

Zuständigkeit Pflegeüberleitungsbericht

Bei uns ist gerade eine kontroverse Diskussion über die Inhalte des Pflegeüberleitungsberichts. Sollen die Diagnose und die Medikamente in den Bericht übernommen werden? Der Arzt unterschreibt den Bericht nicht. Er wird von der Pflege unterschrieben. Ich bin der Meinung diese Daten gehören in den Arztbrief. Das Abschreiben der Medikamente am Entlasstag birgt eine große Fehlerquelle. Der Arzt schreibt in den Arztbericht eine andere Dosierung etc. Des Weiteren finde ich, dass die Diagnose in den Arztbrief gehört und nicht in Pflegeüberleitungsbericht. Deshalb Frage: Mit Diagnose und Medikamente oder ohne Diagnose und Medikamente. Welche rechtliche Konsequenz hat dies, wenn die Pflegekraft dies einträgt?

Beantwortet am 26.07.2012 von CNE.experte Knut Happe

Sie streiten darüber ob Sie medizinische Sachverhalte, welche der Hoheit des behandelnden Arztes unterliegen, in Ihrem Pflegeüberleitungsbericht aufnehmen oder nicht. Die Antwort darauf fällt durch die Unkenntnis Ihrer Abläufe nicht leicht und Sie führen aus, dass der Arzt den Pflegeüberleitungsbericht nicht mitzeichnet. Grundsätzlich aber muss für jeden zu entlassenden Patienten ein (medizinischer) Entlassbericht gefertigt werden. Dieser enthält neben anamnestischen Daten die medizinischen Diagnosen, die abgelaufenen Prozeduren, die letzte Medikation sowie ggf. Empfehlungen für die Fortführung der Therapie. Doch auch für Patienten, welche im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter pflegebedürftig sind, sollte unbedingt ein pflegerischer Überleitungsbericht erstellt werden, damit eine lückenlose pflegerische Versorgung sichergestellt werden kann.

Wenn Sie über medizinische Diagnosen diskutieren, fragen Sie sich doch einmal welchen pflegerischen Informationsgewinn Sie erzielen wollen. Wären die pflegerischen Diagnosen nicht viel informativer? Aus meiner Sicht spielen die medizinischen Diagnosen vor den Pflegediagnosen eine untergeordnete Rolle. Wesentlich für Sie ist es, den weiterpflegenden Einrichtungen die wesentlichen Informationen zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens und zur Unterstützung der Therapie zu vermitteln. Also welche Unterstützung braucht der Patient zum Aufstehen, sich Waschen oder Kleiden, zur Nahrungsaufnahme. Dabei werden Sie sicher auch auf eine Knie-TEP hinweisen, wenn diese seine Mobilität gerade einschränkt. Ebenso müssen die weiterpflegenden Kollegen wissen, ob der Patient z.B. ein Ileostoma hat und wie er damit zurechtkommt, eher aber nicht ob dies durch eine totale oder subtotale Kolektomie aufgrund eines Kolonkarzinoms entstanden ist.

Die Diskussion um die Übergabe der Medikation geht noch in eine etwas andere Richtung. Hierzu werden Sie sicherlich darstellen, ob der Patient zur Einnahme seiner Medikamente Hilfestellung oder gar Aufsicht benötigt, auch ob die Medikamente für ihn verträglich waren oder sie ihre klinische gewünschte Wirkung erzielt haben. Auch werden Sie Ihre Kollegen in anderen Pflegeeinrichtungen darüber informieren müssen, ob und wie der Patient z.B. sein Insulin appliziert. Dazu könnte es hilfreich sein die letzte Medikation der Patientenkurve zu entnehmen, ebenso ein Hinweis auf benötigte Bedarfsmedikationen.

Aus rechtlicher Sicht betrachtet geht es um persönliche Daten, also Datenschutz und um Kompetenz- bzw. Haftungsfragen. Sie tragen die volle Verantwortung für Ihr Handeln. Egal ob es um Diagnosen, Pflegediagnosen oder Medikationen geht. Für die Richtigkeit dieser übergebenen Daten können Sie haftbar gemacht werden, wenn sie von den ärztlichen Dokumentationen abweichen und Schäden entstehen. Dies gilt im Übrigen auch für rein pflegerische Angaben, wie z.B. das Verschweigen von Dekubitalulcerationen. Aus diesem Grund ist die Diskussion über die Inhalte eines pflegerischen Überleitungsberichtes zumindest einmal in der Ebene der Pflegedienstleitung bzw. -direktion angesiedelt. Darüber hinaus, sieht ein Krankenhausbehandlungsvertrag nicht die Entbindung von der Schweigepflicht, z.B. im Rahmen von pflegerischen Überleitungen vor, so sollten Sie den pflegerischen Überleitungsbericht nach Möglichkeit vom Patienten durch seine Unterschrift legitimieren lassen, um nicht gegen das Datenschutzgesetz zu verstoßen.

Fazit: Pflegerische Überleitungsberichte legen den Schwerpunkt auf pflegerische Interventionen, weniger auf die medizinische Diagnose. Bei der Medikation wird die Applikation und Verträglichkeit eher fokussiert als die Dosierung.

Pflegeanamnese bei Patienten mit regelmäßiger Wiederbehandlung

Zurzeit bin ich Gruppenleitung auf einer onkologischen Station. Viele unserer Patienten kommen oft nur für 1-2 Tage und erhalten geplant Chemotherapie. Diese Patienten kommen zu Fuß und verrichten alle ATLS selbstbestimmt und eigenständig. Nun meine eigentliche Frage: Muss ich wirklich bei allen Patienten bei jedem Aufenthalt (meist alle 2-3 Wochen Wiederaufnahme) eine Pflegeanamnese durchführen? Viele Patienten belächeln das und fragen auch oft, ob wir nichts anderes zu tun hätten. Mir ist dabei klar, dass es um die Einschätzung einer Hilfsbedürftigkeit geht, aber wenn Patienten geplant, in sehr gutem bis gutem Allgemeinzustand wiederkommen, wird dann wirklich jedes Mal eine neue Pflegeanamnese benötigt?

Beantwortet am 30.05.2011 von CNE.experte Sandra Bensch

Sie sind grundsätzlich dazu verpflichtet, den Ist-Zustand jeder Person, egal ob Erst- oder Wiederaufnahme, zu erfassen, um den Pflegeprozess einzuleiten. Dafür gibt es mit Sicherheit Verfahrensregeln in Ihrem Haus, die auf verschiedenen Paragraphen des fünften Sozialgesetzbuchs basieren, unter anderem §§ 135a und 137. Alle Mitarbeiter sind zur Einhaltung der Verfahrensregeln verpflichtet. Die Pflegenden sind außerdem an die Aufgabenbereiche des Paragraphen 3 Abs. 2 KrPflG gebunden. Dort wird der Pflegeprozess in seinen Bestandteilen explizit aufgeführt.

Ich kann verstehen, dass Sie nicht nach (überwiegend) statischen Daten wie Name, Geburtsdatum, Bezugsperson etc. fragen. Aber in den verschiedenen Lebensaktivitäten wie „Sich sauberhalten und kleiden“ (dort gehört unter anderem die Mundpflege mit hinein, bei Patienten, die Zytostatika erhalten, kann es zu Veränderungen der Mundschleimhaut kommen), „Essen und Trinken“ (Veränderungen der Nahrungsart und -menge durch Schmerzen im Mundbereich, Übelkeit, Erbrechen führen zur Gewichtsabnahme), „Ausscheiden“ (wenig Flüssigkeitsaufnahme kann zu hochkonzentriertem Urin oder Obstipation führen), „Schlafen“ (Fatigue kann sich auf die Bewältigung aller anderen Lebensaktivitäten auswirken sowie zu einer Aufhebung des Tag-Nacht-Rhythmus führen) kann es zu Veränderungen innerhalb kürzester Zeit kommen.

Mit Sicherheit sind Ihnen als Gruppenleitung einer onkologischen Station alle aufgeführten Beispiele bekannt. Ich wollte Ihnen demonstrieren, wie die Faktoren wie eine Art „Mobile“ zusammenhängen. Verändert sich ein Faktor, hat dies Auswirkungen auf andere.

Ich empfehle Ihnen, den Patienten zu erklären, warum Sie

bestimmte Fragen immer wieder stellen wollen. Das kann dazu führen, dass die Patienten Zusammenhänge erkennen, da sie unter Umständen Wissen erhalten, das sie vorher gar nicht hatten. Außerdem tun Sie etwas für die Professionalisierung der Pflege, wenn Sie den Patienten aufzeigen, dass Sie die Daten für den weiteren Pflegeprozess benötigen. Schließlich belächeln die Patienten auch nicht die Ärzte, wenn diese zum Wiederaufnahmegespräch ins Zimmer kommen.

Oftmals müssen Sie Dinge gar nicht abfragen, sondern sehen eventuell bereits, dass Patienten im Erzählen stocken oder auf ein anderes Thema springen, weil ihnen etwas unangenehm ist. Oder Sie nehmen es durch deren Mimik und Gestik wahr. Dann müssten Sie sich an die Informationen schrittweise herantasten, wenn Sie das Gefühl haben, dass es für den Pflegeprozess relevant ist. Da fällt mir noch der Bereich „Sterben“ ein, der gerade auf Ihrer Station eine besondere Bedeutung hat. Wie wirkt es sich zum Beispiel auf einen Menschen aus, wenn er weiß, dass diese stationäre Aufnahme der letzten Zytostatika-Phase dient - bei bestehender schlechter Prognose?

Abschließend möchte ich auf den nationalen Expertenstandard „Ernährungsmanagement“ aufmerksam machen, der gerade aus pflegerischer Perspektive für Ihre Station eine Rolle spielt. Die Patienten, die zu Ihnen kommen, haben eine maligne Diagnose, leider, sonst kämen sie nicht auf eine onkologische Station. Eine (oftmals nur augenscheinliche) Selbständigkeit hilft darüber hinwegzutäuschen, dass diese Menschen aus Angst vor Leistungs- und Lebensverlust den Boden unter den Füßen zu verlieren. Ich bin davon überzeugt, dass Patienten häufig gar nicht so selbständig sind, wie sie uns Pflegenden glauben machen wollen.

Links:

- Sozialgesetzbuch. Online abrufbar unter: www.sozialgesetzbuch.de (zuletzt geprüft am 18.07.2014)
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege. Online abrufbar unter: www.gesetze-im-internet.de (zuletzt geprüft am 18.07.2014)
- Expertenstandard Ernährungsmanagement. Online abrufbar unter: www.dnqp.de (zuletzt geprüft am 18.07.2014)

Formular für somatische Station

Wir sind ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit den Fachbereichen Psychiatrie, Chirurgie (Unfall-, Visceralchirurgie und Endoprothetik), Innere Medizin (Schwerpunkte: Kardiologie, Gastroenterologie, Onkologie) und Geriatrie. Im Zuge der Überarbeitung von Formularen für unsere somatischen Stationen erstellen wir zurzeit einen neuen Leistungsnachweis. Bei der Neufassung des Formulars entstanden Fragen: Ist das Formulieren von Pflegezielen für Stationen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von wenigen Tagen sinnvoll? Welche Details sollten formulierte Pflegeziele aufweisen? Sind die Formulierungen „Der Patient fühlt sich gepflegt“ im Zusammenhang mit der Körperpflege ODER „Der Patient erleidet keine Hautschäden“ bei Bewegung und Dekubitusprophylaxe ODER „Der Patient wird entsprechend seiner Ressourcen gefördert und gefordert“ ausreichend? Welche Konsequenzen kann der Verzicht auf das Formulieren von Pflegezielen haben? Können alternativ Pflegeziele auch an anderer Stelle als bei der patientenbezogenen Dokumentation hinterlegt sein?

Beantwortet am 15.04.2013 von CNE.experte Inge Eberl

1 Ja, es ist sinnvoll, sobald die Patienten pflegerischen Hilfebedarf haben. Wichtig ist nicht nur was getan wird, sondern warum und mit welchem Erfolg.

2 Im akutstationären Bereich sollten immer vorrangig die nächst erreichbaren Ziele formuliert werden. Wichtig ist auch darzustellen, ob der Patient aktiviert und/oder gefördert wird. Ebenso, ob ein Zustand erhalten bleiben soll.

Einige Beispiele: Die Eigenaktivität ist erhalten, die Eigenaktivität ist gefördert, der Patient fühlt sich wohl, die Körperhygiene ist gewährleistet, der physiologische Hautzustand ist erhalten, das Wohlbefinden des Patienten ist gefördert, soziale Kontakte und Kommunikation mit anderen Mitpatienten, Pflegepersonen, Angehörigen sind ermöglicht, der Patient fühlt sich sicher, Eigenaktivität und Mobilität sind durch Training stufenweise gefördert, die Integrität der Haut ist wiederhergestellt.

3 Der Pflegeprozess ist nicht abgebildet, es ist keine Ergebnismessung möglich, es wird nicht dargestellt, dass Ziele verfolgt werden, die je nach Patientenzustand unterschiedlich sind. Bei Pflegekomplexmaßnahmen-Score-Prüfungen (PKMS-Prüfungen) durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen kann es zu Argumentationsproblemen kommen. Es entspricht nicht den Anforderungen nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (im Link beigefügt) und es entspricht nicht den Qualitätsanforderungen §§135-137 Fünftes Sozialgesetzbuch.

4 Bei bestimmten Patientenzuständen, zu denen Pflegestandards erstellt werden können, können auch hier die entsprechenden Pflegepläne und damit auch Ziele hinterlegt sein.

Links:

- Bundesministerium der Justiz. Informationen zum Gesetz über die Krankenpflege. Berlin: 2003. Online einsehbar unter: www.gesetze-im-internet.de (zuletzt geprüft am 11.06.2014)

Pflegeanamnese bei Patienten mit regelmäßiger Wiederbehandlung

Da es bei uns immer wieder zu Diskussionen über den Inhalt der Intensivpflegedokumentation kommt, möchte ich Sie fragen, was gehört eigentlich in die Pflegedokumentation einer Intensivstation. Können Sie mir Quellen benennen?

Beantwortet am 29.07.2014 von CNE.experte Birgit Brand-Hörsting

Für die Dokumentation im Intensivbereich gilt die gleiche Zielsetzung, wie in allen anderen Pflegebereichen. Die Dokumentation soll:

- Professionelle, systematische, aktualisierte und auf den Pflegebedürftigen bezogene individuelle Pflege nachweisen
- Kontinuität und Organisation der Pflege durch übersichtliche, konkrete und vollständige Verlaufsdarstellung sichern
- Intra- und interprofessionelles Kommunikationsmittel darstellen
- Leistungsgeschehens intern und extern abbilden
- Pflegerische Leistung rechtssicher nachweisen

Im Bereich der Intensivpflege sollten die folgenden Schwerpunkte in der Dokumentation abgebildet werden:

- Aufnahmestatus
- Krankenbeobachtung / Veränderungen
- Verlauf der Vitalparameter
- Spezifische Parameter der Beatmung
- Pflegeintervention zur Grundpflege
- Pflegeintervention zur Behandlungspflege
- Ärztliche Kommunikation / Anordnungen
- Verlauf der Pflege
- Gerätepflege

Quellen:

- CNE Management, B. Winterroth, Recht: Dokumentation, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 4.13
- (2) CNE.magazin. J. Maier, Mehr Schutz als Fessel, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 5.10
- (3) CNE.fortbildung. R. Sträßner, Pflegedokumentation juristisch betrachtet, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1.10, Lerneinheit 4
- (4) Anforderungsprofil für in der Intensivpflege tätige Pflegedienste, Arbeitskreis häusliche Intensivpflege des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), März 2009