

Pflegedokumentation - die Perspektive der Krankenversicherer

Input- und Diskussionsveranstaltung

SBK Sektion Bern

8. November 2011

Monica von Toggenburg

1. International Council of Nurses (ICN)



1953 Veröffentlichung des 1.
Internationalen Ethik Kodex für
Pfleger

Enthält 5 Aufgaben für Pfleger



Enthält 4 Elemente (Pfleger und:
Menschen / Berufsausübung /
Profession / Kollegen)

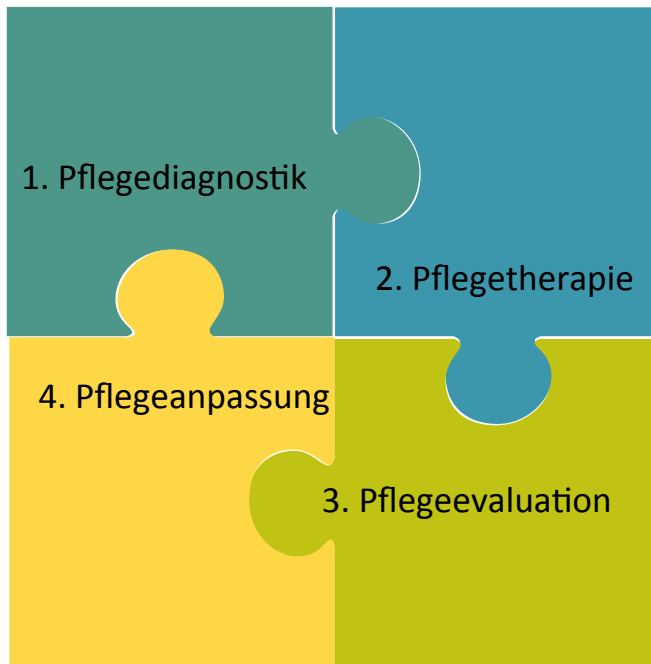
Neueste Fassung wurde im Jahr 2000
abgeschlossen

1a. Pflegende und die Berufsausübung

Darin steht:

Die Pflege ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.

2. Pflegeprozesspuzzle



Nach Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke und Matscheko (2009)

4-Phasen-Modell in Anlehnung an das
4-Phasen-Modell der WHO (2009)

- 1. PLANEN** (Informationen über Ressourcen und Probleme werden gesammelt, analysiert, ausgewertet – Pflegediagnosen werden formuliert)
- 2. DURCH-UND AUSFÜHREN** (besprochene Pflegemassnahmen und Änderungen werden erkannt, geplant, einschliesslich der Pflegeziele, Umsetzung aller Beteiligten)
- 3. ÜBERPRÜFEN** (Massnahmen werden hinterfragt und überprüft)
- 4. VERBESSERN** (Änderungsbedarf festgestellt?, Ergriffene Massnahmen sinnvoll?, Neue wissenschaftliche Erkenntnisse?)

3. Was muss dokumentiert werden?

“Was praxisrelevant,
vergütungsrelevant,
prüfungsrelevant oder juristisch
erforderlich ist, wird vollständig
wahr und klar dokumentiert.“



Lay, R. (2004): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die
Aus-, Fort- und Weiterbildung. Schlütersche
Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 157



3a. Was muss dokumentiert werden?

„Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der Kompetenz des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzukommen, dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen, dem Festlegen von Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen.

In der Dokumentation werden die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und allen am Prozess Beteiligten werden die notwendigen Informationen zugänglich gemacht. Das individuelle und aktuelle Bild des Pflegebedürftigen soll sich darin widerspiegeln, so dass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht“.

Brucker,U.; Ziegler,G.; Theis,S.; Jodes-Laßner,U.;Köhler,C.;Reus,U.;Uhl,A.;Veit-Zenz,A.(2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hg.), Essen: Selbstverlag.

3b. Was muss dokumentiert werden?

Durchführung und Evaluation

- Sämtliche effektiv ausgeführten Massnahmen (Pflege, Behandlungen, usw.) sind erfasst, bestätigt und unterzeichnet.
- Physische und psychische Reaktionen des Patienten auf Pflege- und Behandlungsmassnahmen werden beschrieben (Anzeichen, Symptome, Empfindungen).
- **Der Zusammenhang zwischen Beobachtung, Intervention und Evaluation ist nachvollziehbar (Vollständigkeit der Beobachtungen).**
- Neue, für die Pflege nützliche Informationen werden schriftlich festgehalten.
- Das Einverständnis des Patienten zu invasiven Pflege- oder Behandlungsmassnahmen wird schriftlich festgehalten.

Lötscher, R.; Reidy, I.-M.; Sherbetdjian, M. (2006): Die Pflege dokumentieren, Qualitätskriterien zur Pflegedokumentation und ihrer Anwendung, SBK-ASI Bern, S. 25

4. Beweislastumkehr

In Fällen lückenhafter Dokumentation kann die **Beweispflicht** im zivilrechtlichen Verfahren wegen Schadenersatz **für den (klagenden) Patienten** zur vollständigen Beweislastumkehr führen.

Im Klartext:

Nicht der Patient muss beweisen, sondern die ausführende Person.

Für die Pflegedokumentation ergibt sich im Kern nichts Neues. Sie soll jederzeit komplett nachvollziehbar machen, warum was durchgeführt wurde.

4a. Fall Dekubitus

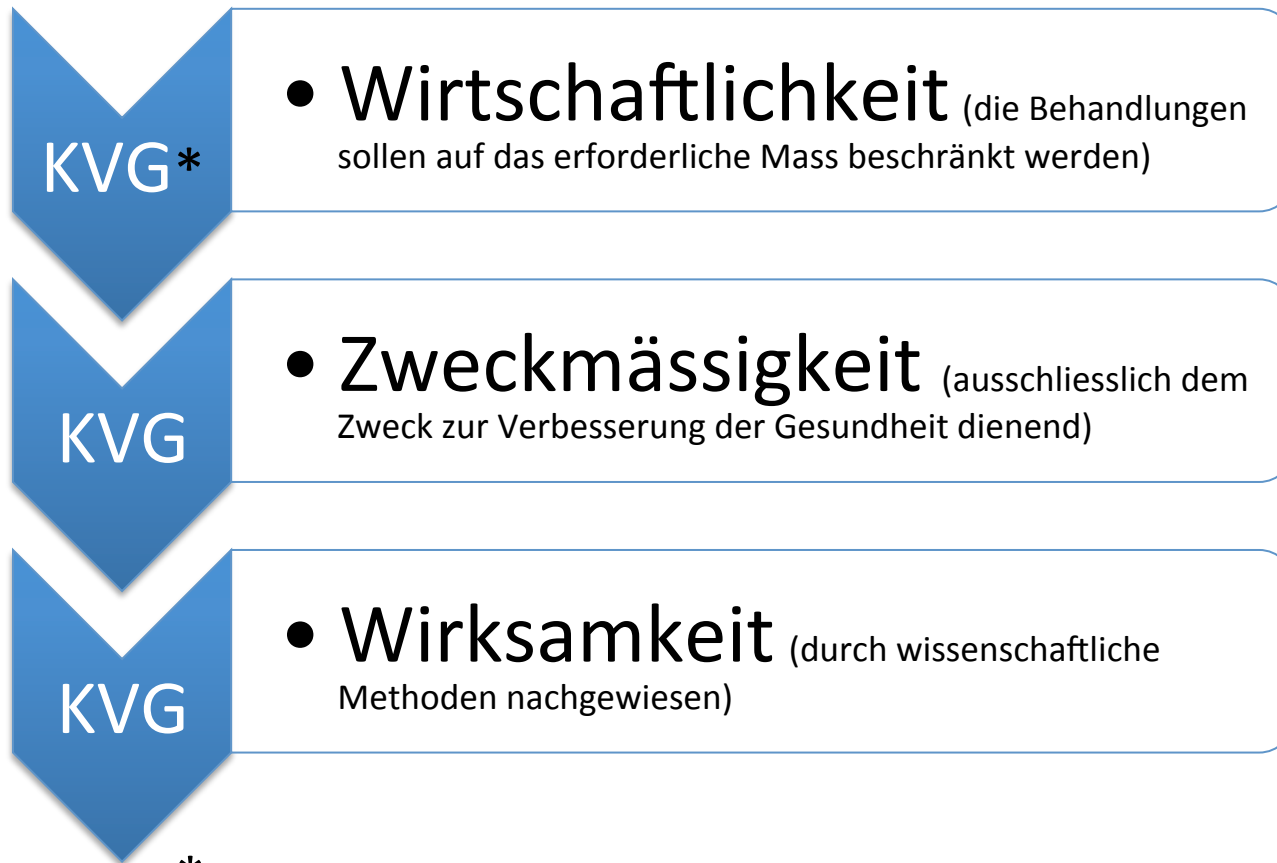
14.1.2009 Schmerzensgeld für Pflegemängel – mangelnde Dekubitusprophylaxe im Krankenhaus



15`000 Euro Schmerzensgeld – zu dieser Zahlung verurteilte die für Arzthaftungsrecht zuständige 9. Zivilkammer des Landgerichts München die Stadt München als Trägerin einer Münchner Krankenhauses. Grund: Zwei Druckgeschwüre infolge mangelnder Pflege.

Der vom Gericht bestellte Sachverständige stellte nun, unter anderem **anhand der lückenhaften Pflegedokumentation** fest, dass die Klägerin nicht nur im Krankenhaus, sondern auch anschliessend im Pflegeheim nicht nach dem pflegerisch-medizinischen Standard versorgt wurde – nämlich regelmässig und in Abständen von unter drei Stunden umgelagert - wurde.

5. Was tun die Pflegecontroller?



* Bundesgesetz über die Krankenversicherung

5a. Was tun die Pflegecontroller?

Was verrechnet werden darf, regelt das KVG
(Bundesgesetz über die Krankenversicherung)

Pflegerisch spezifiziert wird dies im Art.7, KLV
(Krankenpflege-Leistungsverordnung)

5b. Was tun die Pflegecontroller?

Auftrag des Gesetzgebers an die
Krankenversicherungen:

Überprüfung der Einstufung anhand
der Pflegedokumentation und nicht
die Pflegequalität am Patienten.

5c. Was tun die Pflegecontroller?

Zur Überprüfung benötigt der
Krankenversicherer die
pflegerelevanten
Unterlagen, z.B. Pflegepläne,
Verlaufsberichte,
Verordnungsblätter, Wundprotokolle,
Sturzprotokolle etc.

5d. Was tun die Pflegecontroller?

Ausschlaggebend für den Einstufungsentscheid ist die Pflegedokumentation, die während der Prüfung dem Pflegecontroller zur Verfügung steht.

5e. Was tun die Pflegecontroller?

Der in Rechnung gestellte
Pflegeaufwand muss
anhand der Pflegedokumentation
ausgewiesen sein.



6. Zum Schluss

«Eine qualitativ gute Pflegedokumentation ist nicht ein Garant für eine gute Pflege, jedoch gute Pflege eine gute Dokumentation mitbeinhaltet»

Mahler, C.; Ammenwerth, E.; Eichstädter, R.; Hoppe, B.; Mansmann, U.; Tautz, A.; Wagner, A. (2002): PIK-Studie 2000/2001. Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentation auf vier Pilotstationen. Abschlussbericht – Teil: Qualitätsmessungen. Heidelberg: Universitätsklinikum

7. Dokumentation ist alles...!?!?!?

Wie wichtig doch eine korrekte Dokumentation ist.....

Pflegediagnose einer dipl. Pflegefachfrau:

„Der Patient hat kein Kurz- und kein
Langzeitgedächtnis mehr.“

7a. Dokumentation ist alles...!?!?!?

Aus einem Überwachungsblatt:

„Pupillen reagieren prompt, isokor, rechts grösser
als links.“

7b. Dokumentation ist alles...!?!?!?

Aus einem Verlaufsbericht:

„Zwischenzeitlich wurde der Gehgips am rechten Arm entfernt.“

8. Fragen



Vielen Dank!

Monica von Toggenburg
Health Care Consultant
Projektleiterin
monica.vontoggenburg@curanovis.ch
www.curanovis.ch