

Angela Paula Löser

# Pflegeberichte endlich professionell schreiben

Tipps und Vorschläge für Mitarbeiter  
in stationären Altenpflegeeinrichtungen

5., aktualisierte Auflage

PFLEGE

*kolleg*



S

schlütersche

Angela Paula Löser

# Pflegeberichte endlich professionell schreiben

5., aktualisierte Auflage

PFLEGE

*kolleg*

Tipps und Vorschläge für Mitarbeiter  
in stationären Altenpflegeeinrichtungen

schlütersche

---

Dr. phil. **Angela Paula Löser** ist Diplom-Pädagogin, Lehrerin für Pflegeberufe und Leiterin eines eigenen Fortbildungsinstitutes in Duisburg.

*»Qualität ist kein Zufall;  
sie ist immer das Ergebnis  
angestregten Denkens.«*

JOHN RUSKIN (1819–1900)



**Die Autorin**

Dr. phil. Angela Paula Löser  
Altenbrucher Damm 83  
47269 Duisburg

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-310-9 (Print)

ISBN 978-3-8426-8461-4 (PDF)

**© 2013 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | glcons.de

Titelbild: eyeware-fotolia.com

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck: Druck Thiebes GmbH, Hagen

# INHALT

<b>Vorwort zur 1. Auflage</b> .....	13
<b>Einleitung</b> .....	15
<b>1 Der »Pflegerbericht« – Versuch einer Begriffserklärung</b> .....	16
1.1 Vergleichbare Terminologie .....	16
<b>2 Was heißt eigentlich »professionell dokumentieren«?</b> .....	17
2.1 Merkmale einer professionellen Pflegeberichterstattung .....	18
2.1.1 Schriftliche Darstellung .....	19
2.1.2 Sachliche Beschreibung .....	21
2.1.3 Aussagefähigkeit und Wertfreiheit des Pflegeberichts	22
2.1.4 Verwendung globaler Aussagen .....	25
2.1.5 Lesbarkeit .....	27
2.1.6 Verständliche, nachvollziehbare Formulierungen und die Bedeutung der Fachsprache im Pflegebericht ...	27
2.1.7 Zielgruppenorientierung .....	29
2.1.8 Ergebnisorientierung .....	30
2.1.9 Interpunktueller Verknüpfung: Bezugnahme auf den Vorbericht .....	30
2.1.10 Orientierung am Pflegeprozess .....	32
2.1.11 Kontinuität .....	33
2.1.12 Berücksichtigung juristischer Rahmenbedingungen ....	35
2.1.13 Rechtliche Vorschriften .....	36
<b>3 Die Bedeutung des Pflegeberichts – Welche Gründe sprechen für eine korrekte und angemessene Berichterstellung?</b> .....	37
3.1 Das Ziel einer fachlich hochwertigen, professionellen Leistung ..	37
3.2 Eine Maßnahme der Qualitätssicherung .....	38
3.3 Darstellung der Entwicklung des Bewohners in der realen, täglichen Pflegesituation .....	41
3.4 Darstellung des tatsächlichen Pflegezeitaufwands – Unterstützung bei der Eingruppierung in eine Pflegestufe .....	42
3.5 Höhere Zufriedenheit der Betroffenen .....	44
3.6 Juristische Absicherung der Pflegenden .....	45
3.7 Strukturhilfe bei der Evaluation der Pflegeplanung .....	47
3.8 Strukturhilfe bei der Durchführung der Pflegevisite .....	48
3.9 Hilfe zur Förderung der Kommunikation im Pflegeteam und im interdisziplinären Team .....	49

3.10	Instrument zur Begründung der Durchführung oder Unterlassung von Pflegemaßnahmen .....	51
3.11	Dokumentation bei Erweiterung von Maßnahmen und bei höherem Zeitaufwand .....	52
3.12	Dokumentation bei Reduzierung/Wegfall von Maßnahmen ....	53
3.13	Der Pflegebericht als Pflegeplanungsersatz bei kurzfristigen Problemen und Erkrankungen .....	55
3.14	Der Pflegebericht als integraler Bestandteil der Pflegeplanung ..	55
3.15	Der Pflegebericht als Möglichkeit zur Selbstvergewisserung und -reflexion .....	58
3.15.1	Detaillierte Dokumentation stigmatisierender Begriffe	59
3.15.2	Überprüfung der eigenen Verhaltensweisen .....	60
3.16	Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege gemäß §§ 112, 114 SGB XI .....	61
<b>4</b>	<b>Der Unterschied zwischen mündlicher und schriftlicher Berichterstattung .....</b>	<b>63</b>
<b>5</b>	<b>Wie wird der Pflegebericht geschrieben? .....</b>	<b>64</b>
5.1	Stil .....	64
5.2	Abkürzungen .....	65
5.3	Fachbegriffe .....	66
5.4	Diagnosen, pflegebegründende Diagnosen, Pflegediagnosen ....	67
5.5	Erschwerisfaktoren .....	70
5.6	Erkennbare Signatur .....	72
5.7	Farbsignale .....	73
5.8	Markierung von Besonderheiten .....	73
5.9	Strukturierung und Kategorisierung von Berichtseinträgen ....	73
5.9.1	Möglichkeiten, in der Papierdokumentation Einträge zu kategorisieren (Kategorien zu bilden) .....	74
5.9.2	Möglichkeiten, in der EDV-gestützten Dokumentation Einträge zu kategorisieren (Kategorien zu bilden) .....	76
5.10	Klärende Fragen vor der Niederschrift .....	76
5.10.1	Was will ich schreiben? Was ist mir wichtig? Was ist für die übrigen Pflegenden wichtig? .....	77
5.10.2	An wen richtet sich meine Eintragung? .....	77
5.10.3	Wie soll ich schreiben, damit der »Leser« meinen Bericht versteht? .....	78
5.10.4	Wie ausführlich muss ich schreiben, damit mein Bericht verständlich ist? .....	78

	5.10.5 Welche Absichten verfolge ich mit der Eintragung? Was ist mein Ziel? .....	79
<b>6</b>	<b>Wer schreibt den Pflegebericht? .....</b>	<b>80</b>
	6.1 Zuständigkeiten oder Verantwortungsbereiche .....	80
	6.2 Examierte Pflegefachkraft .....	81
	6.3 Durchführende Pflegefachkraft .....	81
	6.4 Beauftragte Pflegekraft .....	82
	6.5 Pflegehilfskräfte (nicht examinierte Mitarbeiter) .....	82
	6.6 Mitglieder des interdisziplinären Teams .....	83
	6.7 Mitarbeiter der Sozialen Betreuung .....	84
<b>7</b>	<b>Wann sollte der Pflegebericht geschrieben werden? .....</b>	<b>85</b>
	7.1 Zeitnahe Dokumentation .....	85
	7.2 Dokumentation nach Durchführung mehrerer Tätigkeiten .....	86
	7.3 Dokumentation vor der Übergabe .....	86
	7.4 Dokumentation nach mehreren Tagen .....	88
<b>8</b>	<b>Wie oft sollte der Pflegebericht geschrieben werden? .....</b>	<b>89</b>
	8.1 Angaben in der »Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation« .....	89
	8.2 Überlegungen zu einer professionellen Antwort .....	91
	8.3 Angaben in der Literatur .....	92
	8.4 Empfehlungen .....	93
<b>9</b>	<b>Der Pflegebericht – Vorteile und Probleme in den verschiedenen Pflegeorganisationsformen .....</b>	<b>94</b>
	9.1 Der Pflegebericht in der Funktionspflege .....	94
	9.1.1 Wer schreibt den Pflegebericht in der Funktionspflege? .....	96
	9.2 Der Pflegebericht in der Bereichspflege .....	96
	9.2.1 Wer schreibt den Pflegebericht in der Bereichspflege? .....	97
	9.3 Der Pflegebericht in der Bezugspflege .....	97
	9.3.1 Wer schreibt den Pflegebericht im Bezugspflegesystem? .....	97
	9.4 Der Pflegebericht beim Primary Nursing .....	98
	9.4.1 Wer schreibt den Pflegebericht beim Primary Nursing-System? .....	98
<b>10</b>	<b>Der Pflegebericht in den verschiedenen Schichten .....</b>	<b>99</b>
	10.1 Der Pflegebericht im Frühdienst .....	99
	10.2 Der Pflegebericht im Spätdienst .....	100
	10.3 Der Pflegebericht im Nachtdienst .....	101



<b>11</b>	<b>Was wird im Pflegebericht dokumentiert und warum? . . . . .</b>	<b>104</b>
11.1	Beschreibung des aktuellen Befindens des Bewohners . . . . .	105
11.1.1	Aussagen zum Wohlbefinden bzw. Abwehrverhalten . . . . .	106
11.1.2	Spezifische Aussagen zur Palliativsituation . . . . .	115
11.1.3	Der Pflegebericht als Instrument zur Darstellung des geäußerten oder gezeigten Willens des Bewohners . . . . .	119
11.2	Darstellung der Reaktion des Bewohners auf die durchgeführte Pflege . . . . .	122
11.3	Beschreibung der Entwicklung eines bestimmten Pflegeproblems	123
11.4	Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen, Zwischenfälle	124
11.5	Modifikation der Pflegeplanung nach wiederholtem Auftreten eines Pflegeproblems . . . . .	128
11.6	Ereignisse mit direkter Auswirkung auf den Bewohnerzustand oder dessen Versorgung . . . . .	129
11.7	Abweichung der Pflegedurchführung von der Planung . . . . .	129
11.8	Kooperation mit Schnittstellen . . . . .	130
11.9	Darstellung von Orientierungsstörungen . . . . .	131
11.10	Zusammenfassung von Fallbesprechungen . . . . .	133
11.11	Kommunikation mit den Angehörigen . . . . .	135
11.11.1	Absprachen und Kooperation . . . . .	135
11.11.2	Sammlung von Informationen bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen in der Kommunikation mit den Angehörigen . . . . .	136
11.11.3	Darstellung von Konflikten mit den Angehörigen . . . . .	137
11.12	Ergebnisse von Evaluationen . . . . .	139
11.13	Verknüpfungen mit den AEDL . . . . .	141
11.14	Wirkung von Interventionen . . . . .	143
11.15	Besondere gerontopsychiatrische Reaktionen . . . . .	145
11.16	Begründungen für Mehraufwand in der pflegerischen Handlung	148
11.16.1	Berücksichtigung eines zeitlichen Mehraufwandes bei der Berechnung der Pflegestufe . . . . .	150
11.16.2	Bedeutung der beschriebenen zeitlichen Aufwendungen für die Pflegestufeneingruppierung . . . . .	151
11.17	Sammlung von Daten innerhalb der ersten 14 Tage nach Aufnahme des Betroffenen . . . . .	152
11.18	Erkenntnisse zum Wohlbefinden bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen . . . . .	153

11.19	Der Pflegebericht im Handlungsfeld der sozialen Betreuung . . . .	156
11.19.1	Beschreibungen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI/§ 87b . . . . .	156
11.19.2	Beschreibungen im Pflegebericht zu den Fragen des Screening-Verfahrens . . . . .	157
11.19.2	Wirkung der Aktivitäten der sozialen Betreuung . . . . .	170
11.19.3	Beschreibung der Maßnahmen nach § 87 b SGB XI und ihrer Wirkung . . . . .	171
11.20	Pflegeberichte im Kontext der Expertenstandards . . . . .	173
11.21	Information über den Abschluss einer Problemlösung . . . . .	182
11.22	Information über Problemtransfer in die Pflegeplanung . . . . .	185
<b>12</b>	<b>Was gehört nicht in den Pflegebericht?</b> . . . . .	<b>188</b>
<b>13</b>	<b>Der zusammenfassende Pflegebericht als Instrument zur Meta-Evaluation</b> . . . . .	<b>193</b>
13.1	Ziel der Zusammenfassung . . . . .	193
13.2	Vorgehen . . . . .	193
13.3	Häufig genannte Punkte in der Zusammenfassung . . . . .	194
13.4	Wer schreibt den zusammenfassenden Bericht? . . . . .	195
<b>14</b>	<b>Der Pflegebericht und seine Bedeutung innerhalb der Dokumentationsblätter</b> . . . . .	<b>196</b>
14.1	Der Pflegebericht als Instrument im Pflegeprozess . . . . .	196
14.2	Schnittstelle zur Pflegeplanung . . . . .	197
14.3	Schnittstelle zu den Leistungsnachweisen . . . . .	197
14.4	Schnittstelle zu den Reitern . . . . .	198
14.5	Schnittstelle zum Flüssigkeitsprotokoll/Trinkplan/Bilanzierungs- bogen . . . . .	199
14.6	Schnittstelle zum Lagerungsplan . . . . .	200
14.7	Schnittstelle zum Fixierungsbogen . . . . .	201
14.8	Schnittstelle zum Schmerzanalysebogen . . . . .	201
14.9	Der Pflegebericht als Vernetzungsinstrument . . . . .	202
<b>15</b>	<b>Wie wird mit dem Pflegebericht gearbeitet?</b> . . . . .	<b>204</b>
15.1	Vorbereitung und Nutzung des Pflegeberichts zu vernetzten Prozessen . . . . .	205
15.1.1	Bei der Übergabe . . . . .	205
15.1.2	Bei der MDK-Vorstellung . . . . .	205
15.1.3	Beim Widerspruch gegen eine MDK-Einstufung . . . . .	207
15.1.4	Bei der Arztvisite . . . . .	207

	15.1.5	Bei der Pflegevisite .....	208
	15.1.6	Bei Beschwerden von Angehörigen .....	210
	15.1.7	Bei juristischen Fragestellungen .....	212
<b>16</b>		<b>Beobachtungsparameter: Wie und was soll beobachtet werden? ..</b>	<b>215</b>
	16.1	Objektive Beobachtungsparameter .....	215
	16.1.1	Messinstrumente .....	216
	16.2	Subjektive Beobachtungsparameter .....	217
	16.2.1	Die Sinnesorgane als Messinstrumente .....	218
	16.3	Einzelbeobachtungen .....	218
	16.4	Vernetzung von Beobachtungen (Kumulation, Konstruktion und Interdependenz) .....	219
<b>17</b>		<b>Formulierungshilfen – Beispiele für bestimmte Situationen .....</b>	<b>221</b>
	17.1	Formulierungshilfen bei wechselnden Situationen/Zuständen/ Pflegezeiten .....	221
	17.2	Formulierungshilfen bei erhöhtem Pflegezeitaufwand .....	222
	17.3	Formulierungshilfen bei langfristig gleichbleibenden Zuständen .....	222
<b>18</b>		<b>Implementierung einer angemessenen Pflegeberichterstattung ..</b>	<b>224</b>
	18.1	Zielbeschreibung .....	224
	18.2	Prozessplanung .....	226
	18.2.1	Schulung .....	226
	18.2.2	Evaluation von Pflegeberichten in angeleiteten Kleingruppen .....	228
	18.2.3	Meta-Evaluation in der Lerngruppe .....	229
	18.2.4	Evaluationsgespräche im Dialog zwischen dem Pflegenden und dem Berater .....	229
	18.2.5	Vorstellung eines Pflegeberichts im Teamgespräch als Fallbesprechung .....	230
<b>19</b>		<b>Trainingsmöglichkeiten .....</b>	<b>231</b>
	19.1	Überprüfung des Pflegeberichts in mündlicher Form .....	231
	19.2	Überprüfung mittels Checkliste .....	232
	19.3	Überprüfung durch Fragen eines »kritischen Beobachters« .....	234
	19.4	»Kritische Beobachtung« durch einen Kollegen .....	236
	19.5	Überprüfung in der Pflegevisite .....	236

<b>20</b>	<b>Der professionelle Pflegebericht als Bestandteil im Qualitätsmanagement</b> .....	237
	20.1 Der Pflegebericht in der Begleitung durch einen Mentor .....	237
	20.2 Der Pflegebericht bei der Einführung neuer Mitarbeiter .....	238
	20.3 Der Pflegebericht in der Praxisanleitung .....	238
	20.4 Der Pflegebericht in der Stellenbeschreibung .....	239
	20.5 Der Pflegebericht im Qualitätsmanagementhandbuch .....	239
<b>21</b>	<b>Der Pflegebericht und seine Bedeutung in der Zukunft</b> .....	240
	21.1 Die DRGs und ihre Auswirkungen auf den Pflegebericht .....	240
	21.2 Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für den Pflegebericht .....	241
<b>22</b>	<b>Der Pflegebericht im Bereich von Führen und Leiten</b> .....	242
	22.1 Der Pflegebericht im Bewerbungsassessment .....	243
	22.2 Der Pflegebericht bei der Vereinbarung im Einstellungsgespräch .....	244
	22.3 Der Pflegebericht bei der Evaluation der Mitarbeiterentwicklung .....	245
	22.4 Der Pflegebericht bei Zielvereinbarungsgesprächen .....	246
	22.5 Literatur und Fortbildungen zum Thema »Pflegebericht« .....	247
	22.6 Hilfestellung bei Fragen und Problemen .....	248
	22.7 Sorge für ein angemessenes Pflegedokumentationssystem .....	248
	22.8 Sorge für geeignete Hilfsmittel .....	249
<b>23</b>	<b>Häufig aufgeführte und erkennbare Probleme im Pflegebericht und in der Berichterstattung</b> .....	250
<b>24</b>	<b>Möglichkeiten der Optimierung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung</b> .....	253
	<b>Anhang</b> .....	255
	<b>Literatur</b> .....	268
	<b>Register</b> .....	271

*Für meinen Mann Burkhard und für meine Tochter Franziska,  
die mir Tochter und Freundin zugleich ist.*

## VORWORT ZUR 1. AUFLAGE

Was hat mich dazu bewegt, dieses Buch zu schreiben? Seit nunmehr 20 Jahren wird in der Pflege die Umsetzung des Pflegeprozesses gefordert. Aus verschiedenen Gründen ist es Inhalt und Ziel der professionellen Aufgabenerfüllung von Gesundheits-, Krankenpflegerinnen und Altenpflegerinnen, den Bedarf, die Zielsetzung, die Art und Weise der Pflege und die Überprüfung schriftlich zu planen und zu überprüfen.

Dieser Mechanismus geschieht im Regelkreis der Pflegeprozessplanung. Die schriftliche Darstellung der Pflege wird inzwischen in vielen Einrichtungen durchgeführt, die Begründungen für bestimmte Maßnahmen sind erkennbar. Dieser sozusagen als Planung für die Zukunft durchgeführte Pflegeprozessanteil ist damit zum Alltag geworden. Anders sieht es vielfach mit dem Pflegebericht aus. In diesem soll der tägliche Daseinszustand und die Entwicklung des Bewohners unter der Wirkung der durchgeführten Pflege erkennbar werden. Durch die Dokumentation von Beobachtungen und kleinen Entwicklungsschritten kann die Evaluation, d. h. die Überprüfung der Wirksamkeit der Pflege, überhaupt erst ermöglicht werden.

Der Pflegebericht ist somit das Instrument zur Reflexion, zur kritischen Überprüfung der eigenen Arbeit, zur Erkenntnis der Modifikation der Pflege, zum Nachweis der Wirksamkeit und zur Rechtfertigung abzurechnender Leistungen.

So wie jeder Seemann seinen Kurs und seine Handlung unter Einsatz von Hilfsmitteln überprüft, seine Ergebnisse in Karten und Bücher einträgt, so muss auch die Pflege getragen sein von Bewertungen, Darstellungen und von der logischen Aneinanderreihung von Erkenntnissen zur Entwicklung des weiteren Prozesses.

Das geeignete Instrument zur Erfüllung dieser Aufgabe ist der Pflegebericht. Hier haben zahlreiche Einrichtungen in der Umsetzung der Strategie Probleme. Pflegenden wissen nicht, was sie beobachten sollen, was sie schreiben und wie sie es schreiben sollen. Sie erkennen nicht den Mechanis-

mus und die Wirkung des Pflegeberichts. Der Pflegebericht wird als Qual empfunden, als zusätzliche Aufgabe, die von der eigentlichen Pflege abhält. So ist es nicht verwunderlich, dass in den Pflegeberichten manchmal große Lücken erkennbar sind. Evaluation durch die Leitungen der Einrichtungen, Prüfungen durch den MDK oder die Aussagen von Gerichten im Falle einer Rechtsklage zeigen dann das Defizit auf.

Dieses Buch soll denjenigen helfen, die sich eine Orientierung zu den häufigsten Fragen bei der Berichterstattung wünschen und die manchmal ratlos vor dem Berichtsblatt stehen. Ich bin mir durchaus bewusst, dass ich vielleicht nicht alle Probleme gesehen, dass ich nicht alle möglichen Lösungen aufgezeigt habe, oder dass ich vielleicht auch einigen, schon sehr professionell berichtenden Kollegen den Eindruck vermittele, es funktioniert nirgendwo. Dem ist nicht so, doch es gibt viele, die Hilfe brauchen. Diese möchte ich mit diesem Buch leisten. Für konstruktive Vorschläge und Ergänzungen bin ich sehr dankbar!

Duisburg, im Februar 2007

Angela Paula Löser

## EINLEITUNG

Berichten über die Pflege, was ist daran schon neu?

Jedem, der in der Pflege einmal tätig war, scheint der Pflegebericht etwas Alltägliches, Gewohntes und Bekanntes zu sein. An dieser Empfindung ist nichts ungewöhnlich; sie ist verständlich. Pflegende haben sich stets gegenseitig Bericht erstattet. In Übergaben oder kurzen Gesprächen wurde Wichtiges über die Pflege oder über den Betroffenen ausgetauscht, Informationen wurden weitergegeben, Aufträge vermittelt oder Fragen gestellt. Diese Berichterstattung fand lange Zeit in mündlicher Form statt. Ein Nachweis über den Austausch der Informationen oder ein roter Faden, der sich durch alle aufeinander folgenden Berichte zieht, war wegen der mündlichen Form der Weitergabe jedoch nicht möglich. Die Qualität der Berichte, des Weitergegebenen und des Aufgenommenen war von den Beteiligten abhängig. Fehlte die geeignete Person oder war ein Pflegender am Werk, dem die entsprechenden Beobachtungs- und Beschreibungskriterien und Parameter nicht bekannt waren, veränderte sich die Qualität des Pflegeprozessberichts.

Eine schriftliche Berichterstattung ermöglicht es, den Zustand des Bewohners vor einigen Tagen nachzulesen, Veränderungen über einen Zeitraum zu erkennen und sich zu orientieren, z.B. hinsichtlich der Fragen: Was beobachten und dokumentieren die übrigen Pflegenden? Was ist wichtig? Worauf muss ich bei der Pflege achten? Wo ist der Bewohner gefährdet? Muss ich Maßnahmen durchführen, die bei der Übergabe nicht erwähnt wurden? Und viele anderen Fragen mehr.



# 1 DER »PFLEGEBERICHT« – VERSUCH EINER BEGRIFFSERKLÄRUNG

## 1.1 Vergleichbare Terminologie

Der Begriff Pflegebericht bedeutet übersetzt: ein Bericht über die Pflege. Weiter gefasst wäre auch zu sagen, dass der Pflegebericht eine Dokumentation über die Entwicklung des Bewohnerzustandes, seiner Probleme, seiner Ressourcen, seiner Befindlichkeit und Zufriedenheit ist. Alle für den Pflegeprozess relevanten Daten werden im Pflegebericht dokumentiert. Ein Bericht beschreibt immer eine bestimmte Situationen, einen bestimmten Verlauf oder ein bestimmtes Ergebnis. Hierbei werden auch ursächliche Faktoren oder Folgen beschrieben (soweit erkennbar!). Dabei werden im Bericht immer solche Informationen aufgeführt, die es dem Leser ermöglichen sollen, zu verstehen. So verknüpft der Bericht verschiedene Informationen. In einer Darstellung wird eine Situation oder ein Entscheidungsprozess in seinem jeweiligen Kontext (umgebenden Zusammenhang) beschrieben, damit derjenige, der die Situation nicht miterlebt hat, diese nachvollziehen kann. Es werden Fäden im »Jetzt« zum »Vorher« und zum »Später« oder »Nachher« geknüpft. So werden die Informationen im Pflegebericht eingebunden in einen Gesamtzusammenhang.

Im Pflegebericht soll der jeweilige Tag als ein Mosaiksteinchen in einem langen Pflegezeitraum, d.h. im Puzzle des gesamten Pflegezeitraums erkennbar sein. Die verschiedenen Beschreibungen oder die einzelnen Berichtsanteile sollen in logischer Konsequenz zu den vorherigen stehen und können manchmal auf spätere Zeiten verweisen (z.B. wenn Aufträge an weiterführende Schichten gegeben werden).

### Beispiel

Der Pflegebericht ist das Ergebnis der Dokumentation des Pflegeprozesses oder einer Handlung, einer Situationsbeschreibung oder eines Ergebnisses. Er beschreibt den Bewohnerzustand im Verlauf.

## 2

## WAS HEISST EIGENTLICH »PROFESSIONELL DOKUMENTIEREN«?

Es gibt verschiedene Arten etwas zu dokumentieren. Auch die Marktfrau, die beim Verkauf von Gemüse und Obst einer anderen in schillernden (manchmal übertreibenden) Worten und mit weitreichenden Ausschmückung etwas erzählt, dokumentiert ihre Erkenntnis, ihr Wissen von einer Situation und zeigt ihre gefühlsmäßige Einstellung zum Inhalt. Sie berichtet aber nur scheinbar etwas, denn in Wirklichkeit zeigt sie sich als »Märchen-erzählerin«, als »Unterhalterin«. Ziel ihres Berichts ist es nicht, das Gegenüber in einem möglichst sachlichen und genauen Umfang zu informieren. Ihr Ziel ist es, den Gesprächspartner zu interessieren, die eigene Wichtigkeit zu zeigen und zu demonstrieren, dass »sie Bescheid weiß«. Sie ist wer, sie ist wichtig.



### Erzählung/Klatsch

- Die eigene Darstellung steht im Vordergrund.
- Der Inhalt wird ausgeschmückt.
- Wertungen stehen im Mittelpunkt.
- Es geht um den Tratsch an sich.

### Bericht

- Sachliche Informationsdarstellung und Weitergabe.
- Auswahl notwendiger Informationen.
- Einhaltung juristischer Anforderungen.
- Der Berichtsinhalt steht im Mittelpunkt.

Abb. 1: Unterschiede zwischen Berichterstattung und erzählender Informationsweitergabe.

Um einen derartigen Bericht geht es beim Pflegebericht nicht. Weder der Berichterstattende noch der Lesende ist die Hauptperson, um die es sich dreht. Der Bewohner ist der Mittelpunkt, der Bericht das Hilfsinstrument, um Informationen zu vermitteln. So unterscheidet sich der Pflegebericht in vielerlei Hinsicht von dem Bericht der Marktfrau. An einen professionellen Pflegebericht werden verschiedene Erwartungen gestellt.

## 2.1 Merkmale einer professionellen Pflegeberichterstattung

Der Begriff »professionell« ist an die jeweilige Berufsgruppe gebunden. Profession hängt mit der Erfüllung einer kompetenten, qualifizierten Rolle in einem bestimmten Beruf zusammen. »Professionell dokumentieren bedeutet: die richtigen Informationen mit den geeigneten Mitteln an den richtigen Kommunikationspartner verständlich und leserlich zu übermitteln« (Weiß 2000:7).

Ziel der professionellen Dokumentation ist es:

- Handlungsweisen, Verhaltensweisen und Entscheidungen transparent zu machen,
- Absprachen, Anweisungen, Vereinbarungen, Empfehlungen und Verpflichtungen in ihrer Ausführung und in ihrer nachfolgenden Wirkung zu überprüfen,
- Zustände, Abläufe und Vorgehensweisen nachvollziehbar darzustellen,
- den Informationsaustausch zwischen den einzelnen Mitarbeitern des Pflorgeteams und des interdisziplinären Teams zu fördern und zu ermöglichen,
- durch Erfüllung der Anforderungen an eine gute Dokumentation den gesetzlichen und pflegewissenschaftlichen Anforderungen an eine professionelle Pflege nachzukommen.

## Beispiel

»Anforderungen an eine gute Dokumentation: Lesbarkeit, Verständlichkeit, Orientierung am Pflegeprozess, datiert, signiert, mit Tinte geschrieben, nicht verfälscht, kontinuierlich geführt, übersichtlich, wertneutral, aktuell.«<sup>1</sup>

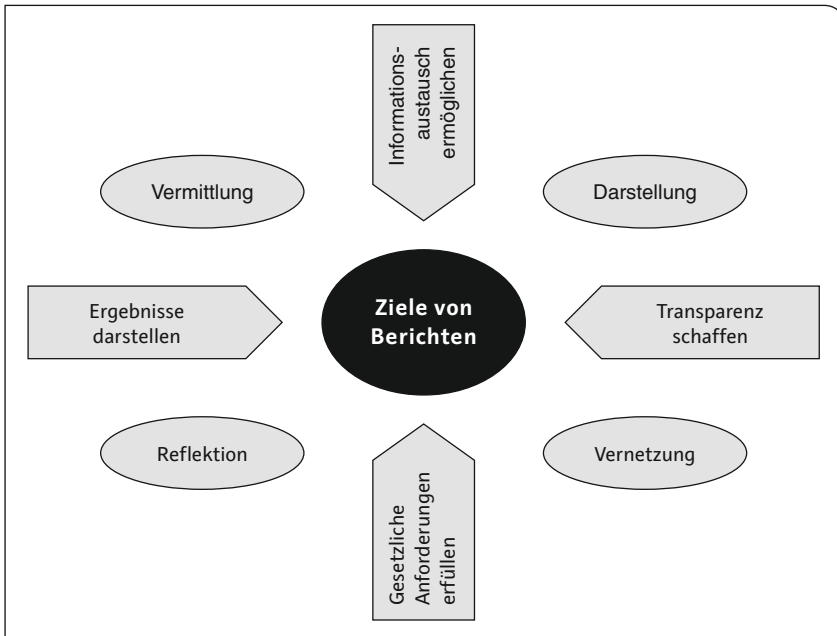


Abb. 2: Ziele von Berichten.

### 2.1.1 Schriftliche Darstellung

Neben der mündlichen Weitergabe von Kurzinformationen kann ein kontinuierlicher und umfassender Bericht nur schriftlich erfolgen. Der Zeitdruck in den Einrichtungen, die Tatsache, dass immer wieder Tätigkeiten unterbrochen werden müssen, weil andere Bewohner kurzfristig und dringlich

<sup>1</sup> Flumeri et. al 2003:5

der Hilfe bedürfen, die Unfähigkeit des menschlichen Gehirns, komplexe Zusammenhänge dauerhaft, sachlich und differenziert zu speichern, ohne diese der eigenen Bewertung und Interpretation (damit der Veränderung) zuzuführen, bedingen die Notwendigkeit der schriftlichen Berichterstattung. »Mit geschriebener Sprache lässt sich Wissen organisieren und zuverlässig transportieren. Gesprochenes ist Schall und Rauch. Geschriebenes aber bleibt und weist nach, welche Gedanken, Aussagen, Sachverhalte und Ereignisse in welchem Zusammenhang wichtig genug waren, um festgehalten zu werden« (Weiß 2000:11).

Damit haben schriftliche Berichte gegenüber mündlichen folgende **Vorteile**:

- Wissen kann dauerhaft und nachvollziehbar an andere weitergegeben werden.
- Informationen werden gesammelt, aufeinander bezogen, gegenübergestellt und ausgewertet.
- Informationen dienen als Gedankenstütze.
- Geschriebene Informationen lassen sich dauerhaft nachlesen, sind damit beweisbar und nachvollziehbar.
- Schriftliche Informationen werden vor der Niederschrift eher reflektiert als mündliche (so sollte es jedenfalls sein).

Beim Lesen der Literatur entsteht leicht der Eindruck, dass schriftliche Informationen gegenüber der mündlichen Informationsweitergabe nur Vorteile aufweisen. Dies ist in der Realität nicht so. Folgende **Nachteile** bestehen bei der schriftlichen Pflegeberichterstattung:

- Schreiber und Leser beschäftigen sich **nicht zur gleichen Zeit** mit der Materie.
- Der Schreiber weiß nicht im Voraus, welche **Fragen der Leser** haben wird und kann die Reaktionen im Vorfeld nicht erkennen. Er muss sich gewissermaßen schon beim Schreiben seiner Informationen in den Leser hineinversetzen und überlegen: Welche Inhalte können für den anderen wichtig sein? Kann er meine Ausführungen verstehen? Kann er erkennen, welche Ziele ich mit meinem Eintrag verfolge? Versteht er meine Empfehlungen? Benötigt er weitere Informationen?
- Der Schreiber weiß nicht, **ob oder wann** seine **Informationen gelesen werden**. Er kann sich somit nicht sicher sein, ob das, was er weitergeben will, dort, wo es ankommen soll, zu einem angemessenen Zeitpunkt

ankommt. Hier ist der am Dokumentationssystem befindliche Reiter sinnvoll. Er wird gezogen, damit bei der Übergabe z. B. erkennbar wird, dass in dieser Dokumentationsmappe und bei diesem Bewohner wichtige Informationen im Pflegebericht verzeichnet sind. (Viele EDV-Systeme haben eine elektronische Reiterfunktion.)

- **Sprache ist häufig mehrdeutig.** Bei der schriftlichen Darlegung können Sachverhalte häufig nicht so umfangreich und damit nicht so differenziert beschrieben werden, wie bei einer mündlichen Erläuterung.

## 2.1.2 Sachliche Beschreibung

Allein die Begriffswahl zeigt schon auf, dass es sich bei einem Bericht um die reine, möglichst ungefärbte Darstellung von Sachinformationen handelt. Nicht ohne Grund bezeichnet man diesen Teil des Pflegeprozesses als Bericht und nicht als Pflege-**Erzählung**.

Ein Bericht ist die sachliche Wiedergabe eines Vorgangs. Demnach ist es die kommunikative Hauptaufgabe eines Berichts, wertfrei und sachlich zu informieren. »Häufig werden Berichte nicht nur dazu genutzt, um Informationen einzuholen. Vielmehr kann auch mit Hilfe der Informationen fehlendes Wissen eingeholt werden. Entscheidungen lassen sich so leichter treffen. Dient ein Bericht diesem Zweck, dann sollte der Autor nicht nur sachlich und ohne Wertung informieren. In diesem Fall sollten auch Empfehlungen, vielleicht sogar Appelle oder Angebote einfließen. So wird der Bericht um beeinflussende Textteile erweitert« (Weiß 2000:158).

Vergleichbare Terminologie:

- Jemand **berichtet** etwas.
- Jemand **schildert** eine Situation, eine Handlung.
- Jemand **gibt** einen Inhalt wieder.
- Jemand **erklärt** einem anderen etwas.
- Jemand **vermittelt** Informationen usw.

### 2.1.3 Aussagefähigkeit und Wertfreiheit des Pflegeberichts

Der Pflegebericht sollte möglichst objektiv und wertfrei geschrieben werden. Lassen sich Wertungen nicht vermeiden, müssen diese kenntlich gemacht werden, z. B.: »Meiner Meinung nach ...«, oder »Laut Tochter von Frau Meier ...« Wie der Begriff »Bericht« schon angibt, soll die Ausführung möglichst präzise und konkret sein.

Es ist jedoch in jedem Fall sinnvoller, die Beobachtungen, also die mit den Sinnesorganen aufgenommenen Wahrnehmungen, zu beschreiben: Was habe ich gehört? Was habe ich gesehen, was gefühlt? Was habe ich gerochen? Auf diese Weise reduziert sich die Gefahr der Interpretation und Fehldeutung.

Wenn Beschreibungen verschiedener Personen subjektive Eindrücke wiedergeben, kann der jeweilige Leser seinen Eindruck oder seine Empfindung überprüfen, am Eintrag des anderen messen und mit diesem vergleichen.

Die Kennzeichnung des Eintrags als »persönliche Wahrnehmung« fordert die anderen Pflegenden gewissermaßen auf, sich auf die Bewertung einzulassen, den Bewohner ebenfalls in seinem Zustand oder seiner Reaktion zu beobachten, die Wirkung der Pflege zu überprüfen und ggf. eine Modifikation der Maßnahmen oder der Zielsetzung vorzunehmen. Die zusammengetragenen unterschiedlichen Sichtweisen erleichtern die Erhebung und ermöglichen die Annäherung an die Erkenntnis der »Wirklichkeit«. Jeder Pflegende sollte sich aber zu jedem Zeitpunkt bewusst sein, dass er hierbei als Konstrukteur einer Wirklichkeit handelt, er schafft sich seine eigene Wirklichkeit. Diese kann sich jedoch von den Wirklichkeitskonstruktionen anderer Mitarbeiter oder von denen der Angehörigen unterscheiden.

Folgende Begriffe sind als wertende Äußerungen zu unterlassen:

- Wütend (Was heißt wütend/Was zeigte sich? Wie war die Reaktion?)
- Aggressiv (Wie reagiert der Bewohner, wenn wir ihn als aggressiv einschätzen? Was hat er gemacht? Was hat er gesagt?)
- Aufbrausend
- Gut gelaunt, schlecht gelaunt

- Sauer
- Giftig
- Rasend
- Unmöglich
- Kindisch
- Unkooperativ/kooperativ
- Ablehnend
- Anzüglich
- Frech

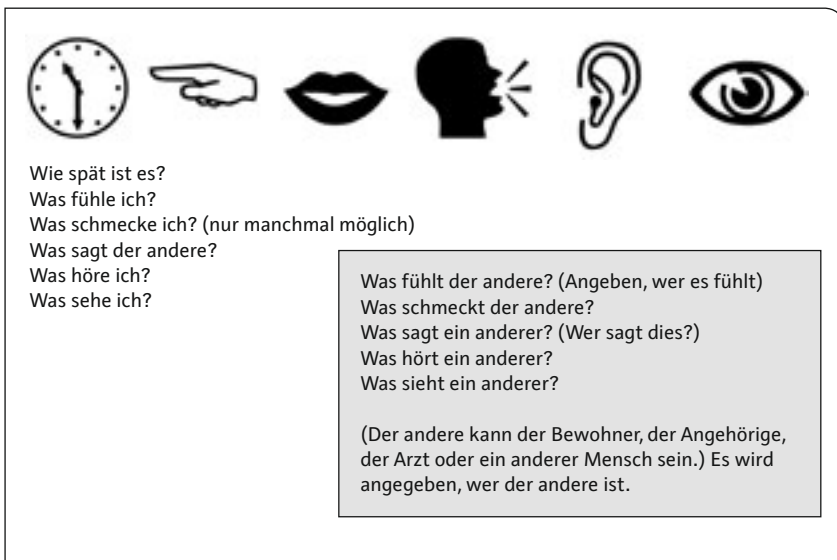


Abb. 3: Die Sinnesorgane als Beobachtungsinstrumente.

### Fazit

Wertende Aussagen sind ungeeignet!

### Wie zeigt sich die Situation?

Hier sollte immer beschrieben werden, wie das Verhalten des Bewohners in der gegebenen Situation aussah. Was konnte man hören? Was konnte man sehen?



### 2.1.3.1 Geeignete Differenzierungsbegriffe

Nachvollziehbare Berichtnotizen sind u. a.:

- tritt wiederholt auf (Angabe, wann und wie oft),
- ständig, vollständig, teilweise (Angabe, welche Teile oder Bereiche),
- Bewohner kann die Maßnahme vom Handling her nicht durchführen,
- Bewohner versteht den Sinn einer Maßnahme nicht, kann nicht nachvollziehen, was er/sie tun soll,
- Bewohner lehnt die Maßnahme ab, weil ...

### 2.1.3.2 Ungeeignete Beschreibungen

Wenig geeignet sind globale, nicht eindeutige Formulierungen wie:

- Bewohner hat öfter mal (Was ist »öfter«? Zeitangabe, Angabe der Häufigkeit)
- Bewohner zeigt mehr oder weniger starke ...« (Was ist »mehr«? Was ist »weniger«? Lassen sich Angaben zur Stärke oder zum Ausmaß machen?)

Ungeeignete Begriffe	Fragestellung
Öfter mal ...	Wie oft? Was sind die Gelegenheiten? Wann, zu welchem Zeitpunkt?
Zeigt mehr oder weniger ...	Was ist »mehr«? Was ist »weniger«? Auf welche Menge, Stärke, Ausprägungsmerkmale bezieht sich die Aussage?
Ist mal so und mal so ...	Wann ist das »mal«? Wann tritt es auf? Wie oft tritt das »mal« auf? Was heißt »so«? Was zeigt sich genau?
... kann nicht alles	Was ist »alles«? Welche Anteile sind genau gemeint? Was kann der Betroffene? Was kann er nicht?
... ist mal wieder total ...	Was heißt »mal wieder«? Was ist »total«? Wie sieht der Zustand genau aus?
... geht es schlechter	Auf was bezieht sich das »schlechter«? Was zeichnet das »schlechter Gewordene« aus?

Abb. 4: Ungeeignete Ausdrücke und Beschreibungen im Pflegebericht.

- Bewohner ist mal so mal so ... (Wann ist es »so«, wann nicht? Oder wie häufig ist es im Durchschnitt?)
- Bewohner kann nicht alles (Was genau kann gemacht, was kann nicht gemacht werden?)
- Bewohner ist mal wieder total ... (Auf was bezieht sich »total«? Wie sieht der Gesamtzustand aus?)

### 2.1.4 Verwendung globaler Aussagen

Auch die Verwendung globaler Aussagen wie »geht es gut«, »geht es schlechter« sind wenig geeignet, da nicht erkennbar ist, welche Beobachtungen dieser Interpretation zugrunde liegen. Ricka-Heidelberger (1993), Schmidt-Bless und Schaufelberger (1993) zeigen auf, wie sehr die Einschätzungen der Pflegenden von der tatsächlichen Wahrnehmung des Pflegebedürftigen abweichen. Messer weist darauf hin, dass Begriffe, die nicht eindeutig sind, sondern Interpretationsspielraum lassen, zu vermeiden sind, z. B.:

- Aggressiv
- Depressiv
- Desorientiert
- Verwirt
- Gut/schlecht
- Viel/wenig<sup>2</sup>

Die Wirkung globaler Bewertungen lässt sich gut am Beispiel der Beschreibung der Nahrungsaufnahme belegen.

Wenn die Nahrungsmengen nicht von der Küche vorgegeben werden (wenn also kein Tablettssystem besteht), portioniert jede Pflegekraft möglicherweise anders (wahrscheinlich aufgrund ihrer eigenen gewohnten Portion). Die erste Pflegeperson portioniert nun evtl. eine Menge, die einem Viertel der normalen Menge entspricht. Wenn Frau K. diese vollständig aufisst, dokumentiert die Pflegekraft ggf. »Frau K. hat gut gegessen«.

---

<sup>2</sup> Vgl. Messer 2003:133

Am nächsten Tag portioniert nun ein Mitarbeiter, der selbst mehr als die normale Portion essen würde und er füllt den Teller mehr als großzügig. Frau K. isst nun wieder die gleiche kleine Portion wie am Vortag. Nun aber erscheint möglicherweise der Eintrag »Frau K. hat schlecht gegessen, nur ein Viertel der Portion«. Hier wird deutlich, dass die Einträge im Pflegebericht stark variieren, obwohl Frau K. nahezu die gleiche Menge gegessen hat.

Sinnvoller ist es also, entweder eine Normportion vorzugeben, sodass eine Einschätzung zur tatsächlich aufgenommenen Menge möglich ist oder detailliert anzugeben, was Frau K. tatsächlich gegessen hat (z. B. 1/2 Brötchen, 1 Stückchen Butter, 1 Teelöffel Marmelade und zwei Tassen Kaffee mit Milch).

### **Bitte beachten**

Globale Aussagen sind ungeeignet!

Beschreibende, sachliche und konkrete Informationen sind daher eher geeignet, um die beobachtete Situation darzustellen:

- Wie zeigte sich die Situation?
- Wie verhielt sich der Bewohner?
- Was konnte beobachtet werden?

Es ist differenziert zu beschreiben, wie sich beispielsweise Herr M., der als aggressiv eingeschätzt wird, verhält. Bsp.: »Herr M. wirft mit dem Porzellan um sich und schimpft laut.« – »Herr M. kratzt und beißt, wenn ich ihn zur Toilette begleiten möchte.«

### **ZDF = Zahlen, Daten, Fakten**

Beschreibungen sollten immer in Form von Zahlen, Daten und Fakten erfolgen.

Die Dokumentation muss eindeutig und aussagefähig sein!

## 2.1.5 Lesbarkeit

Die Lesbarkeit wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst.

- **Die Lesbarkeit der einzelnen Eintragung** (visuelle Erkennbarkeit und Nachvollziehbarkeit der geschriebenen Worte): Bei einem EDV-gestützten System wird die Problematik der schlecht leserlichen Handschriften aufgehoben. In Papierdokumentationssystemen weisen die Pflegeberichte häufig sehr schmale Berichtzeilen auf. Die Eintragungen in den Bericht müssen zudem teilweise im Stehen oder in gebückter Haltung auf einem niedrigen Bewohnertischchen vorgenommen werden. Diese Faktoren sorgen bei gleichzeitig bestehendem Zeitdruck dafür, dass die dokumentierten Inhalte teilweise nur schlecht oder gar nicht zu lesen sind.
- **Die Lesbarkeit der Voreintragungen** (Technische Lesbarkeit vorangegangener Eintragungen): Es ist unabdingbar, dass bei einer vorzunehmenden Eintragung immer die Voreintragungen von mindestens zwei bis drei Schichten möglich sind. Bei Papierberichtsblättern muss daher beim Ausheften eines gefüllten, d. h. vollständig beschriebenen Formulars, der sogenannte zusammenfassende Bericht erstellt werden. Hierbei wird mit zwei bis drei Sätzen der ablaufende Pflegezeitraum in der Berichterstattung überprüft und ein zusammenfassender Eindruck auf dem neuen Berichtsblatt dokumentiert. So kann der neue Eintrag an den bisherigen Dokumentationsprozess anknüpfen. Bei einem EDV-System sollte sichergestellt sein, dass die letzten zwei Eintragungen im Dokumentationsfenster »Pflegebericht« aufgeführt werden und ein Signal aufleuchtet, wenn besondere Vorkommnisse oder wichtige Eintragungen im vorherigen Zeitraum vorgenommen wurden und diese weiterhin wichtig sind (elektronische Reiterfunktion).

## 2.1.6 Verständliche, nachvollziehbare Formulierungen und die Bedeutung der Fachsprache im Pflegebericht

Verständlich bedeutet hier »verstehbar«. Es ist wichtig, sich die Zielgruppe, die die Eintragungen verstehen und benutzen können muss, vor Augen zu halten. Da der Anteil der nicht examinieren Pflegekräfte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nicht unerheblich ist (bis ca. 50 %) und diese

Menschen ihre Beobachtungen während der Pflege dokumentieren müssen, sind Eintragungen auch für sie verständlich vorzunehmen. Fachbegriffe müssen ggf. mit nachfolgender Erklärung in einer Klammer übersetzt werden. Pflegeberichte, die nur von der Hälfte der Pflegenden verstanden werden können, erhöhen die Gefahr von Fehlinterpretationen, Desinteresse oder sogar Ablehnung.

»Verständlich« bedeutet aber auch, vor der Eintragung für sich selbst zu klären, was genau ausgedrückt und vermittelt werden soll. Einträge wie »Der Bewohner ist fix und foxi« oder »Frau M. war heute völlig durch den Wind« drücken den konkreten Sachverhalt nicht aus. Derartige Eintragungen haben mit Professionalität nichts gemeinsam. Solche Eintragungen kommen dann zustande, wenn der Schreiber Probleme mit der sprachlichen Ausdrucksweise hat.

### **Unterstützende Hilfen**

Hier bieten sich unterstützende Bücher an (z. B. Messer: Tägliche Pflegeplanung in der Altenpflege oder Hellmann: Pflegeplanung. Formulierungshilfen nach den AEDL). Am Anfang bereitet das Nachschlagen Probleme und erfordert etwas mehr Zeit. Es zeigt sich in der Praxis jedoch eine rasch einsetzende und sich bald vertiefende Routine (Formulierungshilfen sind dann im Kopf abrufbereit vorhanden). Hierzu finden sich weitere Informationen im Kapitel 5.4 »Pflegediagnosen und Pflegebericht«.

### **Beschreibende Informationen der Wahrnehmung durch die Sinnesorgane**

Die Sinnesorgane bieten Informationen, die beschrieben werden können. Ein allgemeiner Eindruck kann dann durch Detailinformationen belegt werden: »Frau M. machte auf mich folgenden Eindruck ... weil ...«:

- fühlbar war ... (taktile Wahrnehmung)
- optisch erkennbar ist ... (optische Wahrnehmung)
- zu hören ist ... (akustische Wahrnehmung)
- zu riechen ist, dass ... (olfaktorische Wahrnehmung)

Das Schmecken, die empfundene, geschmackliche Wahrnehmung der Zunge eignet sich hier nicht.

### Vom Text zum Dokument

Ein Text wird erst dann ein Dokument, wenn er durch eine sachliche Darstellung das Kriterium der Nachweisbarkeit erfüllt.

## 2.1.7 Zielgruppenorientierung

Als Zielgruppe werden die potenziellen Leser, also all jene verstanden, die den Pflegebericht lesen wollen oder können. Im weitesten Sinne die Personen oder Personengruppen, denen Informationen vermittelt werden sollen (siehe auch Kapitel 2.1.5).

Zielgruppen, die den Pflegebericht lesen können oder sollen, sind:

- Kollegen des Pflorgeteams
- Ggf. Pflegende im Krankenhaus (bei Einweisung und mitgegebener Kopie des Pflegeberichts)
- Kollegen des interdisziplinären Teams (Sozialdienst, Pflegedienstleitung, Heimleitung)
- Hausarzt und Fachärzte
- Angehörige (mit Einverständnis des Betroffenen)
- Betreuer
- Heimaufsicht und MDK
- Gutachter und Juristen bei Klagen vor Gericht

### Die Grundregel

Der Bericht wird klar, deutlich, eindeutig und genau geschrieben, damit die Zielgruppe ihn versteht.

## 2.1.8 Ergebnisorientierung

Der schriftliche Pflegebericht soll sein Ziel erfüllen. Es ist daher wichtig, sich zu fragen: »Was will ich mit meiner Eintragung erreichen?«

Folgende Ziele sind denkbar:

- Ich will den anderen informieren (ich beschreibe den Sachverhalt, den Kontext, ggf. mein Vorgehen).
- Ich will die Weiterführung von mir eingeleiteter Strategien erzielen (ich empfehle weiterführende Maßnahmen, ich gebe Anweisungen).
- Ich will, dass bestimmte, mir zurzeit unklare Bedingungen oder Zusammenhänge von anderen beschrieben und mir damit weitergehende Informationen zugeleitet werden (ich stelle Fragen oder fordere den anderen zur Informationssammlung auf).
- Ich will das Ergebnis und/oder die Wirkung meiner Pflege auf den Bewohner dokumentieren (ich beobachte den Bewohner bei der Pflegedurchführung und dokumentiere meine Beobachtungen/Messungen).
- Ich will zu einem größeren Pflegezeitraum einen Eindruck geben (ich lese den Pflegebericht der letzten Wochen und stelle einen Gesamteindruck in zwei bis drei Sätzen dar).
- Ich will die anderen Mitglieder des Pflegeteams über besondere, unvorhersehbare Situationen informieren (ich beschreibe die besondere Situation mit erkennbaren Bedingungsfaktoren, durchgeführten Analysen und eingeleiteten Maßnahmen. Zusätzlich ziehe ich den Reiter, damit ein deutliches Signal für die Wichtigkeit dieser Information gegeben wird).
- Ich informiere die Kollegen über eine Modifikation der Pflegeplanung (Ich beschreibe, wie ich die Maßnahme geändert habe und warum).

## 2.1.9 Interpunktueller Verknüpfung: Bezugnahme auf den Vorbericht

Die einzelnen Bereiche oder Dokumentationspunkte, die im Pflegebericht beschrieben werden, sollten untereinander in einer logischen Verbindung stehen. Hier ist die Fachkompetenz des Pflegenden zur Gestaltung und Überprüfung des komplexen Pflegeberichts erforderlich.

### 2.1.9.1 Verknüpfungen mit Eintragungen aus dem vergangenen Pflegezeitraum

Ehe die Pflegeperson mit der Pflegedurchführung beginnt, sollte sie den letzten Eintrag im Pflegebericht lesen. Nur so kann sie erkennen, ob dort Eintragungen darauf hinweisen, dass sie bestimmte Beobachtungen machen, spezielle Maßnahmen durchführen oder Ergebnisse kontrollieren muss. Entsprechend der letzten Eintragungen werden jetzt bei der Durchführung der Maßnahme Kontrollen und Beobachtungen gemacht und entsprechend dokumentiert. Die Pflegeberichteintragung knüpft so an die Voreintragung an.

#### Beispiel

Gestern wurde vom Arzt ein Schmerzmedikament zur Behandlung verordnet. Heute müssen verschiedene Fragen überprüft und entsprechend dokumentiert werden:

- Wie ist der Zustand des Bewohners heute?
- Wie stark sind seine Schmerzen (Analogskala verwenden!)
- Wie schnell und wie lange hat das verordnete Medikament gewirkt?
- Traten Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche?
- Ist die Behandlung ausreichend oder muss eine erneute Meldung beim Arzt erfolgen?

### 2.1.9.2 Verknüpfung zur nächsten Schicht

Wenn ein Bewohner z. B. unter Fieber leidet, ist die Flüssigkeitszufuhr zu kontrollieren, zu überprüfen, ob der Betroffene stark schwitzt und ggf. Hilfe bei der Körperpflege benötigt. Lässt sich eine Blutbeimengung im Urin erkennen, muss ebenfalls die Flüssigkeitszufuhr am heutigen und am Vortag überprüft werden. Es müssen mögliche Verursacher analysiert werden (was lässt sich erkennen, was beschreibt oder erklärt der Bewohner vielleicht?). Weiterhin müssen nun eingeleitete Maßnahmen erläutert werden, die dafür sorgen sollen, dass das Problem eliminiert, verkleinert oder wenigstens die Lebensqualität durch Linderung von Beschwerden erhöht wird. Diese Vorgänge und deren vorangehende Überlegungen werden im Pflegebericht dokumentiert. Betreffen weiterführende Maßnahmen die nächste Schicht oder ist die Anwendung über einen längeren Zeitraum erforderlich, werden im Pflegebericht Empfehlungen oder Anweisungen gegeben (»Bitte heute Mittag Dr. N.N. anrufen«).



## 2.1.10 Orientierung am Pflegeprozess

### 2.1.10.1 Erkennbarkeit des prozesshaften Geschehens: Der rote Faden

Der Pflegeprozess wird als der Regelkreis verstanden, der die ständig wiederkehrende und sich logisch aneinander reihende Durchführung von Informationssammlung, Problem- und Ressourcenformulierung, Zielsetzung, Maßnahmenplanung, Durchführung der Pflege und Evaluation aufweist. Diese Evaluation klärt, ob sich die Probleme verkleinert haben, ob Ressourcen erhalten geblieben sind, ob Ziele erreicht wurden.

Immer wieder muss der geplante Pflegeprozess kritisch hinterfragt und ggf. angepasst werden (durch Sammlung bislang nicht vorliegender Informationen, durch Überprüfung der Probleme und Ressourcen, durch Hinterfragen der Zielsetzung und durch Analyse der Eignung der geplanten Maßnahmen). Vielleicht sind auch die pflegerischen Strategien nicht in der erforderlichen Häufigkeit, in der empfohlenen Art und Weise, in der Intensität oder in dem Umfang durchgeführt werden, wie dies erforderlich wäre.

#### Beispiele

- Im Vergleich zu gestern zeigt sich ...
- Die Wunde hat sich vergrößert (3 · 3 cm), ist gegenüber gestern heute stärker gerötet ...
- Nach Durchführung von ... ist Frau/Herr ... heute Nachmittag ruhiger. Sie/Er läuft nicht mehr ziellos über den Flur ...
- Das seit gestern eingenommene Medikament (...) zeigt folgende Wirkung: ...

So lässt sich erkennen, wie sich der Zustand des Bewohners verändert, welche Wirkung durchgeführte Maßnahmen haben und wie der Prozess der Pflege sich zeigt (näheres siehe Kapitel 11 »Was gehört in den Pflegebericht?«).

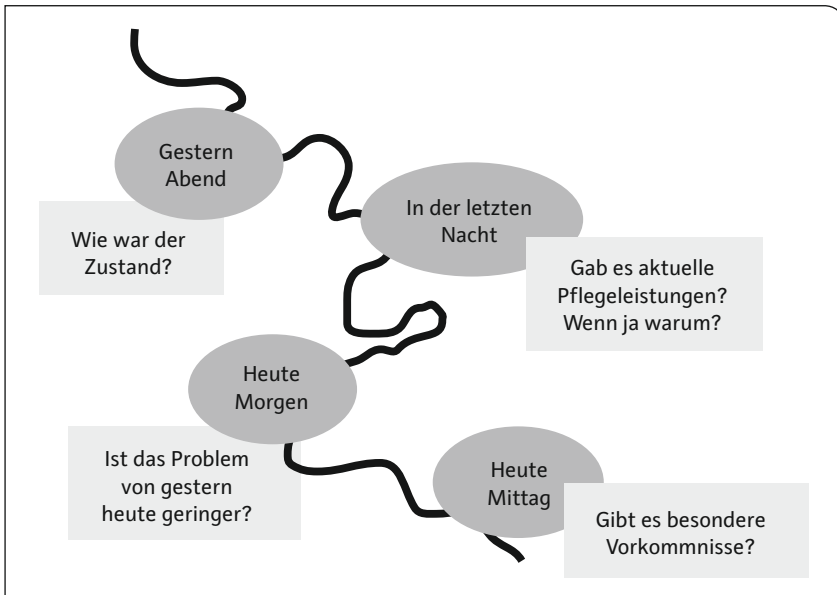


Abb. 5: Der rote Faden/Der erkennbare Pflegeprozess.

### Darstellung der Ist-Situation

Der Pflegebericht ist damit das Instrument, das die tatsächliche tägliche Ist-Situation darstellt und hierbei den vergangenen, den aktuellen und den kommenden Pflegezeitraum gedanklich verknüpft. Hierdurch wird der Pflegeprozess dargestellt.

#### 2.1.11 Kontinuität

Ein guter Pflegebericht zeichnet sich durch eine kontinuierliche Beschreibung aus. Nur so kann der Verlauf erkennbar gemacht werden. Pflegenden sollten hierbei nicht nur die auffallenden negativen Beobachtungen dokumentieren, sondern vor allem auch die positiven Auswirkungen der Pflege: Wie fühlt sich der Bewohner heute? Wie wirkt das durchgeführte Duschbad? Gerade zu dieser Forderung lassen sich jedoch häufig Defizite in den Einrichtungen erkennen. So zeigen sich zum Teil lange Abstände zwischen

den einzelnen Eintragungen oder ein bevorzugtes Dokumentationsverhalten einer Schicht.

»Die Kontinuität litt aber erheblich darunter, dass in nur 38 % der Fälle auch wirklich alle Dienste Eintragungen vorgenommen haben. Besonders häufig fehlten dabei die Eintragungen der Nacht- und Spätdienste. Damit haben gerade diejenigen Pflegenden, die meistens alleine auf der Abteilung sind und keine Zeugen haben, keine Nachweismöglichkeit. Dies ist nicht nur aus rechtlicher Sicht problematisch: Auch ein Krankenversicherer würde hieraus schließen, dass demnach keine Pflegeleistungen erbracht wurden und diese auch nicht bezahlen« (Flumeri et al 2003:7).

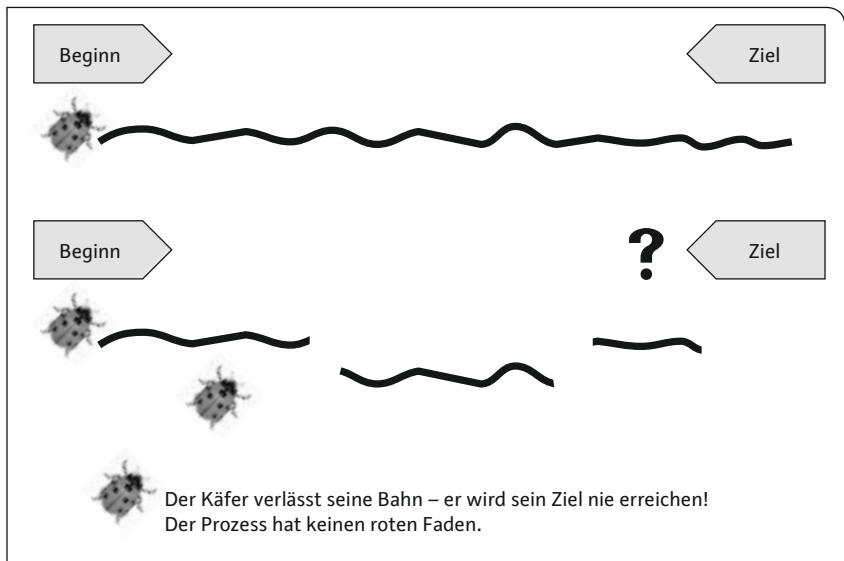


Abb. 6: Kontinuität im Prozessverlauf: Der rote Faden ist wichtig.

## 2.1.12 Berücksichtigung juristischer Rahmenbedingungen

Der Pflegebericht ist ein Dokument, das auch bei juristischen Streitfragen oder zum Nachweis der Durchführung einer professionellen Pflege im Falle eines pflegerischen Gutachtens hinzugezogen wird. In einer solchen dokumentarischen Darstellung dürfen sich keine Eintragungen finden, die direkt oder indirekt erkennen lassen, dass gegen bestehendes Recht verstoßen wurde. Zu berücksichtigen sind hier die Forderungen des Grundgesetzes, das die menschlichen Grundrechte (insbesondere auf Selbstbestimmung, Recht auf Leben und Berücksichtigung der menschlichen Würde) schützt, die des Haftungsrechtes (das die Fragen der Verantwortung für die Anordnung und Durchführung von Tätigkeiten regelt), die des Strafrechts und die der Sozialgesetzbücher (insbesondere SGB V und SGB XI).

### Unzulässige Eintragungen

- »Frau ... wollte sich heute Morgen nicht waschen lassen, habe sie trotzdem gewaschen.« (Verstoß gegen das Grundrecht des Menschen zur Selbstentscheidung)
- »Herr ... kam mir stark schwankend vor dem Hauseingang entgegen. Er roch stark nach Alkohol und wankte Richtung Straße.« (Verstoß gegen die Aufsichtspflicht und unterlassene Hilfeleistung)
- »Frau ... wehrte sich gegen die Intimpflege. Haben sie zu zweit durchgeführt. Schwester K. hat Frau ... festgehalten, ich habe gewaschen ...«
- »Herr ... hatte sich gegen 11.00 Uhr stark eingekotet. Wahrscheinlich hat er es extra gemacht. Habe ihn deshalb zwei Stunden in seinen Ausscheidungen liegen gelassen. Er soll mal merken, wie es stinkt ...«

### 2.1.13 Rechtliche Vorschriften

»Die Rechtssprechung zeigt auf, dass pflegerische Leistungen nur dann als »gemacht« gelten, wenn sie auch dokumentiert sind. Folgende Manipulationen der Dokumentation gelten als Dokumentenfälschung: Tipp-Ex®, Überkleben, Schreiben mit Bleistift und Ausradieren, unleserlich machen (Korrekturen müssen so vorgenommen werden, dass das Original leserlich bleibt). Die Dokumentation in Pflegeplanung und Pflegebericht muss »dokumentenecht«, das heißt mit Tinte/Kugelschreiber erfolgen.«<sup>3</sup>

#### **Merkmale einer professionellen Berichterstattung**

- Treffende und eindeutige Formulierungen.
- Sachlich und fachlich korrekte Darstellung.
- Markierung oder Kennzeichnung beeinflussender oder subjektiver Textteile (»meiner Meinung nach ...«).
- Zielgruppenorientierte Formulierungen (einfache, deutliche und verständliche Sprache).
- Einbindung plausibler Schlussfolgerungen (»Es ist daher notwendig, dass ...« – »Bitte noch ... durchführen.« – »Temperatur weiter beobachten ...« etc.)
- Dokumentengerechte Verfahrensweise.
- Anknüpfung an den vorangegangenen Bericht (»Im Gegensatz zu heute Morgen zeigte sich ...« – »Der Urin ist immer noch ...«).
- Anknüpfung an den weiteren Pflegezeitraum durch Empfehlungen.

<sup>3</sup> Flumeri et al 2003:3