



# Dokumentation

Warum und wieso?

Wie und wann?

Wer und für wen?

## Dokumentation

---

- „Dokumentation dauert zu lange...“
- „Wir haben gar keine Zeit mehr für die Pflege.....“
- „Das liest doch eh kein Mensch.....“
- „Muss man ja machen, sonst sitzt man im Gefängnis.....“
- „Was nicht dokumentiert wurde, ist auch nicht passiert.....“
- „Kannst du mal für mich eintragen?“
- „Pat. gehts gut“



# Dokumentation Warum?

---

Diverse Gesetze, die direkt oder indirekt mit der Pfl egetätigkeit zu tun haben, führen zu einer Dokumentationspflicht!

Krankenhausgesetz (KHG) <http://www.gesetze-im-internet.de/khg/>

Heimgesetz NRW <https://www.gesetze-im-internet.de/heimg/>

Strafgesetzbuch <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/>

Pflegeberufegesetz

<http://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html>

Behandlungsvertrag, Heimvertrag, Pflegevertrag

# Dokumentation Warum?

**Arbeitsauftrag:**

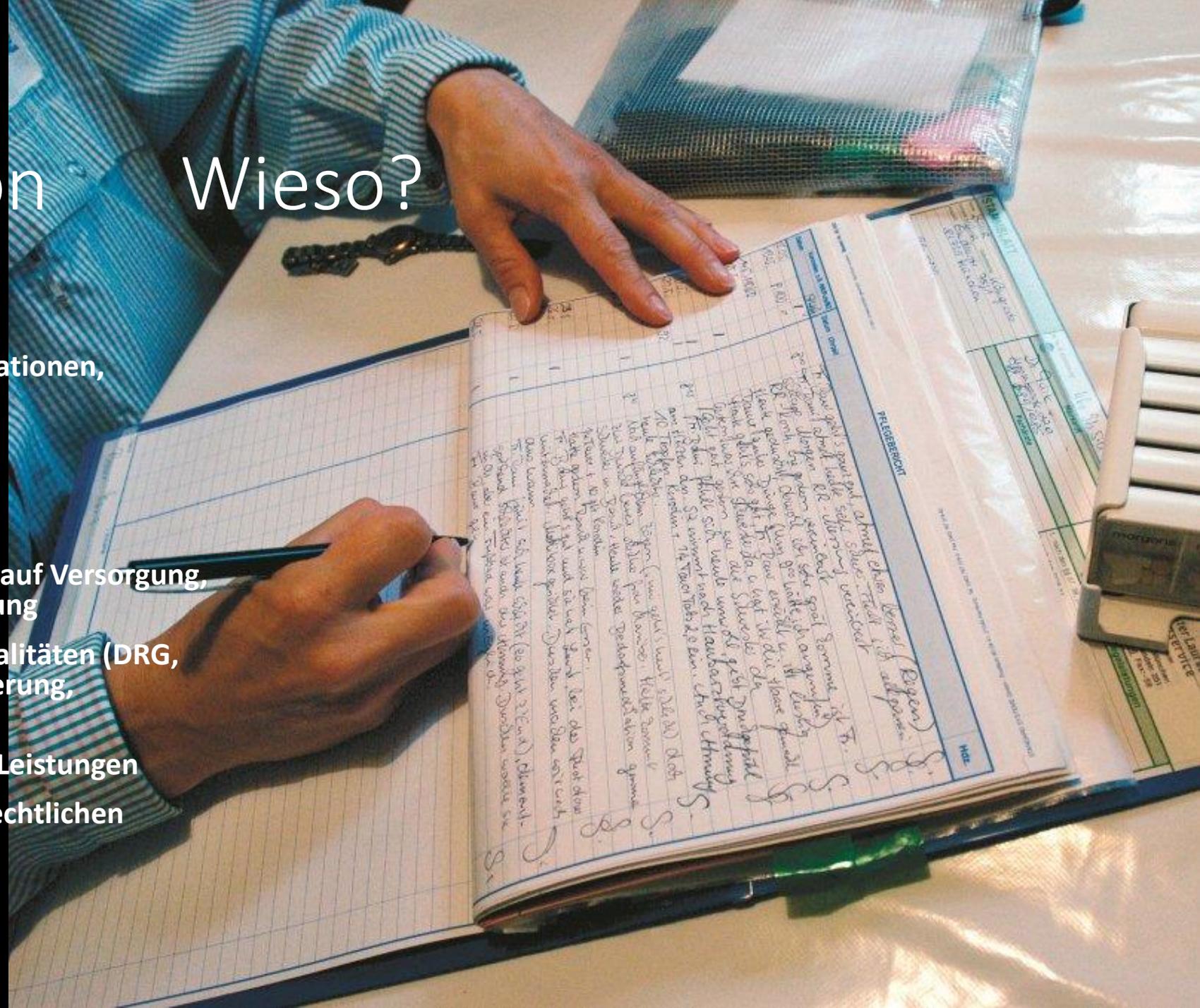
**Finden Sie heraus, weshalb Sie eventuell durch pflegerische Tätigkeiten mit dem Strafgesetzbuch in Berührung kommen können!**



# Dokumentation Wieso?

Jegliche Dokumentation dient der

- Information über Patienten, Situationen, Verläufe im Allgemeinen als auch im Speziellen
- Grundlage für die Pflegeplanung
- Essentieller Bestandteil des Qualitätsmanagements in Bezug auf Versorgung, Therapie, Weiterleitung, Entlassung
- Grundlage für Abrechnungsformalitäten (DRG, PEPP, Pflegekasse, Pflegeversicherung, Krankenkasse)
- Kontrollfunktion über erbrachte Leistungen
- Rechtssicherheit im Falle einer rechtlichen Auseinandersetzung





## Dokumentation Wie?

Die Grundregeln für die Dokumentation sind nicht nur in der Pflege geregelt. Im Prinzip gelten diese Bestimmungen in vielen Lebensbereichen, z.b. im Handel, Verwaltung, Vertragsrecht etc.

Wie?

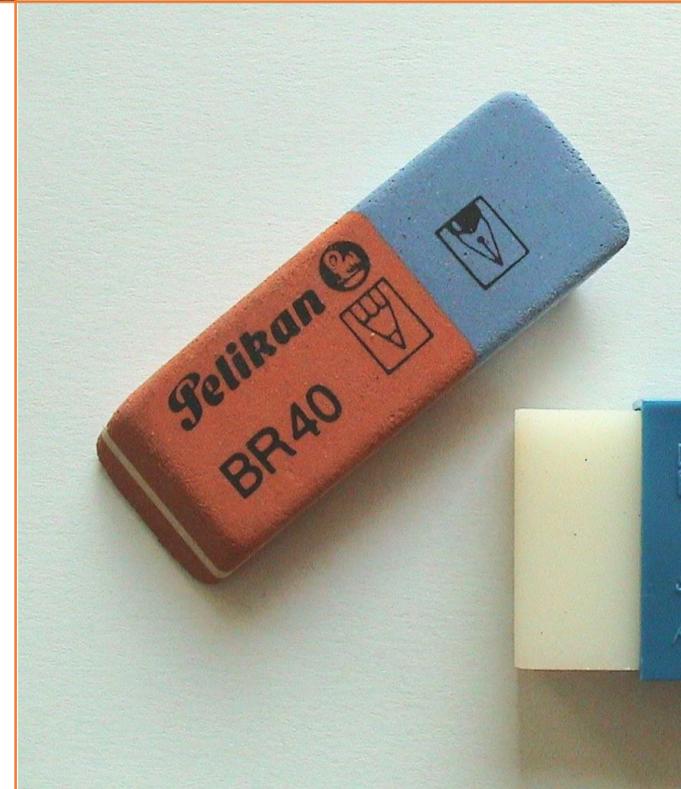
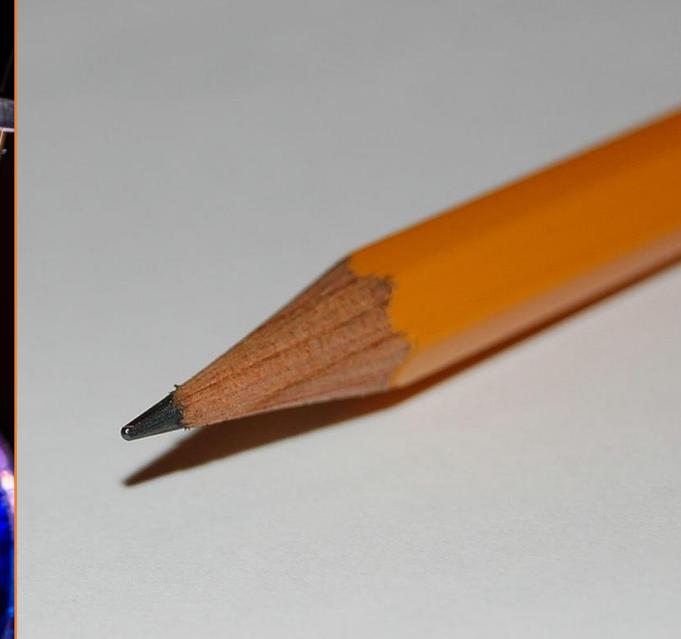
So nicht!

# Dokumentation Wie?

**Die Vorgaben für die Dokumentation sind relativ eindeutig.  
Wir erstellen rechtsrelevante Urkunden, dementsprechend  
sorgfältig müssen wir auch arbeiten.**

# Dokumentation Wie?

- Dokumentenecht
- D.h. Kein Füller, keine Tinte, Kein Bleistift
- Kein Tipp-Ex, kein Radiergummi, kein Tintenkiller



## Dokumentation Wie?

- Die Dokumentation hat **zeitnah** – also so hurtig wie möglich – zu erfolgen, wenn das möglich ist. Das könnte z.B. in der häuslichen Pflege ein Problem sein, wenn die technischen Möglichkeiten nicht eingerichtet sind

## Dokumentation Wie?

---

- Die Dokumentation hat persönlich zu erfolgen, d.h. sie kann nicht auf Kollegen delegiert werden. Prinzipiell hat jeder, der eine Leistung erbringt (auch Schüler oder Praktikanten), diese auch persönlich zu dokumentieren.
  - Pflegekräfte dürfen auch Leistungserbringer (Praktikanten) nicht aus „Datenschutzgründen“ von der Dokumentation ausschließen.
- 



# Dokumentation Wie?

- Die Dokumentation hat leserlich zu sein! Es werden keine Hieroglyphen oder „Apothekerschrift“ geduldet.
- Der Inhalt hat sachlich und faktisch, kurz und knapp (wenn die Situation das ergibt, kann es auch mehr sein) gehalten zu werden!
- Fachliche Abkürzungen sind okay, wenn sie allgemein Standard sind



## Dokumentation Wie?

---

Korrekturen sind möglich!

Dazu wird in der nächsten freien Zeile mit Datum und Korrekturvermerk („....Korrektur zum Eintrag vom....“) der richtige Eintrag verfasst.

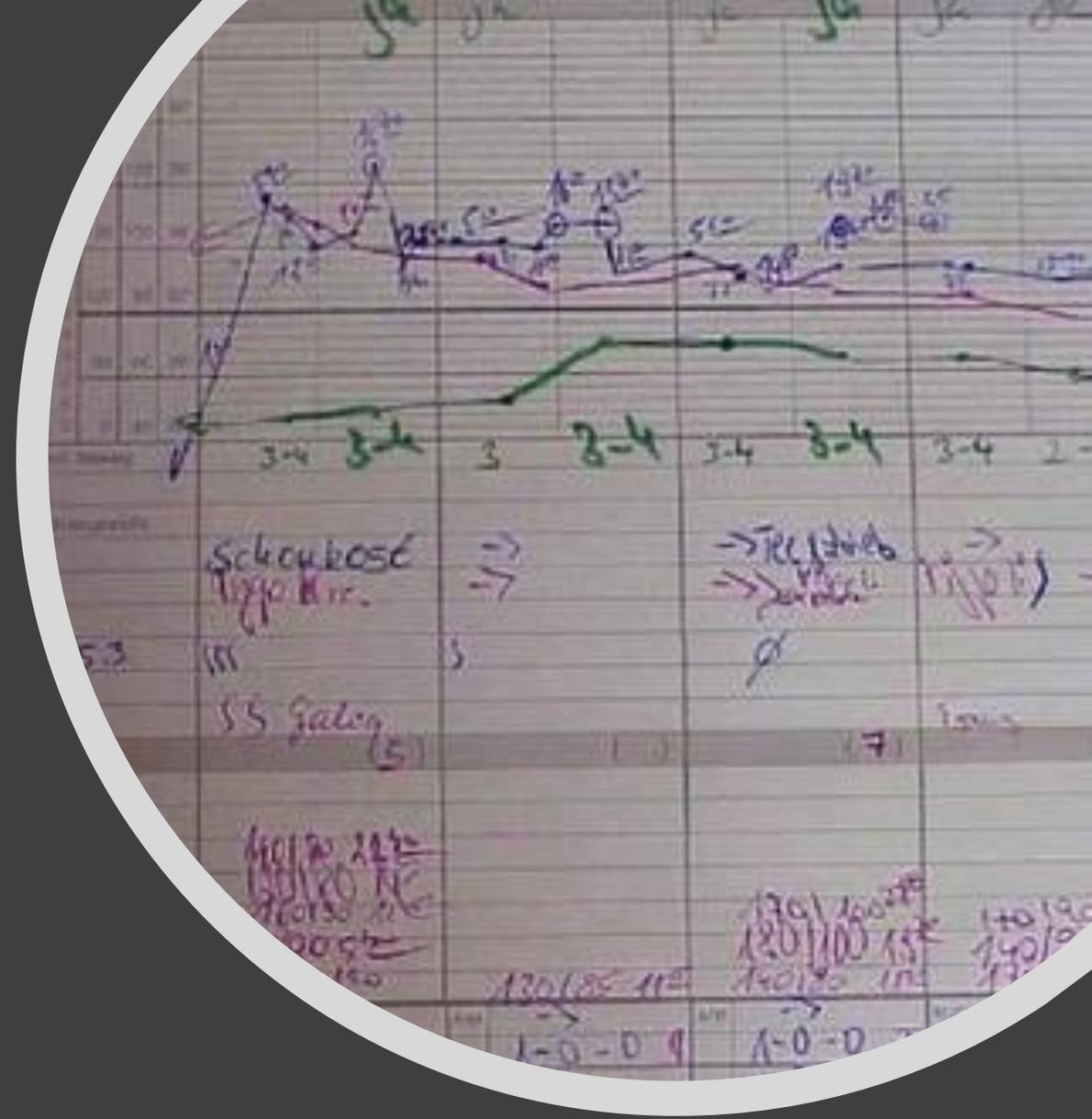
„Falsche“ Einträge werden lesbar durchstrichen

Edward  
~~Der kleine Prinz sprang~~  
und hatte <sup>gel</sup> dabei nicht die  
weil er es <sup>v</sup> einfach nicht.  
Dadurch lag ~~Sonja~~ jetzt  
~~dem Floß im See~~ und k  
lieber ~~doch einmal~~ nackt  
oder ~~erst~~ gar nicht anfa  
<sup>einmal</sup>

# Dokumentationssysteme

Seit geraumer Zeit wird mit strukturierten (hand)schriftlichen Dokumentationssystemen wie z.B. Optiplan© gearbeitet.

Die klassische „Fieberkurve“ ist zwar auch ein Bestandteil, aber ebenso Pflegebericht, Pflegeplanung, Medikamentenbogen, Wunddokumentation, Demenzbogen u.v.a.



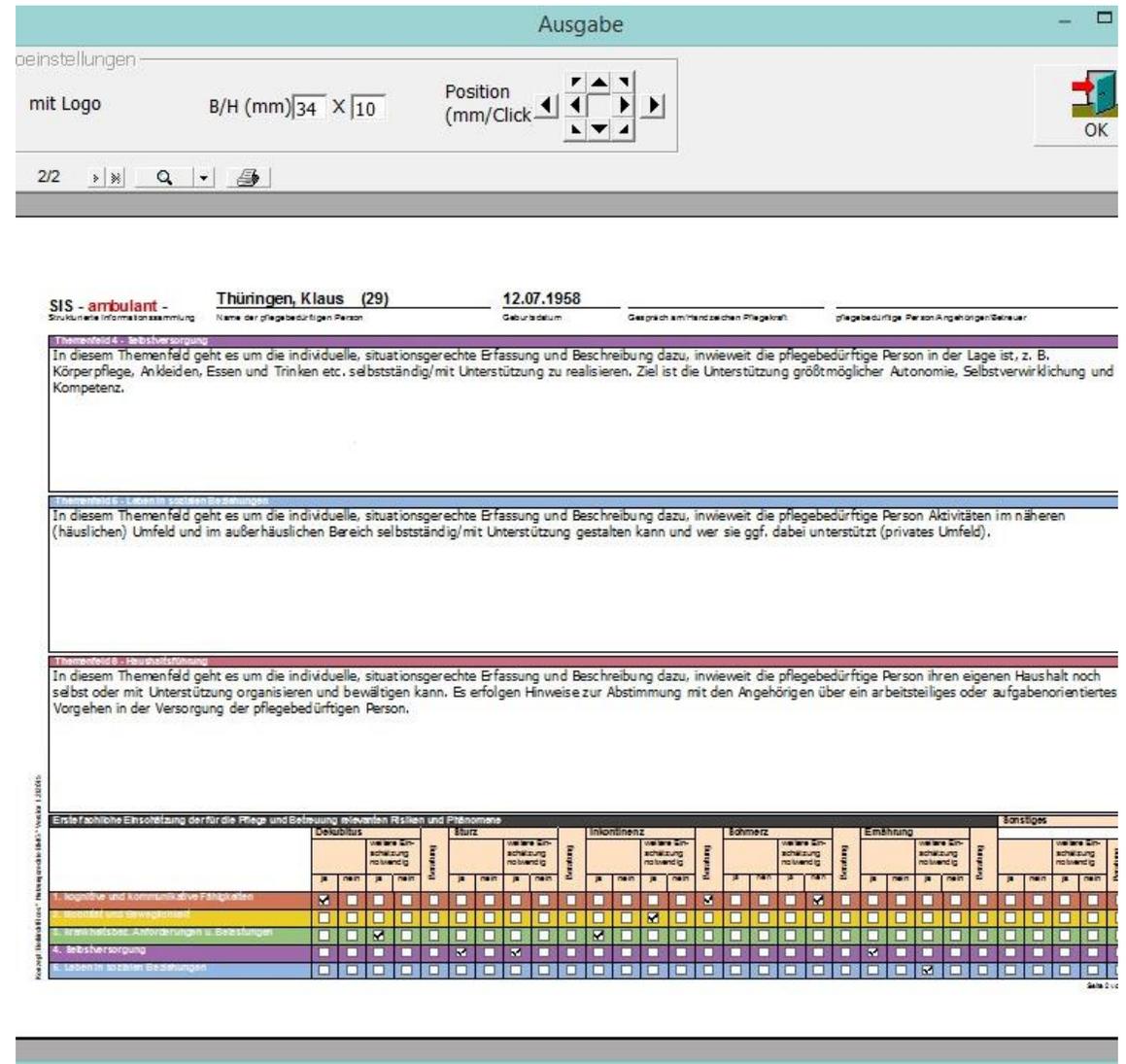
# Dokumentationssysteme

Elektronische oder Digitale Systeme verdrängen immer mehr das schriftliche System.

Das „SIS“ (strukturierte Informationssammlung) ist heute quasi die Standarddokumentation in Form und Umfang.

Digitale Vernetzung erleichtert den Zugriff von verschiedenen Standorten und ist auch wesentlich leichter zu organisieren, zudem leicht lesbar und durchsuchbar.

Manche Systeme geben Alarm, wenn Informationen nicht plausibel sind.



The screenshot shows the 'Ausgabe' (Output) window of the 'SIS - ambulant' software. At the top, it displays patient information: 'Thüringen, Klaus (29)' and '12.07.1958'. Below this, there are three main text input fields for documentation:

- Themenfeld 4 - Selbstversorgung:** In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, z. B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken etc. selbstständig/mit Unterstützung zu realisieren. Ziel ist die Unterstützung größtmöglicher Autonomie, Selbstverwirklichung und Kompetenz.
- Themenfeld 6 - Leben im sozialen Beziehungsnetz:** In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbstständig/mit Unterstützung gestalten kann und wer sie ggf. dabei unterstützt (privates Umfeld).
- Themenfeld 8 - Haushaltsführung:** In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person ihren eigenen Haushalt noch selbst oder mit Unterstützung organisieren und bewältigen kann. Es erfolgen Hinweise zur Abstimmung mit den Angehörigen über ein arbeitsteiliges oder aufgabenorientiertes Vorgehen in der Versorgung der pflegebedürftigen Person.

At the bottom, there is a table for 'Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene' (First professional assessment of relevant risks and phenomena for care and support). The table has columns for various categories: Delirium, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung, and Sonstiges. Each category has sub-columns for 'Vollständige Einschätzung' and 'Einschätzung'.

	Delirium		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. funktionelle Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. funktionelle Anforderungen u. Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leben im sozialen Beziehungsnetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>