

Faktencheck Pflegedokumentation

MYTHOS 10

„In jeder Schicht muss ein Eintrag in den Pflegebericht erfolgen!“

Haben Sie diese Aussage so oder so ähnlich schon einmal gehört? Falls ja, was haben Sie gemacht? Vermutlich das, was verlangt wurde: nämlich etwas in den Pflegebericht geschrieben – auch, wenn in der Schicht nichts Besonderes geschehen ist. Das Ergebnis: Im Pflegebericht landen Inhalte, die wenig Relevanz bzgl. des Zustands der versorgten Person haben. Die Eintragungen bestehen oft aus Floskeln oder sind zu ungenau.¹

Da stellt sich die Frage: Ist es überhaupt nötig, den Pflegebericht täglich und in jeder Schicht zu führen?

Wahrheitsgehalt

Es gibt keine gesetzliche Vorgabe, die fordert, in jeder Schicht einen Eintrag in den Pflegebericht zu erstellen.

Handlungsempfehlung für die Praxis

Nur Tätigkeiten und Maßnahmen, die von der geplanten Versorgung abweichen sowie Besonderheiten und akute Ereignisse sind im Pflegebericht zu dokumentieren. Empfehlenswert sind kurze und knappe Einträge, die frei von jeglicher Wertung formuliert sind.^{1,2}

Voraussetzung ist, dass nach der strukturierten Informationssammlung (SIS)/Anamnese, der daraus erstellten Maßnahmenplanung sowie einer Verständigung zwischen der Pflegefachperson und der versorgten Person gearbeitet wird.²

Fazit: Haben Sie Mut, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und dokumentieren Sie nur das Nötigste.

Kontakt

Bitte teilen Sie uns Ihre Fragen, Anregungen und Ergänzungen zum Faktencheck Pflegedokumentation mit!

✉ ikp@lfp.bayern.de



Faktencheck Pflegedokumentation

Quellen:

¹ Stiller, M. (2019). Pflegebericht – Frei von Werturteilen.
In: Altenpflege-Online. Ausgabe 05/2019. S. 36-39.

² Projektbüro Ein-STEP:

Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells
in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege,
online im Internet unter: <https://www.ein-step.de/schulungsunterlagen>, abgerufen am 24.01.2025