

Was muss eine Pflegedokumentation überhaupt enthalten?

2

2.1 Inhaltliche Mindestanforderungen an eine Pflegedokumentation

„Wo ist eigentlich geregelt, wie umfangreich die Pflegedokumentation sein muss?“

Mit dieser Frage wird man in der Praxis immer wieder konfrontiert. Und tatsächlich wissen auch viele verantwortliche Personen nicht, wo – rechtlich gesehen – die Mindestanforderungen an eine Pflegedokumentation formuliert sind. Sicherlich gibt es die Vorgaben von MDK und Heimaufsicht, die zu berücksichtigen sind. Generelle Vorgaben finden sich aber in den sogenannten „**Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung** sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements [...] nach § 113 SGB XI“. Die Ausführungen in dieser Vereinbarung – an der die wichtigsten Akteure und Verbände, die im Bereich der Pflege tätig sind, mitgewirkt haben – sind für alle Pflegekassen sowie alle zugelassenen ambulanten wie stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI verbindlich.



CD-ROM

**RECHTS-
HINWEIS**

Lesen Sie in der folgenden Übersicht, was dort wortwörtlich steht und was dies für die praktische Umsetzung bedeutet.²

Anforderungen an eine Pflegedokumentation laut „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität [...] nach § 113 SGB XI“ ²	
Originaltext	Und was bedeutet das für die Praxis?
„Die Pflegedokumentation dient der Unterstützung des Pflegeprozesses, der Sicherung der Pflegequalität und der Transparenz der Pflegeleistung. Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein und sich am Pflegeprozess orientieren. “	Die Pflegedokumentation muss praxistauglich sein, was so viel bedeutet wie: Man muss mit ihr arbeiten können. Im Umkehrschluss: Praxisuntaugliche Pflegedokumentationen z.B. mit extrem langen Pflegeplanungen ohne fachlichen oder individuellen Bezug sind nicht erwünscht.
„ Veränderungen des Pflegezustandes im Zusammenhang mit den vereinbarten Leistungen sind aktuell zu dokumentieren. “	Veränderungen des Pflegezustandes sind aktuell zu dokumentieren. Also die Ausnahme, nicht die Regel! <i>Praxis-Tipp:</i> In vielen Pflegeeinrichtungen gibt es immer noch die Vorgabe, dass in jeder Schicht oder mindestens einmal pro Tag ein Eintrag im Pflegebericht erfolgen muss. Dies ist absolut überflüssig und es gibt hierzu auch keine Vorgabe.

² In der Tabelle werden zur besseren Übersichtlichkeit die Ausführungen der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität [...] nach § 113 SGB XI“ sowohl aus dem ambulanten wie auch dem stationären Bereich gekürzt zusammen dargestellt. Die Vereinbarung ist auf der CD-ROM sowohl für die ambulante wie die stationäre Pflege gesondert und komplett einzusehen.

Anforderungen an eine Pflegedokumentation laut „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität [...] nach § 113 SGB XI“ ²	
Originaltext	Und was bedeutet das für die Praxis?
<p>„Die Anforderungen an die Pflegedokumentation und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen für die Pflegesituation relevant sowie verhältnismäßig sein und dürfen für die Pflegeeinrichtung über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.“</p>	<p>In der Pflegedokumentation sind nur die pflegerischen Sachverhalte aufgeführt worden, in denen es auch ein Pflegeproblem gibt. Oftmals herrscht z.B. noch die Vorstellung vor, in der Pflegeplanung müsse „zu jedem AEDL“ eine Eintragung erfolgen. Dies ist überflüssig und geht deutlich über ein vertretbares und somit wirtschaftliches Maß hinaus.</p>
<p>„Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden fünf Bereichen Aussagen, innerhalb dieser Bereiche werden alle für die Erbringung der vereinbarten Leistungen notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereitgestellt.</p> <p>Diese Bereiche sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stammdaten, • Pflegeanamnese/Informationssammlung inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten, • Pflegeplanung, • Pflegebericht, • Leistungsnachweis. <p>Das Dokumentationssystem ist in Abhängigkeit von bestehenden Pflegeproblemen im Rahmen der vereinbarten Leistungen ggf. zu erweitern.“</p>	<p>Es reicht vollkommen aus, wenn das Dokumentationssystem aus den genannten fünf Dokumentationsbestandteilen bzw. Formularen besteht. Es ist nur dann zu erweitern, wenn in anderen Bereichen Pflegeprobleme bestehen. Theoretisch kann aber z.B. auch die Sturzerfassung im Pflegebericht erfolgen und bedarf nicht zwangsläufig eines gesonderten Formulars.</p> <p>Für die ambulante Pflege wichtig: In der Pflegedokumentation werden nur die Sachverhalte dokumentiert, zu denen mit dem Pflegekunden auch Leistungen vereinbart worden sind. Auch wenn der Hilfebedarf größer ist – wenn dies z.B. von Angehörigen kompensiert wird, muss hierzu keine Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation erfolgen.</p>
<p>„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung / Der ambulante Pflegedienst handelt bei ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Die Leistungen sind in der Pflegedokumentation zu dokumentieren.“</p>	<p>Der ärztliche Therapie- bzw. Behandlungsplan ist einzuhalten und dessen Leistungen müssen dokumentiert werden.</p>
<p>„Zu Beginn der Versorgung erstellt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine umfassende Informationssammlung über Ressourcen, Risiken, Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten. Hierbei sind die notwendigen Prophylaxemaßnahmen (z.B. Dekubitalgeschwüre, Pneumonien, Stürze und Kontrakturen) in der Dokumentation zu berücksichtigen. Bezugspersonen sind in die Pflegeplanung einzubeziehen.“</p>	<p>Beim Neueinzug eines Bewohners in ein Pflegeheim muss eine Informationssammlung erfolgen. Dabei müssen Prophylaxemaßnahmen berücksichtigt werden. Bezugspersonen wie Angehörige oder Betreuer können bei der Erstellung der Pflegeplanung einbezogen werden.</p>
<p>„Wenn für die Pflegekraft offensichtlich erkennbar ist, dass Leistungen für den pflegebedürftigen Menschen erforderlich sind, von diesem aber nicht abgefragt werden, ist dies in der Pflegedokumentation festzuhalten.“</p>	<p>Wenn z.B. in der ambulanten Pflege von der Pflegekraft ein Hilfebedarf bei der Haarwäsche erkannt wird, der Pflegekunde dies aber nicht wünscht, dann reicht es aus, den Hinweis darauf in der Pflegedokumentation festzuhalten.</p>
<p>Nur ambulant gültig: „Die Pflegedokumentation ist beim pflegebedürftigen Menschen aufzubewahren. Soweit eine sichere Aufbewahrung beim pflegebedürftigen Menschen nicht möglich ist, ist die Pflegedokumentation beim ambulanten Pflegedienst zu hinterlegen.“</p>	<p>Grundsätzlich verbleibt im ambulanten Bereich die Pflegedokumentation beim Pflegekunden. Wenn dies z.B. durch eine demenzielle Veränderung des Pflegekunden nicht mehr sicher erfolgen kann, kann sie auch beim Pflegedienst aufbewahrt werden.</p>

Anforderungen an eine Pflegedokumentation laut „Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität [...] nach § 113 SGB XI“ ²	
Originaltext	Und was bedeutet das für die Praxis?
„Die vollstationäre Pflegedokumentation / Der ambulante Pflegedienst hat die Pflegedokumentation nach der hier geltenden Regelung mindestens drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.“	Die Pflegedokumentation sollte mindestens drei Jahre nach Abschluss der Versorgung durch die Einrichtung aufbewahrt werden. Aus beweisrechtlichen Gründen (z.B. wenn nachträglich noch Regressansprüche o. Ä. gestellt werden), wird eine Aufbewahrung von zehn Jahren empfohlen.

Tab. 2.1-1 Übersicht: Maßstäbe und Grundsätze [...] gem. § 113 SGB XI

Für die Pflegedokumentation verantwortliche Personen und besonders Leitungskräfte in der Pflege sollten die Ausführungen dieser „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität [...] nach §113 SGB XI“ kennen. Besonders bei einer MDK-Prüfung kann dies sehr hilfreich sein. Stellen Sie sich vor, der MDK-Prüfer verlangt von Ihnen eine besonders detaillierte Maßnahmenplanung, die Ihres Erachtens keinen Praxisbezug hat und pflegefachlich auch nicht begründet werden kann. Wenn Sie darauf verweisen, dass in den „Maßstäben und Grundsätze für die Qualität [...] nach §113 SGB XI“ beispielsweise geregelt ist, dass eine Pflegedokumentation praxistauglich sein muss und über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen darf, wird der Prüfer Ihnen wenig entgegensetzen können.

PRAXISTIPP

2.2 Mindestbestandteile einer ambulanten Pflegedokumentation

Wenn man sich die Kataloge der Anbieter von Pflegedokumentationssystemen sowie diverser Formularhersteller anschaut und man der Ansicht ist, dass man all diese dort angebotenen Dokumente vorhalten muss, verliert man schnell den Überblick. Tatsächlich sollte sich eine Pflegedokumentation auf die **wesentlichen und notwendigen Formulare** beschränken (und dies ist vollkommen unabhängig davon, ob die Formulare in Form von Papier oder in einer EDV-Fassung vorliegen).

Welche **Bestandteile einer Pflegedokumentation** sind denn aber nun tatsächlich notwendig? Grundsätzlich ist zu sagen, dass sie eben die Pflegesituation und den -verlauf kontinuierlich darstellen sollten. Der MDK macht in seinen Qualitätsprüfungsrichtlinien Vorgaben, welche Dokumentationselemente ein Pflegedienst grundsätzlich vorhalten muss. Es empfiehlt sich, sich an dieser Vorgabe zu orientieren. Dabei muss gesagt werden, dass selbstverständlich nicht für jeden Pflegekunden die ganze Fülle der genannten Formulare vorgehalten werden muss. Es sollen lediglich die für seine **individuelle Pflege- und Versorgungssituation relevanten** Formulare in der jeweiligen Dokumentationsmappe vorgehalten werden:

MDK

Dokumentationselemente Inhalte	Standard- ausstattung	Optional
Stammdaten	X	
Pflegeanamnese/Informationssammlung	X	
Biografie	X	
Pflegeplanung (Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie Evaluation der Ergebnisse)	X	
Verordnete medizinische Behandlungspflege		X
Gabe verordneter Medikamente		X
Durchführungsnachweis	X	
Pflegebericht	X	
Bewegungs- und Lagerungsplan		X
Trink-/Bilanzierungsplan		X
Ernährungsplan		X
Überleitungsbogen	X	
Wunddokumentation		X
Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala		X
Fixierung		X
Gewichtsverlauf		X
Miktionsprotokoll		X
Sturzrisiko		X
Sonstiges		X

Tab. 2.2-1 Bestandteile einer ambulanten Pflegedokumentation

2.3 Mindestbestandteile einer stationären Pflegedokumentation



Laut den Qualitätsprüfungsrichtlinien des MDK sollte ein Pflegedokumentationssystem in der stationären Pflege folgende Inhalte erfassen können:

Dokumentationselemente Inhalte	Standard- ausstattung	Optional
Stammdaten	X	
Pflegeanamnese/Informationssammlung	X	
Biografie	X	
Pflegeplanung (Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie Evaluation der Ergebnisse)	X	

Dokumentationselemente Inhalte	Standard- ausstattung	Optional
Verordnete medizinische Behandlungspflege		X
Gabe verordneter Medikamente		X
Durchführungsnachweis	X	
Pflegebericht	X	
Bewegungs- und Lagerungsplan		X
Trink-/Bilanzierungsplan		X
Ernährungsplan		X
Überleitungsbogen	X	
Wunddokumentation		X
Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikokala		X
Fixierung		X
Gewichtsverlauf		X
Miktionsprotokoll		X
Sturzrisiko		X
Sonstiges		X

Tab. 2.3-1 Bestandteile einer stationären Pflegedokumentation

2.4 Anforderungen an den Datenschutz

Für die Pflegedokumentation wird von den Pflegekunden eine Reihe von personenbezogenen Daten erhoben. Der Umgang mit diesen Daten gilt als besonders schützenswert. Da der MDK im Rahmen seiner Qualitätsprüfungen explizit bei ambulanten Pflegediensten nach Regelungen zur Einhaltung des Datenschutzes fragt, soll an dieser Stelle kurz auf das Thema eingegangen werden.

Pflegeeinrichtungen verfügen auch im Rahmen der Pflegedokumentation über eine Vielzahl von Daten von ihren Kunden: soziale, biografische wie medizinische Informationen. Die Datenschutzerfordernungen, die im Umgang mit ihnen zu berücksichtigen sind, ergeben sich aus dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Insbesondere in den §§ 5 und 9 BDSG ist geregelt, dass Institutionen wie Pflegeeinrichtungen, unabhängig von der Anzahl der Mitarbeiter, erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz zu ergreifen haben. Ziel der Maßnahmen soll sein, dass personenbezogene Daten (wie z.B. Name, Alter, Familienstand, Geburtsdatum etc.) nicht in die Hände Dritter geraten und missbräuchlich verwendet werden. Außerdem ist in § 203 Strafgesetzbuch geregelt, dass sich auch Pflegefachkräfte strafbar machen, wenn sie das Patientengeheimnis verletzen. Dessen Verletzung wird mit Freiheitsstrafen von bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet.

**RECHTS-
HINWEIS**



**RECHTS-
HINWEIS**

Personenbezogene Daten dürfen nur dann erhoben und verarbeitet werden, wenn eine Einwilligung des Kunden vorliegt. Diese Einwilligung sollte im Pflegevertrag geregelt sein. Damit eine solche Einwilligungserklärung gemäß § 4a BDSG allerdings wirksam ist, müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein:

- ▶ Die Einwilligung wurde **freiwillig** erteilt.
 - ▶ Die Einwilligung ist **eindeutig**.
 - ▶ Der Kunde wurde über die **Bedeutung der Einwilligung informiert** (u. a. Verwendungszweck: Personenbezogene Daten dürfen an behandelnde Ärzte, MDK, Kostenträger etc. weitergegeben werden).
 - ▶ Die Einwilligung kann zukünftig jederzeit **widerrufen** werden.
 - ▶ Die Einwilligung wurde **schriftlich** abgegeben und **eigenhändig unterschrieben**.
- MDK**
- ▶ Der MDK prüft bei ambulanten Pflegediensten, ob es wirksame Regelungen gibt, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen. Das Prüfkriterium gilt dann als erfüllt, wenn die Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden. Dies kann zum Beispiel durch die **Aufbewahrung der Kundenakten in abschließbaren Schränken** oder durch die **Vergabe von Passwörtern** für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter bei elektronischen Akten sichergestellt werden. Ferner müssen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung **schriftlich zur Verschwiegenheit** verpflichtet worden sein.

