

Pflegedokumentation

Gründe, Gütekriterien, Umsetzung



Grundsatz der Vollständigkeit

- Pflegeanamnese, Bestimmung der Probleme und Ressourcen
- Ziele und geplante Pflegemaßnahmen
- Durchgeführte Pflegemaßnahmen
 - Ärztliche Anordnungen (auch: Medikamentenverordnungen!)
 - Geplante Pflegemaßnahmen (→Durchführungsnachweis)
 - Pflegestandards erleichtern die Dokumentation
- Pflegebericht

Funktionen des Pflegeberichts



1. Pflege evaluieren
 - Ziele erreicht?
2. Verlauf darstellen
 - Verbesserung
 - Verschlechterung
3. Neue Probleme aufzeigen
4. Aktuelle Verfassung und Empfinden des Patienten darstellen
 - Wie toleriert er die Pflege und Therapie?

V. Thiel & E. Schemmer

3

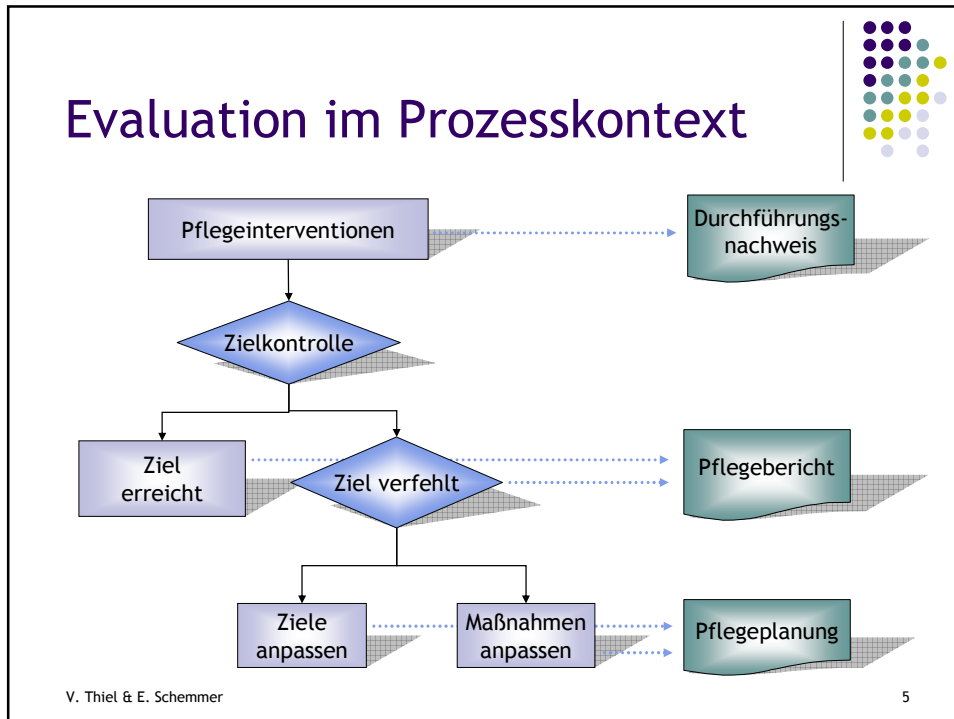
Pflegebericht



In	Out
<ul style="list-style-type: none">● Alle medizinisch und pflegerisch relevanten Wahrnehmungen● Neu auftretende Probleme● Verschlechterungen des Zustandes● Empfinden des Patienten<ul style="list-style-type: none">● Wie toleriert er die Pflege und Therapie?● Evaluation der Pflege	<ul style="list-style-type: none">● Redundanzen● Floskeln<ul style="list-style-type: none">● „Geht’s gut, unauffällig“● „Keine Beschwerden, nichts Besonderes“● Nicht eindeutige oder wertende Begriffe<ul style="list-style-type: none">● Aggressiv, depressiv● Desorientiert, verwirrt● Gut, Schlecht● Viel, wenig

V. Thiel & E. Schemmer

4



- ## Wer dokumentiert?
- Persönlich (authentisch) dokumentieren
 - Jeder, der pflegerische Maßnahmen durchführt
 - Auch Auszubildende, Zivildienstleistende und Praktikanten
 - Handzeichen ist ausreichend, wenn es eine Handzeichenlegende gibt
 - Ärzte müssen ihre Anordnungen schriftlich dokumentieren, Ausnahme: Notfälle
- V. Thiel & E. Schemmer
- 6

Wann dokumentieren?



- Grundsätzlich **zeitnah**, sonst Verlust der Beweiskraft
 - Spätestens **am Ende einer Schicht** bei Bezugspflege
 - Bei Funktionspflege **nach Abschluss der Maßnahmen** an einem Patienten
- Spätere Nachholung oder gar inhaltliche Veränderung der Dokumentation vernichtet deren Beweiswirkung und kann sogar als **Urkundenfälschung** eingestuft werden
- Dokumentation niemals im Voraus!

V. Thiel & E. Schemmer

7

Kardinalfehler



- Pflegedokumentation: Urkunde im Sinne des § 267 StGB
 - Nachträgliche Veränderungen (Radieren, Überkleben, Tipp-Ex) können den Tatbestand der **Urkundenfälschung** erfüllen
 - Korrekturen: Falscher Eintrag muss lesbar bleiben
 - Waagrecht durchstreichen
 - Korrektur mit Handzeichen und Zeitpunkt
 - Vergessene Dokumentation:
 - Nachholen am folgenden Tag möglich, wenn der Eintrag als Nachtrag gekennzeichnet wird

V. Thiel & E. Schemmer

8

