

1 Gesetzliche Grundlagen zur Dokumentation

Die Verpflichtung zur Dokumentation pflegerischer Maßnahmen ergibt sich aus gesetzlichen Anforderungen. Bisher wurde die Erfüllung dieser Vorgaben in der Regel erst bei juristischen Auseinandersetzungen oder gezielten Beschwerden überprüft. Inzwischen sind die Kontrollkriterien von externen Aufsichtsorganen klarer geregelt und richten sich auch konkret auf die Pflegedokumentation.

Die Notwendigkeit zur Dokumentation ergibt sich auch aus dem Krankenpflege- bzw. Altenpflegegesetz. Hierzu findet man folgende Gesetzestexte.

KrPflG §3 Ausbildungsziel



- (2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,
 1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:
 - a. Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - b. Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege [...]

AltPflG §3



- (1) Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbstständigen, eigenverantwortlichen und geplanten Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind [...]
4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung [...]

Zudem wurde im Juli 2017 das »Pflegerberufereformgesetz (PflB-RefG) im Bundestag beschlossen. Dieses möchte ich ergänzend hier mit aufführen. Die Umsetzung dieses Gesetzes hat zum Zeitpunkt der Überarbeitung dieser Auflage noch nicht begonnen. Ab 2020 soll es aber sowohl das Altenpflegegesetz als auch das Krankenpflegegesetz ersetzen:

Es regelt im

§ 4 Pflegerberufereformgesetz (bisheriger Entwurf)

Vorbehaltene Tätigkeiten

- (1) Pflegerische Aufgaben nach Absatz 2 dürfen beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 durchgeführt werden.
- (2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatz 1 umfassen
 1. die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a),
 2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b) sowie
 3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d).

§ 5 Pflegerberufereformgesetz (bisheriger Entwurf)

- (1) Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer. [...].
- (2) Pflege im Sinne des Absatzes 1 umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugs-

wissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik.

[...].

(3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen

1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:

[...]

c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,

d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,

[...]

Dokumentationspflicht besteht darüber hinaus, um durchgeführte (insbesondere behandlungspflegerische) Tätigkeiten nachzuweisen. Bei rechtlichen Auseinandersetzungen ist ein schriftlicher Tätigkeitsnachweis erforderlich, da nicht dokumentierte Pflegemaßnahmen als nicht erbrachte Leistung gewertet werden. Ebenso wichtig ist die Begründung der Pflege Tätigkeit. Die Darstellung erfolgt im Rahmen der Pflegeplanung.

Die Anforderungen an eine schriftliche Dokumentation sind:

- Echtheit und
- Zeitnähe der Erstellung.

Echtheit

Für jegliche Dokumentation gilt:

- Keine Verwendung von Korrekturmitteln (z. B. Tippex, Tintenlöscher, Deckfarbe usw.)
- Keine Radierungen vornehmen
- Keine Überklebungen anbringen
- Korrekturen so vornehmen, dass die korrigierte Version noch lesbar ist, Berichtigung mit Datum und Unterschrift kennzeichnen
- Falsche Eintragungen sauber durchstreichen



Merke

Nachträgliche Eintragungen und Korrekturen werden zunächst als Fälschung gewertet.

Zeitnähe der Erstellung

Die Dokumentation ist unmittelbar nach der Maßnahme vorzunehmen. Verspätete Eintragungen bergen die Gefahr, Werte und wichtige Details zu vergessen.

Bei sorgfältiger, konsequent durchgeführter Dokumentation können die durchgeführten Maßnahmen und deren Erfolge nachgewiesen werden. Dies ist besonders wichtig, um

- dem angestrebten Qualitätsanspruch gerecht zu werden und
- einer eventuellen gerichtlichen Auseinandersetzung mit den erforderlichen Nachweisen zu begegnen.

Dazu muss sie zeitnah erfolgen (Datum und Uhrzeit), konkret und nachvollziehbar sein und durch Handzeichen eindeutig zuzuordnen sein (das bedeutet: Führen einer Handzeichenliste, mit der sich die unterzeichnende Person jederzeit ermitteln lässt).

1.1 Wunddokumentation und Qualitätssicherung

Die Notwendigkeit der Wunddokumentation mit Blick auf die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung ergibt sich darüber hinaus aus nachfolgenden Gesetzen für Pflegeeinrichtungen und Normen, die durch die Einführung der Expertenstandards (insbesondere

»Dekubitusprophylaxe in der Pflege« und »Pflege von Menschen mit chronischen Wunden«) festgelegt wurden.

2017 wurden im Rahmen des Pflegeentlastungsgesetzes III (PEG) auch Anpassungen an das SGB XI vorgenommen, in dem die Ermittlung der Ergebnisqualität und das Verfahren dazu ab 2018 neu geregelt werden soll. Bis dato liegen noch keine weiteren Informationen zum Verfahren der Datenerhebung vor.

1.1.1 Sozialgesetzbuch SGB XI Soziale Pflegeversicherung

Im Rahmen der Änderungen vom Mai 2008 im SGB XI gibt es die unten beschriebenen Informationen zu den Themen Qualitätssicherung und Dokumentation, um eine Übersicht der Neuheiten in diesem Gesetz strukturiert darzustellen. Durch eine entsprechende Zusammenfassung werden die Punkte verdeutlicht, die Dokumentationspflichten der Träger und Einrichtungen beinhalten, wozu die Pflegedokumentation und damit auch die Wunddokumentation gehören.

SGB XI §112 Qualitätsverantwortung



- (1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).
- (2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

- (3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berät die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

§ SGB XI §113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

- (1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 3 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten

vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

- (2) (1a) In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten, insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.
- (3) (1b) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend den Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. Das Vergabeverfahren ist spätestens bis zum 15. Januar 2018 einzuleiten und es ist sicherzustellen, dass ein Zuschlag unter Beachtung der vergaberechtlichen Vorgaben zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgt. Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a leitet die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen weiter; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten und nutzen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu

beachten. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung ihrer Aufgaben zu geben. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Januar 2018 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. § 113b Absatz 8 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

- (4) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.
- (5) (weggefallen)

SGB XI §113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

§ Dieser Paragraph regelt neben der Verbindlichkeit der Expertenstandards auch die Zuständigkeit für ihre Weiterentwicklung bzw. für die Erstellung neuer Expertenstandards. Insbesondere der Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität« liegt in der Verantwortung der unter §113 genannten Partner. Er wurde vom DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) ausgearbeitet und liegt seit 2014 beim GKV-Spitzenverband und wartet auf seine Einführung. Dazu muss dieser im Bundesanzeiger veröffentlicht werden um verbindlich zu sein. Es gibt bis heute keine offizielle Erklärung für diesen Verzug.

1.1.2 Heimgesetz

Im Rahmen der Föderalismusreform 2006 wurden die Zuständigkeiten für das Heimrecht auf die Bundesländer übertragen. Aufgrund der Vielzahl an Landesheimgesetzen und ihrer unterschiedlichen Ausgestaltung der Inhalte wird darauf verzichtet, diese aufzuführen.

1.1.3 Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V

Hinweise auf die Notwendigkeit der Einhaltung von Qualitätsrichtlinien finden sich ebenfalls in § 70 und § 135 des SGB V.

§70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit



- (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung



- (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 bis 136b und 137d verpflichtet,
 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

[...]

1.1.4 Expertenstandards

Eine besondere Bedeutung haben die Expertenstandards »Dekubitusprophylaxe in der Pflege« und »Pflege von Menschen mit chroni-

schen Wunden«. Nicht nur, dass sie durch ihre pflegewissenschaftliche Herangehensweise bei der Entwicklung dieser Standards in der Pflegelandschaft fachliche Anforderungen definiert haben, sie dienen auch bei juristischen Auseinandersetzungen als Grundlage für die Einschätzung einer »ordentlichen« pflegerischen Versorgung der Betroffenen.

Vor allem in dem Expertenstandard »Pflege von Menschen mit chronischen Wunden« werden Kriterien beschrieben, die Bestandteile einer qualitativen Wunddokumentation aufführen. In der aktuellen Version (1. Aktualisierung) fordert dieser im Rahmen der pflegerischen Anamnese (1. Kriterium) eine Dokumentation zu:

- Mobilitäts- und anderen Einschränkungen, Schmerzen, Wundgeruch, Exsudat, Ernährungsstatus, psychischer Verfassung, individuellem Krankheitsverständnis, Körperbildstörungen, Ängsten
- Wissen der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen über Ursachen und Heilung der Wunde sowie gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen
- Spezifischer medizinischer Wunddiagnose, Rezidivzahl, Wunddauer, -lokalisierung, -größe, -rand, -umgebung

Im Kriterium 5 wird z. B. zur Ergebnisqualität folgende Aussage getroffen:

»Anzeichen für eine Verbesserung der durch die Wunde hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Lebensqualität oder der Wundsituation liegen vor. Änderungen in der Maßnahmeplanung sind dokumentiert.«

Hier wird deutlich, dass der Gesetzgeber und seine Aufsichtsbehörden und -organe daran interessiert sind, alle notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um eine möglichst hohe strukturelle Sicherheit für den betreuten Menschen zu gewährleisten.

Hierbei hat aktuell der Expertenstandard »Pflege von Menschen mit chronischen Wunden« in Bezug auf das Wundmanagement und die Wunddokumentation eine besonders wichtige Bedeutung.