

Teil I

Dokumentation

1 Die Dokumentation der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G)

Andrea Kuphal

Dokumentation ist aus dem pflegerischen Beruf nicht mehr wegzudenken – im Gegenteil! Die Dokumentationsanforderungen erhöhen sich – gefühlt – ständig. Pflegende beklagen, dass sich die Zeit für die Patientenversorgung deshalb verringert. Das hört man sowohl aus dem akutstationären Bereich als auch aus dem Rehabilitationsbereich. In beiden benannten Sektoren ist geriatrische Versorgung zu finden. Folgerichtig ist auch in beiden Bereichen Aktivierend-therapeutische Pflege zu dokumentieren. Diese Veröffentlichung soll etwas mehr Klarheit in die Thematik Dokumentationsanforderungen bringen.

Dazu werden

- gesetzlich fixierte Grundlagen beleuchtet,
- der Frage nachgegangen, wie zu dokumentieren ist und

- die Besonderheiten der Dokumentation der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) anhand von Beispielen dargestellt.

Insgesamt soll die Veröffentlichung dazu beitragen, das »Schreckgespenst« Dokumentation zu enttarnen und der Leserin die Entscheidung, was wann wie festzuhalten ist bezüglich des pflegerischen Handelns zu erleichtern. Die Begrifflichkeit »Patient« beinhaltet sowohl Menschen, die (akut)stationär versorgt werden, als auch Personen, die sich in der rehabilitativen Versorgung befinden. Insofern findet der Begriff »Rehabilitand« keine explizite Verwendung, ist aber immer mit gemeint. Da der Pflegeberuf ein überwiegend von Frauen ausgeübter Beruf ist, verwendet die Autorin im Text die weibliche Form bezüglich der Berufsangehörigen. Alle anderen Kollegen fühlen sich bitte inhaltlich selbstverständlich ebenso angesprochen.

1.1 Gesetzlich fixierte Grundlagen der Dokumentation

In deutschen Gesetzen und Verordnungen finden sich mehrere Ausführungen zur Thematik Dokumentation. Hierbei ist zwischen Patientendokumentation und Pflegedokumentation zu unterscheiden. In der Patientendokumentation werden sämtliche Papiere bzw. elektronischen Abschnitte eines Behandlungsfalls zusammengefasst, darunter auch die

Pflegedokumentation. Letztere ist der Teil, in dem Pflegende alle pflegerischen Aspekte des Behandlungsfalls dokumentieren. Selbstverständlich sollten alle Teile der Patientendokumentation im Rahmen datenschutzrechtlicher Bestimmungen geschützt und mindestens einsehbar zur Verfügung stehen für alle an der Behandlung beteiligten Personen.

1.1.1 Grundlagen für die Patientendokumentation

Die Dokumentation der Behandlung wird in § 630 f (1) BGB geregelt: »Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.« Hier ist also bereits festgelegt, wann und wo zu dokumentieren ist.

Der weitere Wortlaut des Absatz 1 bezieht sich auf die Nachvollziehbarkeit der Eintragungen. Selbstverständlich müssen fehlerhafte oder unvollständige Eintragungen ergänzt bzw. korrigiert werden, allerdings muss der ursprüngliche Text erhalten bleiben: »Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.« (a. a. O.)

In Absatz 2 werden die aufzuzeichnenden Inhalte benannt: »Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.« (§ 630 f (2) BGB)

Als »Behandelnder« ist hier nicht nur der ärztliche Dienst anzusehen, sondern alle an der Behandlung beteiligten, professionell tätigen Personen. Das heißt also, dass auch Pfleger wesentliche Maßnahmen und Ergebnisse der pflegerischen Arbeit dokumentieren müssen. Die Herausforderung ist dabei, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine notwendige Dokumentation effizient ermöglichen.

Schließlich äußert sich der Gesetzgeber noch zu Aufbewahrungsfristen für die Pati-

entenakte. In Absatz 3 § 630 f BGB wird ein Zeitraum von 10 Jahren als angemessen ausgewiesen »soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.« Hieraus ergeben sich für die Dokumentation die Anforderungen, dass das Behandlungsende aus den Unterlagen konkret hervorgehen muss und die Eintragungen so vorzunehmen sind, dass diese mindestens noch 10 Jahre lesbar sind. Für die Akten in Papierform ergeben sich damit Schlussfolgerungen bezüglich des verwendeten Papiers und der Stifte, aber auch der geeigneten Archivierung. Diese muss auch für die papierlose Patientenakte für diesen Zeitraum sichergestellt sein. Für beide Arten der Archivierung gilt, dass nachweisbar sein muss, wer welche Eintragung vorgenommen hat. Wenn in der Dokumentation also mit Namenskürzeln o. ä. gearbeitet wird, sind die entsprechenden Listen, aus denen die vollständigen Namen ablesbar sind, ebenso zu archivieren. Dies muss auch 10 Jahre rückwirkend nachvollziehbar sein.

Ein weiterer Grund für die Dokumentation der Behandlung ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag. Dieser wird zwischen Patient und Krankenhaus bzw. Rehabilitand und Rehabilitationseinrichtung abgeschlossen. Inhalte sind die grundlegende Verständigung zur Behandlung sowie die Übereinkunft zu Unterbringung und Verpflegung. Sämtliche medizinische, pflegerische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind im Einzelnen zwischen Patient und Behandler abzustimmen. Der Patient muss in jede dieser Maßnahmen einzeln einwilligen. Die Einwilligung kann schriftlich, mündlich oder konkludent, d. h. durch entsprechendes, eindeutiges Verhalten, erfolgen. Dabei gilt der Grundsatz: Je gefährlicher die Maßnahme für Leib und Leben ist, umso höher sind die Anforderungen an die Einwilligung zu stellen. Beispielsweise ist für einen operativen Eingriff in jedem Fall nach ärztlicher Aufklärung die schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich. Dagegen genügt für eine

wirksame Einwilligung in eine s. c.-Injektion eines Insulins das Freimachen der üblichen Injektionsstelle durch den Patienten. Hierbei ist ein Wortwechsel nicht zwingend notwendig. Teil der Behandlung ist die Dokumentation derselben. Diese Forderung ergibt sich als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag.

1.1.2 Grundlagen der Pflegedokumentation

Da in geriatrischen Abteilungen in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen aktuell neben Gesundheits- und Krankenpflegerinnen auch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ebenso wie Altenpflegerinnen als Fachkräfte eingesetzt sind, werden im folgenden Abschnitt die Ausbildungsgrundlagen aller drei Berufe beleuchtet. Das neue Berufsbild der generalistischen Pflegeausbildung wird ab 2023 erste Absolventen hervorbringen. Auch die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Im Übrigen eine Berufsbezeichnung, die bei richtiger Betonung auf der jeweils zweiten Silbe beider Begriffe meiner Meinung nach einen guten Klang hat!) werden in o. g. Einrichtungen tätig sein. Weil die vier Berufe zu den Gesundheitsfachberufen gehören, unterliegen diese bundesländerübergreifenden Berufsgesetzen. Von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gestaltet sind die darauf aufgebauten Curricula der Ausbildungsgänge. Exemplarisch werden hier dazu die Curricula des Landes Sachsen herangezogen.

Im Krankenpflegegesetz, das bis 2019 in Kraft war, findet sich kein direkter Bezug zum Thema Dokumentation. In der bundesweit geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Krankenpflegegesetz, Grundlage für die Ausbildungsrichtungen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, heißt es bezüglich der Aufgaben im praktischen Teil der abschließenden Prüfung »Der Prüfling übernimmt ... zur Zeit der Prüfung ... alle anfallenden

Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation« (§§ 15 (1) und 18 (1) KrPflAPrV).

Eine weitere Konkretisierung erfährt diese Aussage in den entsprechenden landesrechtlichen Regelungen der Berufsausbildungen. »Abgeleitet aus den Anforderungen an die Pflege ist die Ausprägung der beruflichen Handlungskompetenz auf folgende Qualifikationen gerichtet: [...] den Pflegebedarf und die Bedürfnisse erkennen und entsprechende pflegerische Maßnahmen planen, durchführen, dokumentieren und reflektieren.« (Lehrplan für die Berufsfachschule, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, S. 5). Im ersten Ausbildungsjahr »werden die Schülerinnen und Schüler insbesondere befähigt, [...] mit Dokumentationssystemen umzugehen.« (a. a. O., S. 63 f.) Dokumentation wird also als elementarer Bestandteil pflegerischer Arbeit benannt und gewertet. »Die Schülerinnen und Schüler analysieren die Bedeutung der Pflegedokumentation als Instrument des pflegerischen Handelns und gehen damit sicher um.« (a. a. O., S. 11) sowie »Bei der Dokumentation und Weitergabe der Informationen zu Veränderungen wenden die Schülerinnen und Schülern medizinische Fachtermini an.« (ebenda) Bereits während der Ausbildung werden dementsprechend spezifische Begriffe erklärt. Jedoch können während der dreijährigen Ausbildungszeit niemals alle Fachtermini vermittelt werden. Hier ist es Aufgabe jedes einzelnen pflegerischen Berufsangehörigen auch nach Abschluss der Ausbildung den eigenen Wissensstand fachspezifisch zu erweitern. Die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) kennt solche Fachtermini. Pflegenden in der Geriatrie verwenden diese Begriffe fachspezifisch korrekt und unterstreichen nicht zuletzt damit ihre Expertise bezüglich Aktivierend-therapeutischer Pflege und somit der Besonderheiten geriatrischer Pflege.

Des Weiteren wird im sächsischen Lehrplan als Ziel formuliert: »Die Schülerinnen

und Schüler beherrschen die exakte Pflegedokumentation und kooperieren interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen.« (a. a. O., S. 21) Hier wird deutlich, dass Dokumentation keinem Selbstzweck dient, sondern u. a. als ein Instrument verstanden werden muss, dass die Kommunikation zwischen Angehörigen verschiedener Professionen ermöglicht. In diesem Sinne heißt es weiter im Lernfeld »Patienten aufnehmen, verlegen und entlassen«: »Die Schülerinnen und Schüler nehmen die erhobenen Daten in die entsprechenden Dokumentationssysteme korrekt auf und nutzen diese als Basis für die Pflegeplanung.« (a. a. O., S. 25)

Eine weitere Eigenschaft der Dokumentation wird in einer Zielformulierung aus dem Themenbereich »Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten« deutlich: »Die Schülerinnen und Schüler dokumentieren korrekt ihre Pflegeleistungen und ermöglichen damit eine sachgerechte Abrechnung.« (a. a. O., S. 37) Nur anhand der Dokumentation kann die Rechnung für die Behandlung erstellt und begründet werden. Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbrachte Leistung und umgekehrt.

Der dritte deutsche Pflegeberuf, die Altenpflege, unterliegt einer eigenen Gesetzgebung. In der ebenso bundesweit geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Altenpflegegesetz findet sich »Die Prüfungsaufgabe besteht aus der schriftlichen Ausarbeitung der Pflegeplanung, aus der Durchführung der Pflege einschließlich Beratung, Betreuung und Begleitung eines alten Menschen und aus einer abschließenden Reflexion.« (§ 12 (2) AltPflAPrV).

Laut sächsischem Altenpflegelehrplan sollen die Schüler »die Bedeutung von Pflegeplanung und Dokumentation als Voraussetzung für professionelles Arbeiten« (Lehrplan für die Berufsfachschule, Altenpfleger/Altenpflegerin, S. 53) erlernen. Auch in diesem Berufsbild ist die Dokumentation ein Teil der täglichen Arbeit.

Noch mehr als in den beiden anderen Pflegeberufen wird in der Altenpflege betont, dass »die Pflegedokumentation ein Mittel zur Nachweisbarkeit und Abrechenbarkeit von Pflegequalität und -leistung ist.« (a. a. O., S. 57) Die Dokumentation soll die Qualität der geleisteten Arbeit widerspiegeln und ist gleichzeitig die Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen. Diese Abrechnung spielt in der Altenpflege eine andere Rolle als in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Da der Versorgungsprozess in der Altenpflege überwiegend pflegerische Aufgaben beinhaltet, sind diese Leistungen für die Abrechnung federführend. Demgegenüber ist der Versorgungsprozess im Krankenhaus oder in der Rehabilitationseinrichtung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen geprägt. Die Addition dieser Leistungen bestimmt die Abrechnung. Pflegerische Leistungen sind ein Teil davon, teilweise mit entscheidender Bedeutung.

»Im Rahmen der praktischen Ausbildung sind die Schülerinnen und Schüler zu befähigen [...] Fertigkeiten bei der Planung, Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung und Dokumentation der Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege zu erwerben.« (Empfehlungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung, Altenpflegerin/Altenpfleger, S. 5 f.) Im Folgenden wird konkretisiert: »1. Ausbildungsjahr: Fähigkeiten zur Dokumentation ausgeführter Leistungen [...] 2. Ausbildungsjahr: Fertigkeiten zur Dokumentation ausgeführter Leistungen, Mitwirken bei der Pflegedokumentation und Evaluation des Pflegeprozesses [...] 3. Ausbildungsjahr: Selbstständiges Führen der Pflegedokumentation und Evaluieren des Pflegeprozesses« (a. a. O., S. 8) In der Altenpflege wird die Dokumentation entsprechend des Ausbildungsfortgangs thematisiert.

Die gesetzlichen Grundlagen der bis hierher beschriebenen drei pflegerischen Berufe wurden zum 31.12.2019 außer Kraft gesetzt. Seit 01.01.2020 wird in Deutschland ein neuer pflegerischer Beruf mit generalistischem An-

satz ausgebildet. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner werden auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes und der zugehörigen Verordnungen ausgebildet.

Im genannten Gesetz sind allgemeine Grundlagen und Berufsziele geregelt. In § 5 PflBG wird das Ausbildungsziel definiert. »Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen 1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen: [...] c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen« (§ 5 Absatz 3 PflBG).

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) für die Pflegeberufe wird zur Thematik Dokumentation im Rahmen der Kompetenzbeschreibungen ausgeführt:

in Anlage 1 (zu § 7 Satz 2) Kompetenzen für die Zwischenprüfung nach § 7 unter I. 1. f)

»I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

1. Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

Die Auszubildenden ...

f) dokumentieren durchgeführte Pflegemaßnahmen und Beobachtungen in der Pflegedokumentation auch unter Zuhilfenahme digitaler Dokumentationssysteme und beteiligen sich auf dieser Grundlage an der Evaluation des Pflegeprozesses,«

in Anlage 2 (zu § 9 Absatz 1 Satz 2) Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 9 zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann unter I. 1. f)

»I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

1. Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

Die Absolventinnen und Absolventen ...

f) nutzen analoge und digitale Pflegedokumentationssysteme, um ihre Pflegeprozess-

entscheidungen in der Pflege von Menschen aller Altersstufen selbständig und im Pflegeteam zu evaluieren,«

sowie in derselben Anlage unter IV. 1. c)

»IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

1. Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

Die Absolventinnen und Absolventen ...

c) bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht,«

in Anlage 3 (zu § 26 Absatz 3 Satz 1) Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 26 zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger unter I. 1. f)

»I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

1. Die Pflege von Kindern und Jugendlichen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.

Die Absolventinnen und Absolventen ...

f) nutzen analoge und digitale Pflegedokumentationssysteme, um ihre Pflegeprozessentscheidungen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen selbständig und im Pflegeteam zu evaluieren,«

sowie in derselben Anlage unter IV. 1. c)

»IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

1. Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

Die Absolventinnen und Absolventen ...

c) bewerten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von

interner und externer Kontrolle und Aufsicht,«

in Anlage 4 (zu § 28 Absatz 3 Satz 1) Kompetenzen für die staatliche Prüfung nach § 28 zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger unter I. 1. a) und f)

»I. Pflegebedarfe von alten Menschen erkennen sowie Pflege- und Betreuungsprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

1. Die Pflege von alten Menschen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und bewerten.

Die Absolventinnen und Absolventen ...

a) verfügen über ein ausreichendes Verständnis von spezifischen Theorien und Modellen zur Pflegeprozessplanung und -dokumentation und berücksichtigen diese bei der Steuerung und Gestaltung von Pflegeprozessen bei alten Menschen, [...]

f) nutzen Pflegedokumentationssysteme, um ihre Pflegeprozessentscheidungen in der Pflege von alten Menschen selbständig und im Pflegeteam zu bewerten,«

sowie in derselben Anlage unter IV. 1. c)

»IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.

1. Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.

Die Absolventinnen und Absolventen ...

c) beachten den Beitrag der eigenen Berufsgruppe zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und erfüllen die anfallenden Dokumentationsverpflichtungen auch im Kontext von interner und externer Kontrolle und Aufsicht,«

Bei den gesetzlichen Regelungen zu Modellvorhaben wird bezüglich des praktischen Teils der Prüfung ausgeführt: »Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen nach § 14 des Pflegeberufgesetzes zusätzlich zu § 16 Absatz 1 und 2 auf eine Aufgabe zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei

Patientinnen oder Patienten, die entsprechend den nach § 14 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes genehmigten Ausbildungsinhalten Gegenstand der erweiterten Ausbildung waren. Die zu prüfende Person übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation.« (§ 24 Abs. 5 PflBG).

Abschließend auch hier wieder exemplarisch ein Blick in den sächsischen Lehrplan für die »Berufsfachschule Pflegefachfrau/Pflegefachmann«. Im Lehrplan findet sich unter der Überschrift Kurzcharakteristik »Die Ausbildung [...] ist auf den Erwerb folgender Qualifikationen ausgerichtet [...] pflegerische Maßnahmen planen, durchführen, dokumentieren und reflektieren«. Der Lehrplan ist in curriculare Einheiten (CE) untergliedert. In CE 02 mit dem Thema »Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen«, die dem 1. Ausbildungsdrittel zugeordnet ist, heißt es »Die Auszubildenden bereiten sich darauf vor, an der Organisation und Durchführung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen digitalen oder analogen Dokumentation mitzuwirken.« In dieser CE sollen die Auszubildenden die Kompetenzen nach Anlage 1 PflAPrV erwerben. Der Struktur der Kompetenzbeschreibungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung folgend, finden sich im sächsischen Lehrplan an mehr als 100 Stellen Verweise, nach denen die Auszubildenden mit der Thematik Dokumentation vertraut gemacht werden sollen. Auf eine Aufzählung aller dieser Fundstellen wird hier verzichtet.

Ein Vergleich der pflegerischen Ausbildungsgrundlagen ab 2020 zu den vorherigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen macht deutlich, dass die Thematik Dokumentation an Beachtung gewonnen hat. Bereits in der Ausbildung soll zukünftig dieses Thema nicht nur in der praktischen Ausbildung vermittelt, sondern auch theoretisch fundiert gelehrt und gelernt werden.

An dieser Stelle sei ergänzt, dass die ab 2020 geltenden vorbehaltenen Tätigkeiten für Pfl-

gende selbstverständlich die Dokumentation bestimmter pflegerischer Arbeit beinhaltet, auch wenn in § 4 PflBG »Dokumentation« als Begriff nicht verwendet wird. Die Darstellung, der im genannten Paragraphen aufgeführten Tätigkeiten, kann einzig durch Dokumentation nachhaltig und nachvollziehbar gelingen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Dokumentation pflegerischer Arbeit schon in der Ausbildung als wichtiges Element vermittelt wird.

1.1.3 Berufsordnungen

Mit der Ausbildung endet die Verpflichtung zur Dokumentation selbstverständlich nicht. Spezifisch für die Angehörigen der Pflegeberufe gibt es Regelungen dazu in den verschiedenen Berufsordnungen. Aufgrund der föderalen Strukturen in Deutschland müssen Berufsordnungen jeweils auf Landesebene erlassen werden. In den Bundesländern Bremen, Saarland, Hamburg, Sachsen und Rheinland-Pfalz sind solche Regelungen getroffen worden. Insgesamt sind diese Regelungen eine Fortführung der in den Ausbildungsgesetzen gelegten Grundlagen.

Bremen

Die Bremer Regelung ist die älteste Berufsordnung für die Pflegeberufe in Deutschland. Diese wurde 2004 in Kraft gesetzt und bereits 2011 novelliert. Als allgemeine Berufsaufgaben werden aufgeführt: »Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege« (§ 3 (2) Nr. 1 Buchstabe a)).

Als eine der speziellen Berufspflichten wird die Dokumentationspflicht in § 5 (1) Nr. 2 Buchstabe d) benannt. Die alte Fassung der Berufsordnung aus dem Jahre 2004 lautete »Die professionell Pflegenden haben

ihre eigenverantwortliche Pflegetätigkeit in strukturierter Form zu dokumentieren. Hierzu wird ein im Arbeitsbereich installiertes Dokumentationssystem verwendet. Die Dokumentationen erfolgen vollständig, zeit- und handlungsnah, leserlich und fälschungssicher signiert. Die Pflegedokumentation unterliegt dem Datenschutz.« In der Novellierung des Jahres 2011 wurde die Regelung erweitert um »Die Dokumentationen erfolgen vollständig und unverzüglich, leserlich und fälschungssicher signiert. Das Dokumentationssystem muss allen am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Angehörigen eigener und anderer Berufsgruppen im Rahmen des Pflege- und Betreuungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen zugänglich sein. Die professionell Pflegenden haben den zu pflegenden und zu betreuenden Menschen auf deren Verlangen Einsicht in die sie betreffenden Unterlagen zu gestatten. Auf Verlangen sind den zu pflegenden und zu betreuenden Menschen Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben. Die Pflegedokumentation unterliegt dem Datenschutz. Sofern eine elektronische Dokumentation verwendet wird, sind die besonderen Sicherheits- und Schutzmaßnahmen zu beachten.« In der Weiterentwicklung der Formulierung wird deutlich, dass die ältere Fassung für die Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bindend war, während die jüngere Fassung zusätzlich die Berufsangehörigen der Altenpflege einbezieht.

Sanktioniert sind diese Regelungen laut § 9 der Bremer Berufsordnung. »Ordnungswidrig [...] handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig [...] 4. entgegen § 5 Nummer 2 Buchstabe d die eigenverantwortliche Pflegetätigkeit nicht, nicht vollständig oder nicht unverzüglich dokumentiert«. In der Folge der Regelungen des Gesundheitsdienstgesetzes der Freien Hansestadt Bremen können diese Ordnungswidrigkeiten mit Geldbußen von bis zu 15.000 € geahndet werden.

Saarland

In der saarländischen Verordnung aus dem Jahre 2007 wird die Thematik Berufsaufgaben in § 4 (3) Buchstabe a) geregelt. »Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege« lautet der entsprechende Absatz.

Detaillierter formuliert § 5 Nummer 5 unter der Überschrift »Dokumentationspflicht«: »Pflegefachkräfte haben ihre eigenverantwortliche Pflegetätigkeit sowie die Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung und der interdisziplinären Zusammenarbeit in strukturierter Form unter Verwendung eines entsprechenden Dokumentationssystems zu dokumentieren. Die Dokumentationen haben vollständig, zeit- und handlungsnah, leserlich und fälschungssicher signiert zu erfolgen. Das Dokumentationssystem hat allen am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Angehörigen anderer Berufsgruppen zugänglich zu sein. Die Pflegedokumentation unterliegt dem Datenschutz gegenüber Dritten.«

§ 11 regelt die Sanktionsmöglichkeiten. »Eine Verletzung gegen die in dieser Berufsordnung ausgewiesenen Berufspflichten und eine hiernach zu ahndende Ordnungswidrigkeit liegt vor, wenn die Pflegefachkraft vorsätzlich oder fahrlässig [...] 4. der in § 5 Nr. 5 ausgewiesenen Dokumentationspflicht nicht oder nicht vollständig oder nicht zeit- und handlungsnah nachkommt« (§ 11 (1)). Weiter heißt es »Eine Verletzung gegen die Berufspflichten kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.« (§ 11 (2))

Hamburg

Diese Regelung stammt aus dem Jahr 2009. § 4(1) Satz 2 bildet wieder die allgemeine Grundlage: »Als Pflegefachkräfte sind sie [...] verantwortlich für die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs sowie für Planung,

Organisation, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege.«

Die spezielle Berufspflicht laut § 5 Nummer 2 Buchstabe e) ist die Dokumentationspflicht. »Pflegefachkräfte haben die von ihnen erbrachte Pflegetätigkeit in strukturierter Form zu dokumentieren; hierzu wird ein im Arbeitsbereich installiertes Dokumentationssystem verwendet; die Dokumentationen erfolgen ausreichend, zeit- und handlungsnah, leserlich und werden fälschungssicher unterschrieben; das Dokumentationssystem muss allen am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Angehörigen anderer Berufsgruppen im Rahmen des Behandlungs- oder Betreuungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen zugänglich sein; die Pflegefachkräfte haben den Pflegebedürftigen auf deren Verlangen Einsicht in die sie betreffenden Krankenunterlagen zu gewähren; auf Verlangen sind den Pflegebedürftigen Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben; die Pflegedokumentation unterliegt dem Datenschutz; sofern eine elektronische Dokumentation verwendet wird, sind die besonderen Sicherungs- und Schutzmaßnahmen zu beachten,«

»Bei vorsätzlicher oder fahrlässiger Verletzung der [...] Berufspflichten ist [...] zu prüfen, ob damit die Voraussetzungen für die Erlaubnis zum Führen der [...] Berufsbezeichnungen nicht mehr vorliegen und die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung zu widerrufen ist« (§ 10 Satz 1) ist die Sanktionierung in der Hamburger Regelung.

Sachsen

In Sachsen wurde die Berufsordnung 2012 gesetzlich verabschiedet. Die Thematik Dokumentation wird hier in einem eigenen Paragraphen geregelt. »Pflegefachkräfte haben die von ihnen erbrachte Pflegetätigkeit in strukturierter Form zu dokumentieren. Die Dokumentationen haben vollständig, nachvollziehbar, zeit- und handlungsnah, leserlich