer Hilfsmittelbestellung

Hinlaufverhalten: Zeitpunkt; ggf. begleitende Äußerungen ↑; ggf. geäußertes Ziel; Verhalten ↑ während des Hinlaufens und am Ziel; Stimmung ↑; Dauer des

durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Phobie: auslösende Situation oder auslösendes Objekt; Reaktion bzw. Symptome auf die Situation/das Objekt; ggf. Vermeidungsverhalten; Auswirkungen auf den Alltag; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; ggf. getroffene Absprachen ↑

Phototherapie: vgl. Fototherapie ↑

Physikalische Anwendung: Art, Zeitpunkt und Dauer; ggf. besondere benutzte Gegenstände/Utensilien; Reaktion des Pflegebedürftigen auf die Anwendung

Pigmentstörung: Lokalisation; Größe; Farbe; ggf. Erhabenheit; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Pilzinfektion: vgl. Mykose ↑

Plegie: vgl. Lähmung ↑

Pleuradrainage: vgl. Drainage ↑

Plexusparesse: vgl. Lähmung ↑

Pneumonieprophylaxe: Zeitpunkt, Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; vgl. Aspirationsprophylaxe ↑, Assessment ↑, Atemübungen ↑, atemunterstützende Positionierung ↑,

Husten ↑, Inhalation ↑, Mobilisation ↑, Trinkverhalten ↑

Pollakisurie: Zeitpunkt des ersten Auftretens; Harnmenge; Häufigkeit des Urinverlusts; Hautzustand ↑; ggf. Begleiterscheinungen, z. B. sozialer Rückzug; Art, Nutzen und Kompetenz im Umgang mit Hilfsmitteln ↑; Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes, vgl. Inkontinenz ↑, Miktion ↑, Urin ↑

Portkatheter: Datum und Zeitpunkt von Punktion und Kanülenwechsel; ggf. dabei aufgetretene Besonderheiten; Hautzustand ↑ über und um den Port; Art, Zeitpunkt und Resultat durchgeführter Maßnahmen, z. B. Spülung ↑; Verband ↑; Probleme, z. B. Schwellung ↑, auch in nicht unmittelbarer Nähe des Ports; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Positionierung: Art der Position, ggf. mit Gradangabe; Richtung/Seite; Zeitpunkt des Positionswechsels; Art der benutzten Hilfsmittel ↑ und deren Positionierung; Toleranz der Position; Vorlieben und Abneigungen; vgl. atemunterstützende Positionierung ↑, Bewegungsplan ↑, Dehnlagerung ↑, Drainagelagerung ↑, Halbmondlagerung ↑

Postoperative Pflege: Zeitpunkt und Dauer von schlafenden bzw.

Stimme: Richtung der (veränderten) Tonhöhe; Vorhandensein von Heiserkeit ↑; Sicherheit/Unsicherheit der Stimme; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat

Stimmung: ggf. konkrete Äußerungen ↑ zur Stimmung; Körperhaltung ↑; Gestik ↑; Mimik ↑

Stimulation: vgl. auditive Stimulation ↑, olfaktorische Stimulation ↑, orale Stimulation ↑, taktil-haptische Stimulation ↑, vestibuläre Stimulation ↑, vibratorische Stimulation ↑, visuelle Stimulation ↑

Stoma: vgl. Anus praeternaturalis ↑

Storchenbiss: Lokalisation; Ausmaß

Stottern: Beschreibung der konkreten Symptome, z. B. Wiederholung von Lauten oder Silben oder lautlose Blockaden; Häufigkeit; Situation, in der das Stottern auftritt; ggf. Einflussfaktoren und deren Wirkung; Umgang mit dem Stottern und Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat

Strabismus: vgl. Schielen ↑

Stressinkontinenz: vgl. Inkontinenz ↑

Striae: Lokalisation; Länge; Farbe

Stridor: inspiratorisch oder expiratorisch; Zeitpunkt des ersten Auftretens; Begleiterscheinungen; ggf.

Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Strukturierte Informationssammlung (SIS):

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit fand in 2013/2014 für den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege ein Projekt statt. Dieses hatte zum Ziel, die Pflegedokumentation ↑ zu optimieren, also mit geringerem Aufwand die Ziele der Pflegedokumentation trotzdem zu erreichen. In dem Projekt machte man die Erfahrung, dass die SIS maßgeblich dazu beiträgt, den späteren Dokumentationsaufwand zu verringern.

Die SIS wird im Rahmen des Erstgesprächs mit dem Pflegebedürftigen bzw. mit seinen Angehörigen eingesetzt. Ein Ziel besteht darin, die Wünsche und Vorstellungen des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Diese werden „schriftlich und ungefiltert“ in der SIS festgehalten. Inzwischen haben zahlreiche stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen die SIS eingeführt. Die SIS umfasst folgende Bereiche des Neuen-Begutachtungs-Assessments (NBA), die im Rahmen der SIS als Themenfelder oder pflege-relevante Kontextkategorien bezeichnet werden: Kognition und