

Angela Paula Löser

Pflege- und Betreuungsberichte professionell schreiben

Berück-
sichtigt
die SIS® und
das BI

Tipps und Vorschläge für Mitarbeiter
in stationären Altenpflegeeinrichtungen

7., aktualisierte Auflage

PFLEGE

PRAXIS



schlütersche

Angela Paula Löser

Pflege- und Betreuungsberichte professionell schreiben

7., aktualisierte Auflage

PFLEGE

PRAXIS

Tipps und Vorschläge für Mitarbeiter
in stationären Altenpflegeeinrichtungen

schlütersche



Angela Paula Löser ist Diplom-Pädagogin (Dr. phil.), Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester für Pflege in der Onkologie und in Palliative Care, Interne Auditorin sowie freiberufliche Dozentin. Sie verfügt seit über 36 Jahren über praktische Erfahrungen in der Pflege und Betreuung, arbeitet seit 20 Jahren als Dozentin und als Beraterin in der stationären Altenpflege, insbesondere in der Vorbereitung auf MDK-Prüfungen sowie in der Umsetzung von Palliative Care in der stationären Altenpflege.

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

JOHN RUSKIN (1819–1900)



Die Autorin

Dr. phil. Angela Paula Löser
Windhuker Pfad 15
47249 Duisburg



pflgebrief – die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

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 978-3-89993-967-5 (Print)

ISBN 978-3-8426-8943-5 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8944-2 (EPUB)

© 2018 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autoren 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, Hamburg
Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover
Titelfoto: eyeware-fotolia.com
Satz: PER MEDIEN & MARKETING GmbH, Braunschweig
Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

INHALT

Vorwort zur 7. Auflage	14
Einleitung	17
1 Der »Pflegerbericht« – Versuch einer Begriffserklärung	20
1.1 Vergleichbare Terminologie	20
2 Was heißt es eigentlich »professionell zu dokumentieren«?	22
2.1 Merkmale einer professionellen Berichterstattung	23
2.1.1 Schriftliche Darstellung	24
2.1.2 Sachliche Beschreibung	27
2.1.3 Aussagefähigkeit und Wertfreiheit des Berichts	27
2.1.4 Lesbarkeit	33
2.1.5 Verständliche, nachvollziehbare Formulierungen und die Bedeutung der Fachsprache im Pflege- und Betreuungsbericht	34
2.1.6 Zielgruppenorientierung	36
2.1.7 Ergebnisorientierung	37
2.1.8 Interpunktuelle Verknüpfung: Bezugnahme auf den Vorbericht	38
2.1.9 Orientierung am Pflege- und Betreuungsprozess	40
2.1.10 Kontinuität und Prozesshaftigkeit	42
2.1.11 Berücksichtigung juristischer Rahmenbedingungen ..	44
2.1.12 Rechtliche Vorschriften	46
3 Die Bedeutung des Pflegeberichts – Welche Gründe sprechen für eine korrekte und angemessene Berichterstellung?	48
3.1 Das Ziel einer fachlich hochwertigen, professionellen Leistung	48
3.2 Eine Maßnahme der Qualitätssicherung	50
3.3 Darstellung der Entwicklung des Bewohners in der realen, täglichen Pflegesituation	52
3.4 Darstellung des tatsächlichen Pflegebedarfs – Unterstützung bei der Eingruppierung in einen Pflegegrad	54

3.4.1	Fragen der Begutachtungsrichtlinien und der Pflege- und Betreuungsbericht	59
3.5	Höhere Zufriedenheit der Betroffenen	61
3.6	Juristische Absicherung der Pflegenden	62
3.7	Strukturhilfe bei der Evaluation der Pflegeplanung	65
3.8	Strukturhilfe bei der Durchführung der Pflegevisite	67
3.9	Hilfe zur Förderung der Kommunikation im Pflege- und im interdisziplinären Team	69
3.10	Begründungsdokument für Durchführung oder Unterlassung von Pflege- oder Betreuungsmaßnahmen	71
3.11	Dokumentation bei Erweiterung von Maßnahmen	73
3.12	Dokumentation bei Reduzierung/Wegfall von Maßnahmen ..	74
3.12.1	Wegfall von Maßnahmen bei bestehender Risikosituation	74
3.13	Der Pflegebericht als Pflegeplanungersatz bei kurzfristigen Problemen und Erkrankungen	75
3.14	Der Pflegebericht als integraler Bestandteil der Pflegeplanung ..	76
3.15	Der Pflegebericht als Möglichkeit zur Selbstvergewisserung und -reflexion	79
3.15.1	Detaillierte Dokumentation stigmatisierender Begriffe ..	80
3.15.2	Überprüfung der eigenen Verhaltensweisen	81
3.16	Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege gemäß §§ 112, 114 SGB XI	82

4	Der Unterschied zwischen mündlicher und schriftlicher Berichterstattung	84
----------	--	-----------

5	Wie wird der Pflege- und Betreuungsbericht geschrieben?	85
5.1	Stil	85
5.2	Abkürzungen	88
5.3	Fachbegriffe	89
5.4	Diagnosen, pflegebegründende Diagnosen, Pflege- und Pflegediagnosen ..	90
5.5	Erkennbare Signatur	94
5.6	Strukturierung und Kategorisierung von Berichtseinträgen ..	95
5.6.1	Möglichkeiten, in der Papierdokumentation Einträge zu kategorisieren (Kategorien zu bilden)	96

5.6.2	Möglichkeiten, in der EDV-gestützten Dokumentation Einträge zu kategorisieren (Kategorien zu bilden)	98
5.7	Farbsignale in der Papierdokumentation	99
5.8	Klärende Fragen vor der Niederschrift	99
5.8.1	Was will ich schreiben? Was ist mir wichtig? Was ist für die übrigen Mitarbeiter wichtig?	99
5.8.2	An wen richtet sich meine Eintragung?	100
5.8.3	Wie soll ich schreiben, damit der »Leser« meinen Bericht versteht?	101
5.8.4	Wie werden entsprechende Daten erhoben?	101
5.8.5	Wie ausführlich muss ich schreiben, damit mein Bericht verständlich ist?	103
5.8.6	Welche Absichten verfolge ich mit der Eintragung? Was ist mein Ziel?	103

6 Der Pflege- und Betreuungsbericht in der Verwendung der SIS® (Strukturierte Informationssammlung) 105

6.1	Welche Bereiche sind bei der Verwendung der SIS® im Pflege- und Betreuungsbericht zu beschreiben?	107
-----	--	-----

7 Wer schreibt den Bericht? 108

7.1	Zuständigkeiten oder Verantwortungsbereiche	108
7.2	Examierte Pflegefachkraft	109
7.3	Durchführende Pflegekraft	110
7.4	Beauftragte Pflegekraft	111
7.5	Pflegehilfskräfte (nicht examinierte Mitarbeiter)	111
7.6	Zusätzliche Betreuungskräfte (Mitarbeiter nach Paragraf 43b SGB XI)	111
7.7	Mitglieder des interdisziplinären Teams	112

8 Wann sollte der Pflegebericht geschrieben werden? 113

8.1	Zeitnahe Dokumentation	113
8.2	Dokumentation vor der Übergabe	114
8.3	»Umgedrehte« Übergabe – eine neue Möglichkeit	116
8.4	Dokumentation nach mehreren Tagen – der sogenannte Wochenbericht	117

9	Wie oft sollte der Pflegebericht geschrieben werden?	118
10	Der Pflegebericht – Vorteile und Probleme in den verschiedenen Pflegeorganisationsformen	120
10.1	Der Pflegebericht in der Funktionspflege	120
10.1.1	Wer schreibt den Pflegebericht in der Funktionspflege?	122
10.2	Der Pflegebericht in der Bereichspflege	122
10.2.1	Wer schreibt den Pflegebericht in der Bereichspflege?	123
10.3	Der Pflegebericht in der Bezugspflege	123
10.3.1	Wer schreibt den Pflegebericht im Bezugspflegesystem?	123
10.4	Der Pflegebericht beim Primary Nursing	124
10.4.1	Wer schreibt den Pflegebericht beim Primary Nursing-System?	124
10.5	Der Pflege- und Betreuungsbericht in der Interaktion von Pflege und Alltagsbegleitern (Mitarbeiter nach § 45b SGB XI)	124
10.5.1	Wer dokumentiert in der Interaktion von Alltagsbegleiter und Pflege im Rahmen medizinischer Phänomene?	125
11	Der Pflegebericht in den verschiedenen Schichten	126
11.1	Der Pflegebericht im Frühdienst	126
11.2	Der Pflegebericht im Spätdienst	128
11.3	Der Pflegebericht im Nachtdienst	129
12	Was wird im Pflegebericht dokumentiert und warum?	131
12.1	Sammlung von Daten innerhalb der ersten 14 Tage nach Aufnahme des Betroffenen	132
12.2	Der Pflegebericht als Instrument zur Darstellung des Willens des Bewohners	133
12.2.1	Selbstaussagen des Betroffenen	137
12.3	Beschreibung des aktuellen Befindens des Bewohners	140
12.3.1	Aussagen zum Wohlbefinden bzw. Abwehrverhalten	142
12.3.2	Spezifische Aussagen zur Palliativsituation	152
12.3.3	Aussagen zu einem »guten Sterben«	159

12.4	Entwicklung von Problemen, Kompetenzen und Situationen	160
12.4.1	Neu auftretende Probleme, sich verändernde Kompetenzen	161
12.4.2	Entwicklung eines bestimmten Pflegeproblems	161
12.4.3	Besondere gerontopsychiatrische Reaktionen	163
12.4.4	Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen, Zwischenfälle	167
12.4.5	Abweichung der Pflegedurchführung von der Planung	172
12.4.6	Reaktion des Betroffenen auf die angebotene bzw. durchgeführte Handlung	174
12.4.7	Wirkung von Interventionen	176
12.4.8	Ergebnisse von Evaluationen	179
12.4.9	Information über den Abschluss einer Problemlösung	188
12.4.10	Information über Problemtransfer in die Pflegeplanung	191
12.4.11	Modifikation der Pflegeplanung nach wiederholtem Auftreten eines Pflegeproblems	193
12.5	Zusammenhänge und Kontextfaktoren – Ursachen-Wirkungsbeschreibungen	194
12.5.1	Ereignisse mit direkter Auswirkung auf den Bewohnerzustand oder dessen Versorgung	195
12.5.2	Zusammenhänge bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder gerontopsychiatrischen Auswirkungen	198
12.6	Themenbereich Kommunikation und Kooperation mit anderen Berufsgruppen/Netzwerkpartnern	199
12.6.1	Der Aushandlungsprozess mit dem Betroffenen	200
12.6.2	Fallbesprechungen	202
12.6.3	Ethische Fallbesprechung	204
12.6.4	Kommunikation mit den Angehörigen	205
12.6.5	Kommunikation und Kooperation mit Netzwerkpartnern	210
12.7	Informationen für die Begutachtung mit dem Begutachtungsinstrument	212
12.7.1	Darstellung der Auswirkung pflegebegründender Diagnosen	213
12.7.2	Pflegebedürftigkeit gemäß BI	214

12.8 Der Pflegebericht im Handlungsfeld der Sozialen Betreuung .	230
12.8.1 Wirkung der Aktivitäten der Sozialen Betreuung	231
12.8.2 Beschreibung der Maßnahmen und Wirkungen der zusätzlichen Betreuungskräfte/Alltagsbegleiter . . .	233
12.9 Pflegeberichte im Kontext der Expertenstandards	239

13 Was gehört nicht in den Pflegebericht? 252

13.1 Konflikte und Organisationsanweisungen zwischen den Berufsgruppen oder Mitarbeitern	252
13.2 Unangemessene, nichtssagende Äußerungen	252
13.3 Verallgemeinernde, stigmatisierende Beschreibungen	254

14 Der zusammenfassende Pflegebericht als Instrument zur Meta-Evaluation 258

14.1 Ziel der Zusammenfassung	258
14.2 Vorgehen	259
14.3 Häufig genannte Punkte in der Zusammenfassung	259
14.4 Wer schreibt den zusammenfassenden Bericht?	261

15 Der Pflege- und Betreuungsbericht und seine Bedeutung innerhalb der Dokumentationsblätter/-masken 262

15.1 Der Pflege- und Betreuungsbericht als Instrument im Pflege- prozess	262
15.2 Schnittstelle zur Pflege- und Betreuungsplanung	263
15.3 Schnittstelle zu den Leistungsnachweisen	264
15.4 Schnittstelle zu den Reitern	265
15.5 Schnittstelle zum Flüssigkeitsprotokoll/Trinkplan/Bilanzie- rungsbogen	265
15.6 Schnittstelle zum Bewegungsplan	266
15.7 Schnittstelle zum Nachweis »Freiheitsentziehende Maß- nahmen« (FEM)	267

16 Wie wird mit dem Pflegebericht gearbeitet? 270

16.1 Vorbereitung und Nutzung des Pflegeberichts zu vernetzten Prozessen	271
16.1.1 Bei der Übergabe	271
16.1.2 Beim Widerspruch gegen eine MDK-Eingruppierung	274

16.1.3	Bei der Arztvisite	274
16.1.4	Bei der Pflegevisite	276
16.1.5	Bei Beschwerden von Angehörigen – Vernetzung zum Beschwerdemanagement	279
16.1.6	Bei juristischen Fragestellungen	281

17 Beobachtungsparameter: Wie und was soll beobachtet werden? 285

17.1	Objektive Beobachtungsparameter	285
17.1.1	Messinstrumente	286
17.2	Subjektive Beobachtungsparameter	287
17.2.1	Die Sinnesorgane als Messinstrumente	288
17.3	Einzelbeobachtungen	288
17.4	Vernetzung von Beobachtungen (Konstruktion, Kumulation, Analyse und Interdependenz)	289

18 Formulierungshilfen – Beispiele für bestimmte Situationen 292

18.1	Formulierungshilfen bei wechselnden Situationen/Zustän- den/Pflegezeiten	293
18.2	Formulierungshilfen bei erhöhtem Pflegezeitaufwand	293
18.3	Formulierungshilfen bei langfristig gleichbleibenden Zuständen	294

19 Implementierung einer angemessenen Pflegeberichterstattung 295

19.1	Zielbeschreibung	295
19.2	Projektplanung	297
19.2.1	Schulung	298
19.2.2	Evaluation von Pflegeberichten in angeleiteten Kleingruppen	299
19.2.3	Meta-Evaluation in der Lerngruppe	300
19.2.4	Evaluationsgespräche im Dialog zwischen dem Pflegenden und dem Berater	301
19.2.5	Vorstellung eines Pflege- und Betreuungsberichts im Teamgespräch als Fallbesprechung	302

20 Trainingsmöglichkeiten 303 |

20.1	Überprüfung des Pflegeberichts in mündlicher Form	303
20.2	Überprüfung mittels Checkliste	304
20.3	Überprüfung durch Fragen eines »kritischen Beobachters« ..	306

20.4	»Kritische Beobachtung« durch einen Kollegen	308
20.5	Überprüfung in der Pflegevisite	308
21	Der professionelle Pflegebericht als Bestandteil im Qualitätsmanagement	309
21.1	Der Pflegebericht in der Begleitung durch einen Mentor oder Coach	309
21.2	Der Pflegebericht bei der Einführung neuer Mitarbeiter	310
21.3	Der Pflegebericht in der Praxisanleitung	310
21.4	Der Pflegebericht in der Stellenbeschreibung	311
21.5	Der Pflegebericht im Qualitätsmanagementhandbuch	312
22	Der Pflegebericht und seine Bedeutung in der Zukunft	313
23	Der Pflegebericht im Bereich von Führen und Leiten	315
23.1	Der Pflegebericht im Bewerbungsassessment	316
23.2	Der Pflegebericht bei der Vereinbarung im Einstellungsgespräch	317
23.3	Der Pflegebericht bei der Evaluation der Mitarbeiterentwicklung	318
23.4	Der Pflegebericht bei Zielvereinbarungsgesprächen	319
23.5	Literatur und Fortbildungen zum Thema »Pflegebericht«	320
23.6	Hilfestellung bei Fragen und Problemen	321
23.7	Sorge für ein angemessenes Pflegedokumentationssystem	321
23.8	Sorge für geeignete Hilfsmittel	322
24	Häufig aufgeführte und erkennbare Probleme im Pflegebericht und in der Berichterstattung	323
	Literatur	326
	Register	330

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

VORWORT ZUR 7. AUFLAGE

Nun erscheint dieses Buch in der 7. Auflage. Viele Jahre sind seit dem ersten Erscheinen vergangen. Etliche Anforderungen zur richtigen Beschreibung in Pflege- und Betreuungsberichten haben sich inzwischen verändert, andere sind geblieben. Das allein wäre Grund genug, die vorliegende Auflage zu aktualisieren. Doch es gab noch weitere Aspekte, dieses Buch zu überarbeiten und zu ergänzen.

Seit nunmehr 30 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. Während der traditionelle Pflegeprozesskreislauf aus **6 Phasen** (Informationssammlung, Beschreibung von Ressourcen, Problemen, Risiken, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Durchführung, Evaluation) besteht, etabliert sich zurzeit parallel ein Modell aus **4 Phasen** (Informationserhebung/Aassessment, Handlungsplanung, Durchführung, Auswertung). Beide Systeme stellen eine Planung dar. Sie sollen eine personenunabhängige, gleichbleibende, sozusagen prozessgeleitete Handlung ermöglichen. Menschen und ihre Bedürfnisse, Probleme und Reaktionen verändern sich jedoch. Ihre Befindlichkeiten und Ziele können sich von Tag zu Tag unterscheiden. Durch die Dokumentation von Beobachtungen und kleinen Entwicklungsschritten kann die Evaluation, d. h. die Überprüfung der Pflegewirksamkeit, überhaupt erst ermöglicht werden – erst so wird erkennbar, ob der Handlungsplan angepasst werden muss.

Der Pflege- und Betreuungsbericht ist somit das Instrument zur Reflexion, zur kritischen Überprüfung der eigenen Arbeit, zur Erkenntnis der Eignung oder aber Modifikation der Handlungen im Bereich von Pflege und sozialer Betreuung. Und letztlich steht er auch für den Nachweis der Wirksamkeit und zur Rechtfertigung abzurechnender Leistungen.

Pflege und Soziale Betreuung sind als je eigenständige Handlungsfelder in den letzten Jahren stärker zusammen gewachsen. Die strukturelle Verände-

zung der Gruppe von Menschen, die Pflege benötigen, macht das erforderlich: Es handelt sich zunehmend um Pflegebedürftige, die hochbetagt, dement, gerontopsychiatrisch erkrankt oder sterbend sind. Die lückenlose Informationsweitergabe zwischen den verschiedenen Schichten und Berufsfeldern, die Betrachtung interdependenter, also wechselseitiger Wirkungen von Pflege- und Betreuungsleistungen machen einen gemeinsamen Bericht erforderlich.

Ähnlich sieht es in den Einrichtungen der Behindertenhilfe aus. Hier leben oftmals Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen, die zudem auch alt und krank sein können. Die Hauptziele der Integration und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben werden vor allem durch Pädagogen und Heilerziehungspfleger angestrebt. Zunehmend entwickeln sich hier die gleichen Zielsetzungen wie in den übrigen Pflegeeinrichtungen – etwa der Erhalt von Gesundheit, die Vermeidung von Schäden und zusätzlichen Störungen (Risikomanagement) wie auch die Begleitung und Pflege bei schwerer Krankheit und im Sterbeprozess.

Die Einführung und Umsetzung von Palliative Care in den stationären Pflegeeinrichtungen erfordert es zudem, den beobachtenden Blick auf aktuelle Veränderungen und Bedürfnisse zu richten, Maßnahmen entsprechend anzupassen und auch deren Wirkung zu beschreiben. Der Bericht wird hier zum zentralen Dokument, wenn eine Planbarkeit nicht mehr oder nur bedingt möglich ist.

Nicht zuletzt entsteht ein anderer Blickwinkel, wenn Pflegebedürftigkeit mit dem neuen Begutachtungsinstrument (aktuelle Begutachtungs-Richtlinien – BRi) durch den Pflegebegutachter begutachtet und berechnet wird. Nicht nur die Kategorien, mit denen der Grad der Pflegebedürftigkeit erhoben wird, haben sich verändert, auch die Items, mit denen diese bemessen werden. Der Pflege- und Betreuungsbericht wird hier zum zentralen Instrument der Erfassung, der Evaluation und der Beschreibung von Veränderungen. Mitarbeiter können hier nur eine professionelle Dokumentation erbringen, wenn sie die Blickwinkel, Kategorien und Items kennen. Dann jedoch kann der Pflege- und Betreuungsbericht bei der Begutachtung des Pflegegrades wertvolle Hinweise und ggf. beim Widerspruch wichtige Nachweise liefern.

Zahlreiche EDV-Systeme machen Spezialdokumente wie Beratungsprotokolle, Evaluationsbögen, Sturzprotokolle überflüssig. Alle Beobachtungen werden dabei im Bericht vermerkt, der Eintrag schließlich mit einem zu setzenden Merkmal kategorisiert, also einer Art zugeordnet. Auf diese Weise lassen sich in der Evaluation die kategorisierten Einträge filtern und nur der gewählte Interessenbereich auswählen.

Diese Art und Weise der Dokumentation soll einer präzisen Übersicht dienen. Zu ausführliche oder missverständliche Einträge sollen vermieden werden, damit der Leser die Kerninformationen erhält, die ihm bei der weiteren Planung und Ausführung seiner Arbeit weiterhelfen.

Dieses Buch soll denjenigen helfen, die sich eine Orientierung bei den häufigsten Fragen der Berichterstattung wünschen. Es ist für diejenigen gemacht, die manchmal ein wenig »ratlos« vor dem Berichtsblatt stehen und sich Unterstützung wünschen. Diese Unterstützung möchte ich liefern. Dabei bin ich mir durchaus bewusst, dass ich vielleicht nicht alle Probleme betrachtet, nicht alle möglichen Lösungen aufgezeigt habe. Daher freue ich mich über konstruktive Vorschläge und Ergänzungen!

Duisburg, im März 2018

Angela Paula Löser

EINLEITUNG

Über die Handlungsfelder von Pflege und Sozialer Betreuung **zu berichten** – was ist daran so besonders?

Jedem, der in der Pflege einmal tätig war oder ist, 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 folglich die Qualität des mündlichen Pflegeprozessberichts. Auch heute noch findet sich in manchen Einrichtungen eine deutlich bessere und inhaltsreichere mündliche Informationsweitergabe während der Übergabe als sie sich in den schriftlichen Dokumenten zeigt.

Die Mitarbeiter von Pflege und Sozialer Betreuung müssen deutlicher vernetzt sein, ihre Leistungen sind aufeinander abzustimmen, die Wirkung im Tagesverlauf zu evaluieren. Zusätzlich sind seit dem Jahr 2009 die Mitarbeiter nach § 87b SGB XI im stationären Bereich/Mitarbeiter nach § 43b SGB XI im ambulanten Bereich mit ihren zusätzlichen Betreuungsleistungen tätig. Ab dem 01. Januar 2017, mit Einführung des Zweiten Pflegeleistungsgesetzes, greift hier der § 43b SGB XI und ersetzt quasi den bisherigen § 87b.

Ebenfalls berücksichtigt werden Mitarbeiter spezialisierter Palliativpflegedienste (SAPV-Team = Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung oder PKD = Palliativer Konsiliardienst). Es gilt, für den schwerkranken oder

sterbenden Menschen eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen und zu verhindern, dass er unter belastenden Symptomen leidet. Das sind wesentliche Ziele. Für die Mitarbeiter entsprechender Dienste und für hinzugezogene Hausärzte oder Fachärzte müssen oftmals detaillierte Informationen zur Verfügung gestellt werden, damit sie Art und Umfang einer erforderlichen Therapie einschätzen und nachfolgend ermöglichen können.

Entscheidungen über die Anordnung, Fortsetzung oder Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen erfordern es, dass ethische, medizinische, pflegerische und juristische Bedingungen und Begründungen geprüft werden, ehe eine Entscheidung getroffen wird. Hierbei ist ein guter Pflege- und Betreuungsbericht wichtig, der aufzeigt, was der Mensch selbst möchte. Seine Vorstellungen und Entscheidungen sind handlungsleitend. Aktuell wird hier die ACP (Advance Care Planning), die sogenannte Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gefordert.

Gerade bei auftretenden gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind die oftmals schwer zu verstehenden Symptome und Veränderungen nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Angehörige können ggf. nicht mehr täglich in die Einrichtung kommen und sind in Sorge, ob die Mutter oder der Vater gut versorgt sind. Hier sind gute Beratungen erforderlich, bei denen Informationen über die Entwicklung von Problemen und zu deren Ursachen wichtige Hilfen darstellen. Hier sind schriftliche Informationen hilfreich.

Je mehr unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt sind oder je mehr Menschen an einem Gesamtprozess beteiligt sind, desto wichtiger ist ein schriftlicher Austausch.

Bereits aktuell, künftiger voraussichtlich noch stärker, werden Menschen in den Einrichtungen gepflegt, betreut und versorgt, die anderen Ländern, Kulturen und Religionen zugehörig sind. Hier wird es besonders wichtig – insbesondere bei auftretenden Sprachbarrieren – Informationen darüber zu geben, welche Bedürfnisse oder Ängste auftreten, wie der Betroffene auf unterschiedliche Angebote reagiert, was zu tun und zu unterlassen ist.

Eine schriftliche Berichterstattung ermöglicht es, den Zustand des Bewohners von vor einigen Tagen nachzulesen, Veränderungen über einen längeren Zeitraum zu erkennen und sich zu orientieren, z. B. hinsichtlich folgender Beispielfragen: Was beobachten und dokumentieren die übrigen Mitarbeiter? 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?

Die folgenden Informationen beziehen sich auf beide Formen von Pflege- und Betreuungsplanung, d. h. sowohl auf das 6-Phasenmodell (Informationssammlung, Beschreibung von Ressourcen, Problemen, Risiken, Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Durchführung, Evaluation) als auch auf das 4-Phasenmodell (Informationserhebung/Aassessment, Handlungsplanung, Durchführung, Auswertung). In Kap. 6 finden sich darüber hinaus Informationen zu den Spezifika des Pflegeberichts bei der Verwendung der SIS[®], der neuen Strukturierten Informationssammlung.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit werden im Text die Begriffe Pflegekraft, Mitarbeiter des sozialen Dienstes, Pflegebericht oder Betreuungsbericht nicht durchgängig verwendet. Alle Informationen gelten jedoch gleichbedeutend für beide Berufsgruppen und für beide Berichtsformen.

DER »PFLEGEBERICHT« – VERSUCH EINER BEGRIFFSERKLÄRUNG

1.1 Vergleichbare Terminologie

Der Begriff »Pflege- und Betreuungsbericht« bedeutet: einen Bericht über das Handlungsfeld von Pflege und Sozialer Betreuung zu verfassen. Weiter gefasst wäre auch zu sagen, dass der Pflege- und Betreuungsbericht eine Dokumentation von Kerninformationen über die Entwicklung des Bewohnerzustandes, seiner Probleme, seiner Ressourcen, seiner Befindlichkeit, Bedürfnisse und Wünsche und Zufriedenheit ist. Veränderungen von Bewohnerzustand und -verhalten, veränderte Anforderungen an das Handeln oder auch Wirkungen aktuell durchgeführter Maßnahmen sind im erkennbaren Verlauf wichtig, um Rückschlüsse auf die Entwicklungen in der Vergangenheit, der Gegenwart und auch für die Zukunft zu ermöglichen. Professionelles Handeln wird nachweisbar. Kommunikations- und Interaktionsprozesse zwischen den verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung, mit externen Netzwerkpartnern oder mit den Angehörigen sollen Kenntnisse über die Gesamthandlung ermöglichen. Alle für den Pflegeprozess relevanten Daten werden im Pflege- und Betreuungsbericht dokumentiert.

Ein Bericht beschreibt immer eine bestimmte Situation, 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 und nachzuvollziehen. 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 nachverfolgen 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 Pflege- und Betreuungszeitraum, d.h. im Puzzle des Gesamtverlaufs 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).

WAS HEISST ES EIGENTLICH »PROFESSIONELL ZU 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 weitreichender 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, die Gesprächspartnerin zu interessieren, die eigene Wichtigkeit zu zeigen und zu demonstrieren, dass »sie Bescheid weiß«. Sie ist wer, sie ist wichtig.



Abb. 1: Unterschiede zwischen Berichterstattung und erzählender Informationsweitergabe.

Um einen derartigen Bericht geht es beim Pflege- und Betreuungsbericht 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 Pflege- und Betreuungsbericht werden verschiedene Erwartungen gestellt.

2.1 Merkmale einer professionellen Berichterstattung

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 und zu begründen,
- 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 Pflege- und Betreuungsteams 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 und soziale Betreuung nachzukommen und
- Zusammenhänge zwischen einer Ursache und einer Wirkung erkennen zu können.

Beispiel

»Anforderungen an eine gute Dokumentation: Lesbarkeit, Verständlichkeit, Orientierung am Pflege- und Betreuungsprozess, datiert, signiert, mit Tinte geschrieben, nicht verfälscht, kontinuierlich geführt, übersichtlich, wertneutral, aktuell.«*

* Flumeri et. al 2003:5

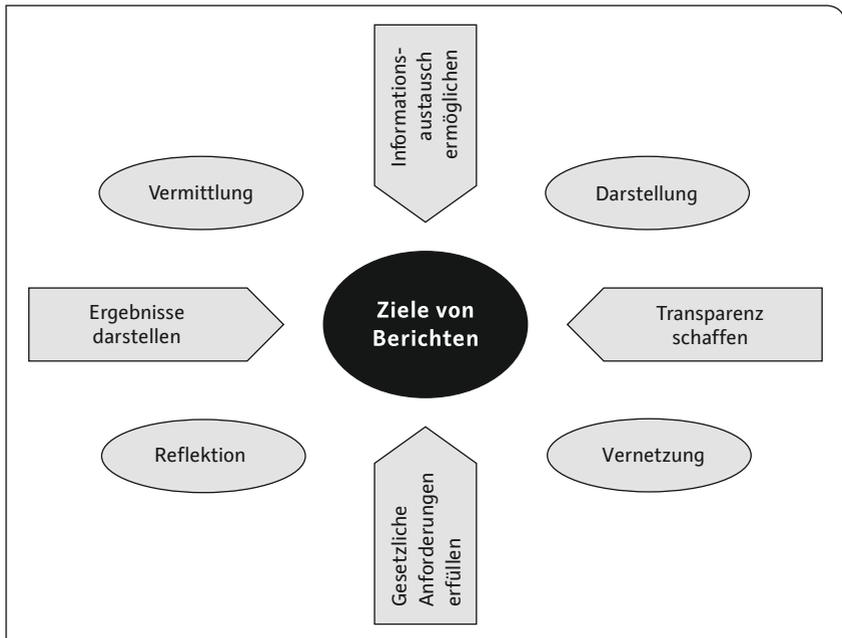


Abb. 2: Ziele von Berichten.

2.1.1 Schriftliche Darstellung

Neben der mündlichen Weitergabe von Kurzinformationen kann ein geeigneter Bericht nur schriftlich erfolgen. Der Zeitdruck in den Einrichtungen, die Tatsache, dass immer wieder Tätigkeiten unterbrochen werden müssen, weil andere Bewohner kurzfristig und dringlich der Hilfe bedürfen, die Unfähigkeit des menschlichen Gehirns, komplexe Zusammenhänge

6 DER PFLEGE- UND BETREUUNGSBERICHT IN DER VERWENDUNG DER SIS® (STRUKTURIERTE INFORMATIONSSAMMLUNG)

Unter SIS® wird die Strukturierte Informationssammlung oder – eher gesagt – die Verwendung einer stark entbürokratisierten Form von Pflegeplanung verstanden. Die Kernmerkmale der SIS® sind:

- Die Beschreibung der Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen zu seinen Vorstellungen und Einschätzungen, seiner Situation, seinen Bedürfnisse sowie Beschreibungen den Handlungsplan betreffend werden mit der pflegfachlichen Einschätzung vernetzt. (Dieser Teil könnte auch in einem separaten Evaluationsbogen beschrieben werden. Die sich verändernden Einschätzungen des Betroffenen müssen ggf. zu einer Veränderung der Handlungsplanung führen.)
- Die Zusammenfassung nur der wichtigsten Informationen in Themenfeldern, die mit dem Assessment der Begutachtungsrichtlinie, d. h. dem Begutachtungsinstrument – deckungsgleich sind. Es erfolgt kein kleinschrittiges Abfragen einzelner Fähigkeiten.
- Die Risikoeinschätzung wird aufgrund der pflegerischen Expertise zunächst allgemein vorgenommen. Nur bei einem nicht auszuschließenden Risiko in einem oder mehreren Bereichen entscheidet die Pflegefachkraft, ob sie zur intensiveren Einschätzung ein Assessment, ein Protokoll, andere Verfahren der Kranken- und Verhaltensbeobachtung einsetzt. Bei einem eingeschätzten, nicht vorhandenen Risiko müssen entsprechende Kompetenzen im entsprechenden Themenfeld erkennbar sein. Die Anwendung systematischer und standardisierter Dokumente zur Risikoeinschätzung wird minimiert. Ändert sich später die Einschätzung zu den Risikobereichen, wird dieses im Evaluationsdokument oder im Bericht vermerkt und das aktuelle Risiko konkretisiert.
- Die Minimierung des Einsatzes von Protokollen. Leistungen wie das Anreichen von Getränken oder Unterstützung beim Positionswechsel können im Handlungsplan vorgeplant werden und müssen entsprechend nicht mehr protokolliert werden. Im Hinblick auf Bewegungsprotokolle, Fixierungsprotokolle bleibt die Forderung des Nachweises entsprechend des MDK weiterhin bestehen. Die Ursache für die Notwendigkeit ein Bewegungsprotokoll zu führen, ist darin zu sehen, dass der Bewohner

immer individuell mitentscheiden kann, wie er liegen bzw. welche Position er einnehmen will. Bei der Anwendung einer freiheitsentziehenden/freiheitseinschränkenden Maßnahme (Fixierung) liegt immerhin eine Einschränkung der im Grundgesetz beschriebenen Persönlichkeits- bzw. Grundrechte vor, die nicht ohne Weiteres, sondern nur mit einer richterlichen Genehmigung vorgenommen werden darf. Auch erzeugt diese zahlreiche neue Gefährdungen, sodass der Zeitpunkt/die Uhrzeit (Fixierung und Entfixierung), die Art, der Umfang und die Auswirkungen dieser Maßnahme beschrieben werden müssen. Die Auswirkung einer solchen Maßnahme ist immer wieder zu evaluieren. Die Notwendigkeit, diese Maßnahme fortzusetzen oder zu beenden, muss beschrieben werden. Hierzu eignet sich der Evaluationsbogen oder der Pflegebericht.

- Leistungszeichen nach der Durchführung grundpflegerischer Handlungen entfallen. Hier gilt das sogenannte »Immer-So-Prinzip«. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein Plan mit dem Ziel erstellt wird, diesen auch anzuwenden. Wird nun von diesem abgewichen, so ist die Abweichung (Art, Umfang, Begründung, Auswirkung) zu dokumentieren. Um erkennen zu können, dass eine Abweichung vorgenommen wurde, muss der Handelnde allerdings den erstellten Plan kennen, eine Bedingung, die nicht immer gegeben ist. Für Maßnahmen der Behandlungspflege bleibt weiterhin die Pflicht zur Abzeichnung mit dem Handzeichnen bestehen, da hier bei juristischen Klärungsprozessen der Durchführende erkennbar sein muss. Abweichungen im Bewohnerverhalten, in seinem Zustand oder in der Durchführung der Maßnahmen müssen dokumentiert werden.

6.1 Welche Bereiche sind bei der Verwendung der SIS® im Pflege- und Betreuungsbericht zu beschreiben?

Alle aktuell auftretenden Besonderheiten, Veränderungen und Entwicklungen werden beschrieben.

Veränderungen beim Betroffenen

- Sich verändernde Einschätzungen, Bedürfnisse des Betroffenen, sich veränderndes Verhalten
- Sich verändernde Kompetenzen: Zu- oder abnehmende Fähigkeiten, Kompetenzen (Handlungen, die der Betroffene tatsächlich umsetzt)
Sich verändernde Hilfebedarfe
- Neu auftretende Probleme (Art und Häufigkeit)
- Sich verändernde Risiken
- Beschreibungen zum Wohlbefinden (auch im Hinblick auf die Auswirkungen der Versorgung)
- Veränderungen in der Wirkung von Maßnahmen

Beispiel

Abweichungen in der Umsetzung von Maßnahmen durch die Mitarbeiter

- Abweichungen vom Handlungsplan (wie sah die Handlungsabweichung konkret aus? Was wurde anders gemacht? Warum wurde es anders gemacht? Welche Wirkung zeigte sich?)
- Absprachen mit anderen Mitgliedern des Teams

Besonderheiten

Alle unter Kap. 12 genannten Bereiche können, falls sie wichtig für die Weitergabe an andere Mitarbeiter sind oder der juristischen Absicherung dienen, auch bei der Verwendung der SIS® beschrieben werden. Lediglich die Notwendigkeit der Beschreibung wird hier stärker geprüft und es gibt keine Verpflichtung zur generellen Dokumentation in festgelegten Intervallen.

13 WAS GEHÖRT NICHT IN DEN PFLEGEBERICHT?

Der Pflegebericht ist keine erweiterte Leistungsdokumentation. Durchgeführte Leistungen werden im Leistungsnachweis dokumentiert. Im Pflegebericht finden sich nur dann Hinweise auf Leistungen, wenn sie von den in der Pflegeplanung geplanten Leistungen hinsichtlich Häufigkeit, Art, Zeitpunkt, Dauer oder Umfang abweichen.

13.1 Konflikte und Organisationsanweisungen zwischen den Berufsgruppen oder Mitarbeitern

In den Pflegebericht gehören keine kritischen Äußerungen einer Pflegekraft über andere oder Korrekturvorschläge zum Umgang mit der Dokumentation von der PDL für eine Pflegekraft. Derartige Informationen werden zunächst im persönlichen Gespräch geklärt und nach Lösungen gesucht.

Beispiele

- »Frau P. war heute sehr unruhig. Wahrscheinlich hat der soziale Dienst sie nicht ausreichend beschäftigt.«
- »Ab morgen muss der Nachtdienst Frau J. spätestens um 2:00 Uhr in der Früh auf die Toilette bringen, auch wenn sie das nicht will. Ansonsten ist am Morgen das ganze Bett nass.« (In diesem Fall ist eine kurze Fallanalyse erforderlich, in der zwischen den Beteiligten und unter der Beachtung des Willens des Betroffenen geklärt wird, welche Handlungen sinnvoll und gewünscht sind.)

13.2 Unangemessene, nichtssagende Äußerungen

Äußerungen wie »alles wie gehabt«, »o.B.« (ohne Befund), »wie gestern«, »keine Änderung«, »Zustand stabil«, »Allgemeinzustand so und so«, »Ernährungszustand reduziert« etc. lassen keine Reflexion des Pflegenden erkennen und geben keine genauen Auskünfte über den Zustand des Bewohners.

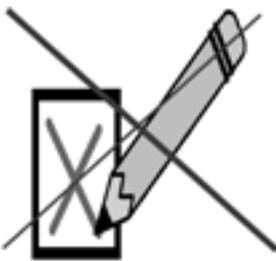
Beispiel

»Während des Inkontinenzmaterialwechsels hatte Frau K. im Vergleich zu heute Morgen keine Atemprobleme mehr.« (Nicht nur schreiben »Zustand stabil«!).

Auch Begriffe, die einer bestimmten Generation zugeordnet werden können, für die jedoch kein allgemeines Verständnis zugrunde liegt, sind zu vermeiden.

Beispiele

- »Frau B. war heute abgespaced.«
- »Herr Y. zog sich zum Chillen auf sein Zimmer zurück.«
- »Frau Z. war heute gut drauf.«

Was gehört nicht in den Pflegebericht?

1. Keine Leistungen, die in den Leistungsnachweisen bereits dokumentiert sind, die nicht verändert wurden!
2. Keine kritischen Äußerungen einer Pflegekraft gegenüber einer anderen!
3. Keine allgemeinen Äußerungen wie »alles wie gehabt ...«, »alles ok«, »Zustand stabil ...«
4. Keine Beschreibung einer unterlassenen Hilfeleistung ohne fachliche Begründung

Abb. 15: Was gehört nicht in den Pflegebericht?

13.3 Verallgemeinernde, stigmatisierende Beschreibungen

Verhaltens- oder Zustandsbeschreibungen, die einen verallgemeinernden und stigmatisierenden Charakter haben, sind im Pflegebericht ungeeignet.

Beispiele

- »Bewohner ist aggressiv.«
- »Bewohner ist depressiv.«
- »Bewohner ist ungepflegt.«
- »Bewohner zeigt ein auffälliges Verhalten.«
- »Bewohner ist verwirrt.«

Bei allen Beispielen bedarf es eher der Beschreibung von Beobachtungsergebnissen, die einen solchen Eindruck entstehen lassen.

Statt »Bewohner ist aggressiv« sollte es konkret heißen:

- »... schlägt ihre Mitbewohnerin mit dem Stock, wenn diese ...«
- »... beschimpfte mich heute mit den Worten ..., als ich ...«
- »... reißt wiederholt alles vom Tisch, schaut dabei mit einem zurückweisenden Blick und ruft: ›Hau ab, Du ..., wenn... das so und so ist.«
- »... schreit, wenn ...«
- »... spuckt, wenn Pflegehandlungen durchgeführt werden.«
- »... schlägt die Hand der Pflegeperson weg, wenn ...«
- »... reißt sich los, versucht wegzulaufen, wenn das und das so und so ist ...«
- »... erhebt drohend die Stimme ...wenn«

Prinzipiell ist immer zu prüfen, ob es sich wirklich um eine Aggressivität handelt oder ob der Bewohner ein Verhalten einsetzt, um sich selbst zu schützen oder um etwas abzuwehren. Eine Abwehr entsteht z. B. besonders oft, wenn der Betroffene in seiner Bedürfnissituation nicht erkannt und nicht ausreichend darauf eingegangen wurde.

Statt »Bewohner ist depressiv« sollte es konkret heißen:

- »... weint leise vor sich hin.«
- »... lehnt den Kontakt zu anderen Menschen ab.« (Angaben wie: Hat er dies geäußert oder zeigt er es durch sein Verhalten? Dann angeben, welches Verhalten sich zeigte.)
- »... zeigt kein Interesse an Leistungen der sozialen Arbeit.« (Wodurch erkennbar? Auf welche Leistungen bezog sich die Ablehnung?)
- »... zieht sich wiederholt in ihr Zimmer zurück. Was heißt wiederholt und in welchen Situationen«
- »... zeigt ein trauriges Gesicht.« (Immer oder nur bei bestimmten Handlungen oder zu bestimmten Uhrzeiten?)
- »... lässt alles über sich ergehen, zeigt keine Reaktion.«
- »... zeigt keinen Appetit, isst nur wenig.« (Wie viel und von was?)
- »... möchte keine Bilder im Zimmer aufhängen, lehnt eine Gestaltung mit privaten Gegenständen ab, sagt: Ich gehe sowieso bald wieder.«.

Insbesondere nach dem Einzug ist zu prüfen, ob der Bewohner nicht ein Recht auf Traurigkeit hat, ob er die neue Situation nicht erst einmal verarbeiten muss. Zudem sind die Begriffe »depressiv sein« oder »Depression« von »traurig sein« oder »Traurigkeit« zu unterscheiden. Die ersten Begriffe werden bevorzugt im Kontext pathologischer und ggf. sogar behandlungsbedürftiger Zustände verwendet, während die zweiten normalen menschlichen Reaktionen entsprechen und eher Zuwendung erfordern.

Statt »Bewohner ist ungepflegt« sollte so konkret heißen:

- »... hat ständig Flecken auf der Kleidung, lehnt einen Wäschewechsel ab.«
- »... lässt sich nicht rasieren, wirkt ungepflegt.«
- »... hat fettige Haare, schuppige Kopfhaut, wirkt ungepflegt.«
- »... riecht nach Urin oder alten Schweiß, wirkt ungepflegt.«
- »... hat lange, ungepflegte, weil schwarz unteränderte Fingernägel.«
- »... hat wiederholt Speisereste im Gesicht, wirkt ungepflegt.«
- »... Zähne sind wiederholt mit einer dicken Schicht von Speiseresten behaftet, wirkt ungepflegt, hat unangenehmen Mundgeruch.«

Es ist immer zu bedenken, ob der eigene Maßstab für die Bewertungsparameter »gepflegt« oder »ungepflegt« wirkt oder ob der beobachtete Zustand den biografischen Gewohnheiten des Betroffenen entspricht. Zudem sollte immer genau beschrieben sein, was bzw. welcher Bereich ungepflegt wirkt, damit der Eindruck nicht auf den Menschen in seiner Ganzheit übertragen wird.

Statt »Bewohner zeigt ein auffälliges Verhalten« sollte es konkret heißen:

- »... reagierte heute im Gegensatz zu ihrem sonstigen Verhalten so und so ...«
- »... lief von 1:00 bis 4:50 Uhr auf dem Flur unruhig hin und her.« (Zeiten, zu denen der Betroffene sonst schläft.)
- »... hat heute nur ca. 1/8 ihrer normalen Portion gegessen.«
- »... hat heute Mittag erbrochen.« (wenn dies sonst nicht auftritt)
- »... fragte in der Nacht wiederholt nach ihrer Mutter. Diese ist seit 18 Jahren verstorben.«
- »... meinte heute Nacht, dass die Nachtschwester sie umbringen will, erzählte heute Morgen ganz aufgeregt davon«.

Ein auffälliges Verhalten wird immer als eine Abweichung vom sonstigen Verhalten erfasst. Daher ist immer die Abweichung zu beschreiben. Nur so lässt sich erkennen, auf welchen Bereich der Aktivitäten sich diese bezieht, wie die Abweichung sich zeigt und welches Ausmaß sie hat.

Statt »Bewohner ist verwirrt« sollte es konkret heißen:

Der Begriff »Verwirrung« ist inadäquat, ungenau. Sinnvoll ist es konkret anzugeben, auf welche Bereiche sich die Desorientierung bezieht: situative, zeitliche, örtliche oder personelle Desorientierung. Konkrete Angaben hierzu sind auch im Hinblick auf das neue Begutachtungsverfahren zur Pflegebedürftigkeit sinnvoll (vgl. Kap. 12.7):

- »... hat sich heute mehrere Schichten Kleidung übereinander angezogen.« (Situative Desorientierung)
- »... fragt wiederholt, wie spät es sei, dachte, es wäre schon Nacht.« (Zeitliche Desorientierung)
- »... hat heute ihre Tochter nicht erkannt, hielt sie für ihre Nachbarin.« (Personale Desorientierung)

- »... sagte beim Blick in den Spiegel während der Grundpflege: »Nehmen Sie diese fremde Frau weg, die schaut mich immer so böse an.« (Personale Desorientierung)
- »... fand heute wiederholt den Speiseraum nicht. Kam zu allen Mahlzeiten und fragte, wo sie hinsolle.« (Räumliche Desorientierung)

Auch hier ist immer zu beschreiben, in welcher Hinsicht der Bewohner verwirrt ist und wie sich die angenommene Verwirrung genau zeigt. Auch sollte die Pflegekraft stets nach ursächlichen Faktoren forschen. Das erste Beispiel, in dem die Bewohnerin mehrere Schichten Kleidung übereinander angezogen hat, kann auch ein Hinweis darauf sein, dass ihr kalt war, dass sie einen Infekt entwickeln wird, oder dass die Temperatur im Zimmer für sie in ihrer Inaktivität zu niedrig ist. Für die Pflegekraft scheint die Reaktion der Bewohnerin auf den ersten Blick unverständlich, da ihr selbst ggf. aufgrund der körperlichen Aktivität eher zu warm ist.

Sinnvoll ist es hierbei zu beschreiben:

1. Was sehe ich?
2. Was höre ich?
3. Was rieche ich?
4. Was fühle ich?

Jede Wahrnehmung basiert auf einer Einschätzung, die der Beobachtende aus einem bestimmten Blickwinkel vornimmt. Jede Situation lässt sich aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Zudem wendet der Beobachter Unterscheidungskriterien an, die auf sogenannten binären Codes, also Gegensätzen beruhen (laut oder leise, unruhig oder ruhig). Die Einschätzung wird zudem vom eigenen Befinden beeinflusst. Nach einer unruhigen Nacht empfindet der Mitarbeiter den Betroffenen möglicherweise eher als unruhig. Bei Abweichungen von der Norm sollte er zudem nach Ursachen forschen.

Immer sind hier die Zusammenhänge, die Uhrzeit, auslösende oder verstärkende Bedingungen zu klären und zu benennen. Auf diese Weise wird nach Möglichkeiten gesucht, die Situation oder das Angebot zu verbessern (vgl. auch Kap. 11.4).

18 FORMULIERUNGSHILFEN – BEISPIELE FÜR BESTIMMTE SITUATIONEN

Formulierungen werden vielfach als eines der Hauptprobleme von Pflegenden angesehen: »Wie schreibe ich es, damit es der andere versteht und es auch als das erkennt, was ich gemeint habe, was ich ausdrücken wollte?« Es ist oft nicht einfach, die Worte so zu wählen, dass der Inhalt unmissverständlich ist. »Die Sprache ist die Quelle aller Missverständnisse«, sagte schon der französische Schriftsteller Antoine de Saint-Exupéry. An dieser Erfahrung hat sich nichts geändert.

Sprache ist immer mehrdeutig. Das macht es so schwer, sich eindeutig und unmissverständlich auszudrücken.

Hoffnung machen kann hier die Erfahrung all derjenigen, die sich im sprachlichen Ausdruck, in der Formulierung von Zuständen und Entwicklungen schon geübt haben. Es wird immer einfacher. Nach einiger Zeit sind im Gehirn Formulierungshilfen abgespeichert, die dann unproblematisch und schnell abgerufen werden können.

Generell eignen sich zur leichteren Formulierung die Fragen, die schon in der Beobachtung hilfreich sind:

1. Was habe ich gesehen?
2. Was habe ich gehört?
3. Was habe ich gerochen?
4. Was habe ich mit meinen Händen gefühlt?
5. Was hat der Betroffene konkret gemacht? Wie lange? Wie intensiv? Wo? Wie oft hat er es gemacht?
6. Wodurch wurde etwas ausgelöst, verstärkt oder reduziert?
7. Wie ist es jetzt im Vergleich zu heute Morgen oder gestern Abend?
8. Was wurde anders gemacht oder unterlassen als es geplant war und warum (bei der SIS®)?

18.1 Formulierungshilfen bei wechselnden Situationen/Zuständen/Pflegezeiten

- »Immer häufiger zeigt sich, .../immer häufiger tritt ... auf« (wie oft im Durchschnitt?)
- »Immer seltener zeigt sich, .../immer seltener tritt ... auf« (wie oft im Durchschnitt?)
- »Je nach Tageszeit zeigt sich, .../je nach Tageszeit tritt ... auf« (zu welcher Tageszeit zeigt sich was?)
- »Je nach Tagesform/Befindlichkeit zeigt sich, .../je nach ...« (was zeichnet die Form aus, die zu ... führt?) Tagesform/Befindlichkeit tritt auf ...
- »Je nach Stimmungslage zeigt sich, .../tritt ... auf« (was zeichnet die Stimmungslage aus, die zu ... führt?)
- »Es wird weniger Zeit benötigt, wenn ...« (welcher Zustand ist gemeint? – Zustand beschreiben, welche Bedingung hilft Zeit zu sparen?)

Diese Beschreibungen finden sich bevorzugt bei der Ressourcen- und Problembeschreibung in der Pflegeplanung. Im Pflegebericht muss dann konkret die Situation beschrieben und ggf. verursachende Faktoren aufgezeigt werden:

- »Heute zeigte sich ein gehäuftes Auftreten von ... Insgesamt 6 Mal konnte Frau U nicht. ...«
- »Frau U. konnte heute die Körperpflege nicht durchführen, weil ...«
- »45 Minuten für die Körperpflege benötigt, weil Herr J. immer wieder zwischendurch weglaufen wollte.« (Verhaltensauffälligkeit/kognitive Einschränkung erkennbar?)
- »Heute im Frühdienst nur zweimal Positionswechsel durchgeführt. Frau Ö. litt unter Übelkeit, wollte auf dem Rücken liegen bleiben, lehnte häufigere Positionswechsel ab.«

18.2 Formulierungshilfen bei erhöhtem Pflegezeitaufwand

Eintrag in der Pflegeplanung: »Es wird mehr Zeit benötigt, wenn ...« (Zustand beschreiben! Begründen, warum mehr Zeit benötigt wird!)

Eintrag im Pflegebericht: »Heute 20 Minuten benötigt für die Körperpflege. Mehraufwand erforderlich, weil Frau B. (folgendes Verhalten/Problem) zeigte.«

»Insgesamt 45 Minuten für das Anreichen der Mahlzeit benötigt, weil Herr M. beim Anreichen immer wieder weglaufen wollte.« (Ursache für forderndes Verhalten immer analysieren, beschreiben.)

18.3 Formulierungshilfen bei langfristig gleichbleibenden Zuständen

Bei langfristig gleichbleibenden Zuständen wird die Entwicklung der Ressourcen- oder Problemsituation, der Grad der Zielerreichung oder die Befindlichkeit des Bewohners geschildert. Insbesondere auch positive Situationen sind zu vermerken (nicht nur negativ anmutende Veränderungen). Sie belegen, dass die bisherige Pflege sinnvoll und richtig ist und ihre Wirkung zeigt.

Beispiele

- »Frau F. fühlt sich nach dem Bad nach eigenen Angaben sehr wohl: »Im warmen Wasser kann ich entspannen und meine Schmerzen lassen nach.««
- »Herr N. hat heute nicht nur Gesicht und Hände selbst gewaschen, sondern konnte nach Anleitung auch die Oberarme pflegen.«
- »Frau Z. hat heute das erste Mal an einer Gruppengymnastik teilgenommen. Nach anfänglichen Problemen, sich in die Gruppe einzufügen, fand sie die anderen Bewohner dort sehr nett und möchte auch nächste Woche dort hingbracht werden.«

In der Pflegeberichterstattung geht es nicht darum, immer nur spektakuläre, von der Normalität stark abweichende Zustände und Situationen zu beschreiben. Vielmehr sind es oft die kleinen Veränderungen oder (z. B. bei dementen Menschen) das gelungene Beibehalten einer Leistung. Diese Erfolge sind zu dokumentieren, denn sie belegen auch die positiven Auswirkung der professionellen Pflege. In Intervallen sollte die Entwicklung eines Problems oder Phänomens beschrieben werden.

LITERATUR

- Ambrosy, H.; Löser, A. P. (2006): Entscheidungen am Lebensende Patientenverfügungen im Pflegealltag aus juristischer und pflegerischer Sicht. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Becker Ebel, J.; Behrens, Chr.; Davids, G.; Rödinger, N.; Schwermann, M.; Siting, H. B.; Wichmann, C. (2012): Palliative Care in Pflegeheimen. 3. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Beul, U. (2005): Der einfache Weg zur Pflegestufe. 4. Aufl. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.
- Blonski, H. & Stausberg, M. (2003): Prozessmanagement in Pflegeorganisationen. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung Dtsch Arztebl 2011; 108(7): A-346/B-278/C-278.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter): Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) (1.12/2015).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen) (2014): Hospizkultur und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen. Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit (2015): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin. 2. Auflage.
- Bundesministerium für Gesundheit (2007): Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin.
- Collier, I.; McCash, K. & Bartram, J. (1998): Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Urban & Fischer, Wiesbaden.
- DNQP (deutsches Netzwerk zur Qualitätssicherung in der Pflege). (2013): Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Osnabrück.
- Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F. & Geissler-Murr, A. C. (2002): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 3. Aufl., Huber Verlag, Bern.

- Doenges, M.; Moorhouse, M.; Geissler-Murr, A. (2002):** Pflegediagnosen und Maßnahmen. Hans Huber Verlag, Bern.
- Etzel, B. (1999):** Pflegekonzept. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Flumeri, D.; Hochuli, K.; Hunziker, M.; Huwiler, E.; Kodlinski, Ch.; Stierli, S.; Schaub, S.; Weber, M. & Heering, C.:** Pflegedokumentationen entsprechen nicht den Anforderungen. <http://www.pflegenet.com/wissen/facharbeiten/qpdhube.html> vom 04.03.2003.
- Grundgesetz (GG), Art 2 Abs. 2 der BRD.**
- GKV-Spitzenverband (2016):** Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016.
- Hecker, Th.; Krebs, E. M.; Molderings, S.; Rasek, J. (2017):** Praxisratgeber: die strukturierte Informationssammlung (SIS®). Richtig fragen – kompetent dokumentieren. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Heering, C. (1996):** Pflegevisite und Partizipation. Urban & Fischer, Wiesbaden.
- Hellmann, St. (2013):** Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung. Transparenzkriterien erfolgreich umsetzen. Bestnoten beim MDK erzielen. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Hellmann, S. & Kundmüller, P. (2006):** Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. 2. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Hillewerth, K.:** Pflegeberichte – ein unzuverlässiges Instrument. <http://www.pflegenet.com/wissen/facharbeiten/pflegeberichte.html>.
- Jendrosch, T. (1998):** Projektmanagement. Interne Prozessbegleitung in der Pflege. Huber Verlag, Bern.
- Kämmer, K. (2017):** Die neue Pflegedokumentation. Das Management-Handbuch für den optimalen Umstieg. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Kirchner, H. & Kirchner W. (2001):** Change-Management im Krankenhaus. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Klie, T.:** »Zum Urteil des LG Heidelberg.« In: www.vinzentz.net/echt/ahheimrechtarchivcfm?IID_recht=24.
- König, J. (2017):** das neue Begutachtungsinstrument. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK: gezielt vorbereiten souverän meistern. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

- König, J. (2014):** Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. 8. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- König, J. (2007):** Was die PDL wissen muss. 3. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Krohwinkel, M. (2007):** Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System. Entstehung, Entwicklung und Anwendung. Hans Huber Verlag, Bern.
- Lepthin, T. (2004):** Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie. 2. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Lipp, V.; Brauer, D. (2013):** Behandlungsbegrenzung und »Futility« aus rechtlicher Sicht. In: Zeitschr. Für Palliativmedizin. 2013. 14: 121–126.
- Löser A. (2016):** Palliative Care in der stationären Altenpflege. Schlütersche, Hannover.
- Löser, A. (2015):** Ein andere Art von Pflege. www.altenpflege-online.net. Dossier S. 8–13.
- Löser, A. (2014):** Pflegeplanung in der Palliativpflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Löser, A. (2014):** Der Sterbende entscheidet. Hannover. Altenpflege 10/14. S. 3437.
- Löser, A. (2004):** Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. 2. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Löser, A. (2008):** Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege. Leicht und sicher selbst erstellen. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2005):** Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.):** Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien – BRi) vom 15.04.2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2017):** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 27. September 2017. Essen.
- Messer, B. (2004):** Tägliche Pflegeplanung in der Altenhilfe. 2. Aufl., Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Miller, A.:** Wird die Pflegequalität durch die Anwendung des Pflegeprozesses beeinflusst? In: Pflege (Huber) Nr. 2 (Band 1) pp94.
- Möhler, R.:** Interventionen zur Vermeidung und Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege: Herausforderungen bei der Synthese komplexer Interventionen. Pflege 2015, 28: 181–182
- Perry, C.:** Arbeitsblätter zur Pflegeplanung. Universitätsspital Zürich 1986/87/88.
- Ricka-Heidelberger, R.; Schmidt-Bless, C. & Schaufelberger H. J. (1993):** Beurteilung der Selbstpflegefähigkeiten durch Patienten und Krankenschwestern im Akutspital. Kaderschule für Krankenpflege. SBK. Bern.
- Saint-Exupery, A. (1991):** Man sieht nur mit dem Herzen gut. Herder Verlag, Freiburg i. Breisgau.
- Siebert, H. (2000):** Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. 3. Auflage. Ziel Verlag, Neuwied.
- Steinkamp, N.; Gordijn, B. (2005):** Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 2. überarb. Auflage. Neuwied. Köln, München. Luchterhand.
- Weiß, C. (2000):** Professionell dokumentieren. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- WTG (Wohn- und Teilhabegesetz) NRW, Fassung vom 24.02.2012.**
- <http://www.ein-step.de>. (Schulungsunterlagen) Recherche am 3.10.2016. 12:30 Uhr
- <http://www.martemeeo-deutschland.de/marte-meeo-methode.html>. Recherche am 03.10.2016. 13:00 Uhr
- [www.Zitate.online.de/Stichwort Saunders](http://www.Zitate.online.de/Stichwort%20Saunders)

REGISTER

- Abkürzungen 88
- Abneigungen 149
- Absicherung, juristische 62
- Abwehrverhalten 142, 148
- AEDL 179
- Alltagsbegleiter 233
- Angehörige 279
- Arztvisite 274
- Aushandlungsprozess 200
- Äußerungen
 - unangemessene 252
- Begriffe
 - stigmatisierende 80
- Begutachtungsrichtlinie (BRi) 60
- Beobachtungsparameter 285
 - objektive 285
 - subjektive 287
- Bereichspflege 122
- Bericht
 - Formulierungen 34
 - Lesbarkeit 33
 - Pflege- und Betreuungsbericht-, Wertfreiheit 27
 - Zielgruppe 36
- Berichterstattung
 - mündlich 84
 - mündliche 84
 - professionelle 47
 - schriftlich 84
 - schriftliche 84
- Beschreibungen
 - stigmatisierende 254
- Beschreibung, sachliche 27
- Beschwerden 279
- Betreuungsbericht 20
- Betreuungskräfte
 - zusätzliche 111, 233
- Betreuungsprozess 40
- Bewegungsplan 266
- Bewerbungsassessment 316
- Bewohner
 - Befinden 140
- Beziehung 149
- Bezugspflege 123
- BI (Begutachtungsinstrument) 212, 214
- Bilanzierungsbogen 265
- Checkliste 304
- Darstellung, schriftliche 24
- Datensammlung 132
- Diagnose 90
 - pflegebegründende 92
- Diagnosen
 - pflegebegründete 213
- Dokumentation
 - professionelle 23
- Dokumentationsblätter 262
- Dokumentation, zeitnahe 113
- Einstellungsgespräch 317
- Eintragungen, unzulässige 46
- Einzelbeobachtungen 288
- Entscheidungsautonomie 135
- Ergebnisorientierung 37
- Ethische Fallbesprechung 204

- Evaluation 65, 179, 299
- Expertenstandards 239

- Fachbegriffe 89
- Fallbesprechungen 202
- Farbsignale 99
- Formulierungshilfen 292
- Fragestellungen
 - juristische 281
- Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) 267
- Frühdienst 126
- Führen und Leiten 315
- Funktionspflege 120

- Gestik 144
- Gewohnheiten 149

- Interdependenz 290
- Interventionen 176

- Kategorisierung
 - Berichtseinträgen 95
- Kommunikation 199, 205
 - im Pflorgeteam 69
- Konflikte 252
- Kontextfaktoren 194
- Kooperation 199
- Körperspannung 145
- Kumulation 290

- Lebensqualität (Palliative Care) 153
- Leistungsnachweise 264

- Maßnahmen
 - Erweiterung 73
 - Wegfall 74

- MDK-Begutachtung 214, 215
- MDK-Eingruppierung 274
- MDK-Qualitätsprüfung 82
- Messinstrumente 286
- Meta-Evaluation 258, 300
- Mimik 144
- Mitarbeiterentwicklung 318
- Modulbereiche 57
- Module 216
- Muskelspannung 145

- Nachtdienst 129
- Netzwerkpartner 210

- Organisationsanweisungen 252

- Palliative Care 153
- Palliativsituation 152
- PDCA-Zyklus 50
- Pflegebericht 20
 - Bedeutung 48
 - -erstattung 295
 - Fehler 323
 - Stil 85
- Pflege- Betreuungsmaßnahmen 71
- Pflegediagnosen 90
- Pflegefachkraft
 - examinierte 109
- Pflegegrad 54, 57
- Pflegehilfskraft 111
- Pflegekraft
 - durchführende 110
- Pflegekraft, beauftragte 111
- Pflegeorganisationsformen 120
- Pflegeplanung
 - tagesstrukturierte 173
- Pflegeplanungersatz 75

- Pflegeproblem 161
- Pflegeprozess 40
- Pflegesituation, reale 52
- Pflege- und Betreuungsbericht
 - Aussagefähigkeit 27
- Pflege- und Betreuungsplanung 263
- Pflegevisite 67, 276
- Primary Nursing 124
- Problemtransfer 191
- Profession 23
- Projektplanung 297
- Prozesse
 - vernetzte 271
- Qualitätsmanagement 309
- Qualitätssicherung 50
- Rahmenbedingungen
 - juristische 44
- Reaktionen, gerontopsychiatrische 163
- Risikosituation
 - bestehende 74
- Rituale, biografische 149
- Schichten 126
- Schulung 298
- Selbstaussagen 137
- Selbstbestimmung 134
- Selbstbestimmungsrecht 134
- Selbstreflexion 79
- Selbstständigkeit 227
- Signatur 94
- Sinnesorgane 288
- SIS® (Strukturierte Informations-
sammlung) 41, 105, 173
- Soziale Betreuung 230, 231
- Spätdienst 128
- Strukturierung
 - Berichtseinträgen 95
- Team, interdisziplinäres 112
- Trainingsmöglichkeiten 303
- Übergabe 114, 271
- Verantwortungsbereiche 108
- Verhalten 145
- Verhalten, herausforderndes 148
- Verknüpfung
 - interpunktueller 38
- Verweis 96
- Vorlieben 149
- Vorschriften, rechtliche 46
- WHO 153
- Widerspruch 274
- Willen 133
 - geäußerter 133
- Wochenbericht 117
- Wohlbefinden 142
- Zielbeschreibung 295
- Zielgruppenorientierung 36
- Zielvereinbarungsgespräche 319
- Zufriedenheit der Bewohner 61
- Zuständigkeiten 108

Rat und Hilfe

Die 7., aktualisierte Auflage enthält eine Fülle aktueller Informationen zur Erstellung und Nutzung von Pflege- und Betreuungsberichten. So werden neueste gesetzliche Anforderungen berücksichtigt und spezielle Aussagen zum Wohlbefinden bzw. Abwehrverhalten und zur Palliativsituation getroffen. Ferner wird der Pflegebericht als Instrument zur Darstellung des geäußerten oder gezeigten Willens des Bewohners betrachtet.

Viele Praxisbeispiele und kurzgefasste Anleitungen helfen Ihnen dabei, den Pflege- oder Betreuungsbericht schnell, unkompliziert und optimal zu erstellen – im Sinne des Pflegebedürftigen und der gemeinsamen Pflege.

Lernen Sie, wie leicht es ist, professionell und effizient zu dokumentieren.

Kurz gefasster Ratgeber

Verständlich

Aktuell

Die Autorin

Angela Paula Löser ist Diplom-Pädagogin, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester für Pflege in der Onkologie und in Palliative Care, Interne Auditorin sowie freiberufliche Dozentin.

ISBN 978-3-89993-967-5



9 783899 939675