

Angela Paula Löser

Berück-
sichtigt
die SIS und
das NBI

Pflege- und Betreuungsberichte professionell schreiben

Tipps und Vorschläge für Mitarbeiter
in stationären Altenpflegeeinrichtungen

6., komplett überarbeitete und ergänzte Auflage

PFLEGE

kolleg



S

schlütersche

Angela Paula Löser

Pflege- und Betreuungsberichte professionell schreiben

6., vollst. überarbeitete u. aktualisierte Auflage

PFLEGE

kolleg

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.

*»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

**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch
Anmelden 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 978-3-89993-387-1 (Print)

ISBN 978-3-8426-8881-0 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8882-7 (EPUB)

**© 2017 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 6. Auflage	14
Einleitung	16
1 Der »Pflegebericht« – Versuch einer Begriffserklärung	19
1.1 Vergleichbare Terminologie	19
2 Was heißt es eigentlich »professionell zu dokumentieren«? ..	20
2.1 Merkmale einer professionellen Berichterstattung	21
2.1.1 Schriftliche Darstellung	22
2.1.2 Sachliche Beschreibung	24
2.1.3 Aussagefähigkeit und Wertfreiheit des Berichts	25
2.1.4 Lesbarkeit	30
2.1.5 Verständliche, nachvollziehbare Formulierungen und die Bedeutung der Fachsprache im Pflege- und Betreuungsbericht	31
2.1.6 Zielgruppenorientierung	33
2.1.7 Ergebnisorientierung	34
2.1.8 Interpunktueller Verknüpfung: Bezugnahme auf den Vorbericht	35
2.1.9 Orientierung am Pflege- und Betreuungsprozess	36
2.1.10 Kontinuität und Prozesshaftigkeit	39
2.1.11 Berücksichtigung juristischer Rahmenbedingungen ..	40
2.1.12 Rechtliche Vorschriften	43
3 Die Bedeutung des Pflegeberichts – Welche Gründe sprechen für eine korrekte und angemessene Berichterstellung?	44
3.1 Das Ziel einer fachlich hochwertigen, professionellen Leistung	44
3.2 Eine Maßnahme der Qualitätssicherung	46
3.3 Darstellung der Entwicklung des Bewohners in der realen, täglichen Pflegesituation	48
3.4 Darstellung des tatsächlichen Pflegebedarfs – Unterstützung bei der Eingruppierung in einen Pflegegrad	49
3.5 Höhere Zufriedenheit der Betroffenen	55

3.6	Juristische Absicherung der Pflegenden	56
3.7	Strukturhilfe bei der Evaluation der Pflegeplanung	59
3.8	Strukturhilfe bei der Durchführung der Pflegevisite	61
3.9	Hilfe zur Förderung der Kommunikation im Pflege- und im interdisziplinären Team	62
3.10	Begründungsdokument für Durchführung oder Unterlassung von Pflege- oder Betreuungsmaßnahmen	64
3.11	Dokumentation bei Erweiterung von Maßnahmen	66
3.12	Dokumentation bei Reduzierung/Wegfall von Maßnahmen ..	67
3.12.1	Wegfall von Maßnahmen bei bestehender Risiko- situation	67
3.13	Der Pflegebericht als Pflegeplanungersatz bei kurzfristigen Problemen und Erkrankungen	68
3.14	Der Pflegebericht als integraler Bestandteil der Pflegeplanung	69
3.15	Der Pflegebericht als Möglichkeit zur Selbstvergewisserung und -reflexion	72
3.15.1	Detaillierte Dokumentation stigmatisierender Begriffe	73
3.15.2	Überprüfung der eigenen Verhaltensweisen	74
3.16	Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege gemäß §§ 112, 114 SGB XI	75

4	Der Unterschied zwischen mündlicher und schriftlicher Berichterstattung	77
----------	--	-----------

5	Wie wird der Pflege- und Betreuungsbericht geschrieben? ..	78
5.1	Stil	78
5.2	Abkürzungen	81
5.3	Fachbegriffe	82
5.4	Diagnosen, pflegebegründende Diagnosen, Pflegediagnosen	83
5.5	Erkennbare Signatur	87
5.6	Strukturierung und Kategorisierung von Berichtseinträgen ..	88
5.6.1	Möglichkeiten, in der Papierdokumentation Einträge zu kategorisieren (Kategorien zu bilden)	89
5.6.2	Möglichkeiten, in der EDV-gestützten Dokumentation Einträge zu kategorisieren (Kategorien zu bilden)	91
5.7	Farbsignale in der Papierdokumentation	92

5.8	Klärende Fragen vor der Niederschrift	92
5.8.1	Was will ich schreiben? Was ist mir wichtig? Was ist für die übrigen Mitarbeiter wichtig?	92
5.8.2	An wen richtet sich meine Eintragung?	93
5.8.3	Wie soll ich schreiben, damit der »Leser« meinen Bericht versteht?	94
5.8.4	Wie werden entsprechende Daten erhoben?	94
5.8.5	Wie ausführlich muss ich schreiben, damit mein Bericht verständlich ist?	95
5.8.6	Welche Absichten verfolge ich mit der Eintragung? Was ist mein Ziel?	96

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

6.1	Welche Bereiche sind bei der Verwendung der SIS zu beschreiben?	98
-----	--	----

7 Wer schreibt den Bericht?

7.1	Zuständigkeiten oder Verantwortungsbereiche	100
7.2	Examierte Pflegefachkraft	101
7.3	Durchführende Pflegekraft	102
7.4	Beauftragte Pflegekraft	102
7.5	Pflegehilfskräfte (nicht examinierte Mitarbeiter)	103
7.6	Zusätzliche Betreuungskräfte (Mitarbeiter nach Paragraph 43b SGB XI)	103
7.7	Mitglieder des interdisziplinären Teams	104

8 Wann sollte der Pflegebericht geschrieben werden?

8.1	Zeitnahe Dokumentation	105
8.2	Dokumentation nach Durchführung mehrerer Tätigkeiten ..	106
8.3	Dokumentation vor der Übergabe	106
8.4	»Umgedrehte« Übergabe – eine neue Möglichkeit	108
8.5	Dokumentation nach mehreren Tagen – der sogenannte Wochenbericht	109

9 Wie oft sollte der Pflegebericht geschrieben werden?

		110
--	--	-----

10	Pflegebericht – Vorteile und Probleme in den verschiedenen Pflegeorganisationsformen	112
10.1	Der Pflegebericht in der Funktionspflege	112
10.1.1	Wer schreibt den Pflegebericht in der Funktionspflege?	114
10.2	Der Pflegebericht in der Bereichspflege	114
10.2.1	Wer schreibt den Pflegebericht in der Bereichspflege?	115
10.3	Der Pflegebericht in der Bezugspflege	115
10.3.1	Wer schreibt den Pflegebericht im Bezugspflegesystem?	115
10.4	Der Pflegebericht beim Primary Nursing	116
10.4.1	Wer schreibt den Pflegebericht beim Primary Nursing-System?	116
11	Der Pflegebericht in den verschiedenen Schichten	117
11.1	Der Pflegebericht im Frühdienst	117
11.2	Der Pflegebericht im Spätdienst	119
11.3	Der Pflegebericht im Nachtdienst	120
12	Was wird im Pflegebericht dokumentiert und warum?	122
12.1	Sammlung von Daten innerhalb der ersten 14 Tage nach Aufnahme des Betroffenen	123
12.2	Der Pflegebericht als Instrument zur Darstellung des geäußerten oder gezeigten Willens des Bewohners	124
12.2.1	Selbstaussagen des Betroffenen	127
12.3	Beschreibung des aktuellen Befindens des Bewohners	130
12.3.1	Aussagen zum Wohlbefinden bzw. Abwehrverhalten	132
12.3.2	Spezifische Aussagen zur Palliativsituation	143
12.3.3	Aussagen zu einem »guten Sterben«	149
12.4	Entwicklung von Problemen, Kompetenzen und Situationen	150
12.4.1	Neu auftretende Probleme, sich verändernde Kompetenzen	150
12.4.2	Entwicklung eines bestimmten Pflegeproblems	151
12.4.3	Besondere gerontopsychiatrische Reaktionen	153
12.4.4	Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen, Zwischenfälle	155

12.4.5	Abweichung der Pflegedurchführung von der Planung	161
12.4.6	Reaktion des Betroffenen auf die angebotene bzw. durchgeführte Handlung	162
12.4.7	Wirkung von Interventionen	164
12.4.8	Ergebnisse von Evaluationen	167
12.4.9	Information über den Abschluss einer Problemlösung	175
12.4.10	Information über Problemtransfer in die Pflegeplanung	178
12.4.11	Modifikation der Pflegeplanung nach wiederholtem Auftreten eines Pflegeproblems	180
12.5	Zusammenhänge und Kontextfaktoren – Ursachen-Wirkungsbeschreibungen	181
12.5.1	Ereignisse mit direkter Auswirkung auf den Bewohnerzustand oder dessen Versorgung	182
12.5.2	Zusammenhänge bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder gerontopsychiatrischen Auswirkungen	185
12.6	Themenbereich Kommunikation und Kooperation	186
12.6.1	Der Aushandlungsprozess mit dem Betroffenen	186
12.6.2	Fallbesprechungen	188
12.6.3	Ethische Fallbesprechung	190
12.6.4	Kommunikation mit den Angehörigen	191
12.6.5	Kommunikation und Kooperation mit Netzwerkpartnern	196
12.7	Informationen für die Begutachtung mit dem NBI (Neues Begutachtungsinstrument)	198
12.7.1	Darstellung der Auswirkung pflegebegründender Diagnosen	199
12.7.2	Pflegebedürftigkeit gemäß NBI (Neues Begutachtungsinstrument)	200
12.8	Der Pflegebericht im Handlungsfeld der Sozialen Betreuung	216
12.8.1	Wirkung der Aktivitäten der Sozialen Betreuung	217
12.8.2	Beschreibung der Maßnahmen und Wirkungen der zusätzlichen Betreuungskräfte/Alltagsbegleiter	219
12.9	Pflegeberichte im Kontext der Expertenstandards	225

13	Was gehört nicht in den Pflegebericht?	236
	13.1 Konflikte und Organisationsanweisungen zwischen den Berufsgruppen oder Mitarbeitern	236
	13.2 Unangemessene, nichtssagende Äußerungen	236
	13.3 Verallgemeinernde, stigmatisierende Beschreibungen	238
14	Der zusammenfassende Pflegebericht als Instrument zur Meta-Evaluation	242
	14.1 Ziel der Zusammenfassung	242
	14.2 Vorgehen	243
	14.3 Häufig genannte Punkte in der Zusammenfassung	243
	14.4 Wer schreibt den zusammenfassenden Bericht?	245
15	Der Pflege- und Betreuungsbericht und seine Bedeutung innerhalb der Dokumentationsblätter/-masken	246
	15.1 Der Pflege- und Betreuungsbericht als Instrument im Pflege- prozess	246
	15.2 Schnittstelle zur Pflege- und Betreuungsplanung	247
	15.3 Schnittstelle zu den Leistungsnachweisen	248
	15.4 Schnittstelle zu den Reitern	249
	15.5 Schnittstelle zum Flüssigkeitsprotokoll/Trinkplan/Bilanzie- rungsbogen	249
	15.6 Schnittstelle zum Bewegungsplan	250
	15.7 Schnittstelle zum Nachweis »Freiheitsentziehende Maß- nahmen« (FEM)	251
16	Wie wird mit dem Pflegebericht gearbeitet?	254
	16.1 Vorbereitung und Nutzung des Pflegeberichts zu vernetzten Prozessen	255
	16.1.1 Bei der Übergabe	255
	16.1.2 Beim Widerspruch gegen eine MDK-Eingruppierung	258
	16.1.3 Bei der Arztvisite	258
	16.1.4 Bei der Pflegevisite	260
	16.1.5 Bei Beschwerden von Angehörigen – Vernetzung zum Beschwerdemanagement	263
	16.1.6 Bei juristischen Fragestellungen	265

17	Beobachtungsparameter: Wie und was soll beobachtet werden?	269
	17.1 Objektive Beobachtungsparameter	269
	17.1.1 Messinstrumente	270
	17.2 Subjektive Beobachtungsparameter	271
	17.2.1 Die Sinnesorgane als Messinstrumente	272
	17.3 Einzelbeobachtungen	272
	17.4 Vernetzung von Beobachtungen (Konstruktion, Kumulation, Analyse und Interdependenz)	273
18	Formulierungshilfen – Beispiele für bestimmte Situationen ..	276
	18.1 Formulierungshilfen bei wechselnden Situationen/Zuständen/Pflegezeiten	277
	18.2 Formulierungshilfen bei erhöhtem Pflegezeitaufwand	277
	18.3 Formulierungshilfen bei langfristig gleichbleibenden Zuständen	278
19	Implementierung einer angemessenen Pflegeberichterstattung	279
	19.1 Zielbeschreibung	279
	19.2 Projektplanung	281
	19.2.1 Schulung	282
	19.2.2 Evaluation von Pflegeberichten in angeleiteten Kleingruppen	283
	19.2.3 Meta-Evaluation in der Lerngruppe	284
	19.2.4 Evaluationsgespräche im Dialog zwischen dem Pflegenden und dem Berater	285
	19.2.5 Vorstellung eines Pflege- und Betreuungsberichts im Teamgespräch als Fallbesprechung	286
20	Trainingsmöglichkeiten	287
	20.1 Überprüfung des Pflegeberichts in mündlicher Form	287
	20.2 Überprüfung mittels Checkliste	288
	20.3 Überprüfung durch Fragen eines »kritischen Beobachters« ..	290
	20.4 »Kritische Beobachtung« durch einen Kollegen	292
	20.5 Überprüfung in der Pflegevisite	292

21	Der professionelle Pflegebericht als Bestandteil im Qualitätsmanagement	293
	21.1 Der Pflegebericht in der Begleitung durch einen Mentor oder Coach	293
	21.2 Der Pflegebericht bei der Einführung neuer Mitarbeiter	294
	21.3 Der Pflegebericht in der Praxisanleitung	294
	21.4 Der Pflegebericht in der Stellenbeschreibung	295
	21.5 Der Pflegebericht im Qualitätsmanagementhandbuch	296
22	Der Pflegebericht und seine Bedeutung in der Zukunft	297
	22.1 Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für den Pflegebericht ..	298
23	Der Pflegebericht im Bereich von Führen und Leiten	299
	23.1 Der Pflegebericht im Bewerbungsassessment	300
	23.2 Der Pflegebericht bei der Vereinbarung im Einstellungsgespräch	301
	23.3 Der Pflegebericht bei der Evaluation der Mitarbeiterentwicklung	302
	23.4 Der Pflegebericht bei Zielvereinbarungsgesprächen	303
	23.5 Literatur und Fortbildungen zum Thema »Pflegebericht«	304
	23.6 Hilfestellung bei Fragen und Problemen	305
	23.7 Sorge für ein angemessenes Pflegedokumentationssystem ...	305
	23.8 Sorge für geeignete Hilfsmittel	306
24	Häufig aufgeführte und erkennbare Probleme im Pflegebericht und in der Berichterstattung	307
	Literatur	310
	Register	314

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

VORWORT ZUR 6. AUFLAGE

Nun erscheint dieses Buch in der 6. Auflage. Neun Jahre sind seit dem ersten Erscheinen vergangen. Viele 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 verändern jedoch sich und ihre Bedürfnisse, Probleme und Reaktionen. 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.

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!

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. Pflegenden 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 Pflegend 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 Pflegestärkungsgesetzes, 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.

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/Assessment, 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.

1 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. 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

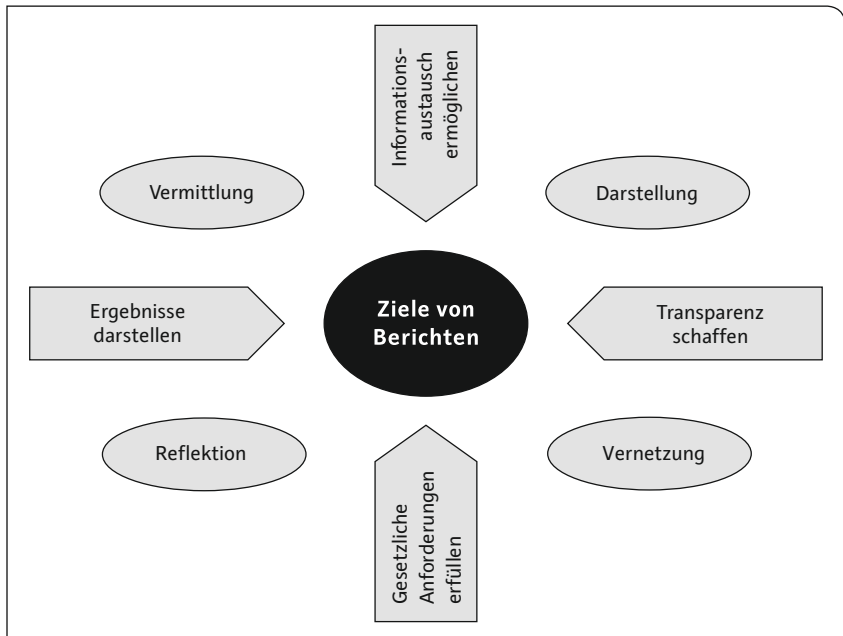


Abb. 2: Ziele von Berichten.

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

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 den mündlichen folgende **Vorteile**:

1. Wissen kann **dauerhaft und nachvollziehbar** an andere weitergegeben werden.
2. Informationen werden **gesammelt, aufeinander bezogen, gegenübergestellt und ausgewertet**.
3. Informationen dienen als **Gedankenstütze**.
4. Geschriebene Informationen lassen sich dauerhaft nachlesen, sind damit **beweisbar und nachvollziehbar**.
5. Schriftliche Informationen werden vor der Niederschrift eher **reflektiert** als mündliche. (So sollte es jedenfalls sein.)
6. Schriftliche Informationen dienen der **juristischen Absicherung** (Nachweis).
7. Daten sind auch nach einem längeren Zeitraum abrufbar.
8. Erst bei der retrospektiven (rückwärts blickenden) Auswertung können **Zusammenhänge** erkannt werden.
9. Eine Evaluation nach dem Tod eines Bewohners könnte bei der Suche nach der **Best Practice** helfen. Hierzu sind schriftliche Informationen zum Befinden des Sterbenden, zum Verlauf der Sterbesituation und zu den diesen bedingenden Faktoren erforderlich.

Beim Lesen von Literatur zu diesem Thema 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:

1. Schreiber und Leser beschäftigen sich **nicht zur gleichen Zeit** mit der Materie. Fehlinterpretationen und Missverständnisse können beim Lesen auftreten.

3

DIE BEDEUTUNG DES PFLEGEBERICHTS – WELCHE GRÜNDE SPRECHEN FÜR EINE KORREKTE UND ANGEMESSENE BERICHT- ERSTELLUNG?

Es gibt unterschiedliche Gründe für die Durchführung einer angemessenen und fachlich professionellen Berichterstattung. Auch wenn für viele Pflegenden der »Schreibkram« scheinbar nur zusätzliche Arbeit ist oder von der eigentlichen Pflege abhält, lassen sich die Begründungen für die Umsetzung der professionellen Pflegeberichterstattung schnell erkennen. Die Einsicht, dass es sich hierbei um ein wichtiges Instrument, um ein grundlegendes Werkzeug und um einen nicht auszuschließenden Bestandteil des Pflegeprozesskreislaufs handelt, ist die unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die Mitarbeiter in der Praxis sich dieser Aufgabe widmen. Die Notwendigkeit der Pflegeberichterstellung zielt auf verschiedene Ebenen, die im Folgenden erläutert werden.

3.1 Das Ziel einer fachlich hochwertigen, professionellen Leistung

Der Problemlösungs-Regelkreis der WHO für die Umsetzung der Pflegeplanung stellt das Werkzeug für die individuelle und bewohnerorientierte, aktivierende Pflege dar. Dieses gilt als Rüstzeug zur Umsetzung der Pflege. Pflegerische Leistungen, die ständig ungeplant und unkoordiniert stattfinden, können nicht als professionell angesehen werden. Selbst bei erreichten guten Ergebnissen sind sie nicht zu akzeptieren, da das Ergebnis nur als zufällig, nicht als angestrebt bewertet wird, und die durchgeführten Maßnahmen nicht als bewusst eingesetzt angesehen werden können.

Die Planung ist dabei auf die Zukunft gerichtet. Sie enthält Vorüberlegungen und Planungsschritte, die eine bestimmte Entwicklung des Bewohners und die seiner Probleme und Ressourcen für die Zukunft gewissermaßen vorplant. Ob die Umsetzung dieser Planung geeignet ist und die Durchführung die gewünschte Wirkung hat, muss sich dann in der Umsetzung und in der täglichen Ist-Situation beweisen.

Der Pflegebericht ist das Instrument, das die Evaluation der Pflege in der täglichen Umsetzung widerspiegelt und daher für den professionellen Erkenntnisprozess wichtig ist. Er zeigt reflektiertes Handeln und gibt z. B. Aufschluss über notwendige Modifikationen. Er spiegelt die Realität wider und zeigt auf, ob die geplante Entwicklung eintritt oder nicht. Er bildet akut einsetzende, sich verändernde oder wiederholt auftretende Faktoren, Zustände und Befinden des Betroffenen ab. Werden Pflege- oder Betreuungshandlungen aktuell anders durchgeführt als in der Planung beschrieben, belegen Einträge in der Dokumentation den Anlass für die Veränderung, die Art und Weise der Veränderung und die Wirkung der Änderung, die auslösenden Begründungen sowie die Auswirkungen. Die schriftlich dargestellte Erfahrung und die durch die Pflegekraft stattgefundenen Reflexion werden dann in Überlegungen eingebunden. Es wird geprüft, ob eine Modifikation der Pflegeplanung stattfinden muss. Der Pflegebericht ist auch das Instrument der Wahl zur Übergabe von Informationen zwischen einzelnen Mitarbeitern.

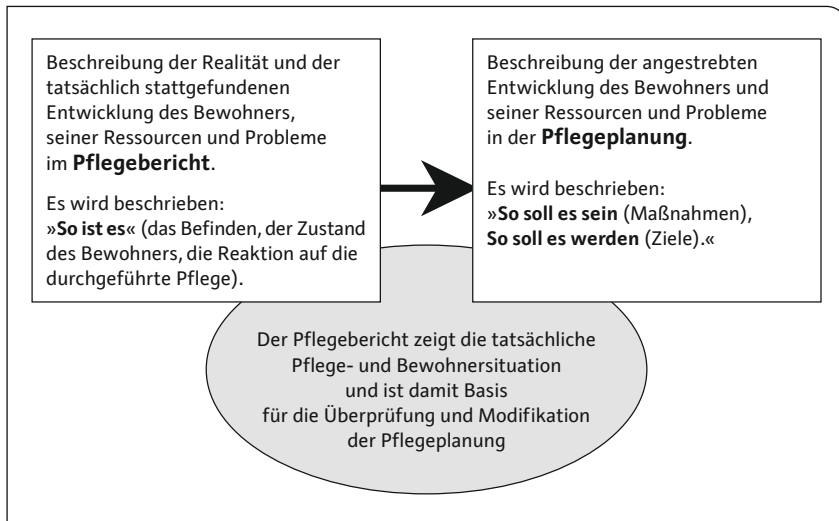


Abb. 6: Vom »So ist es« zum »So soll es sein«.

3.2 Eine Maßnahme der Qualitätssicherung

Technische Produktionsprozesse lassen sich nahezu vollständig vorplanen; das Ergebnis wird mit einer hohen Wahrscheinlichkeit den Erwartungen entsprechen. Dienstleistungsprozesse, zu denen auch pflegerische und betreuende Leistungen gehören, sind nicht im gleichen Umfang planbar. Auf beiden Seiten, d. h. auf der Seite der Dienstleistungserbringer und auf der Seite des Kunden, der die Dienstleistung in Anspruch nimmt, sind Schwankungen im Bereich der Bedürfnisse und Anforderungen sowie in der Bewertung der Leistungen möglich. Hierdurch werden eine ständige Überprüfung der Eignung einer geplanten Maßnahme sowie die abschließende Reflexion der Ergebnisse und der wahrgenommenen Qualität auf beiden Seiten erforderlich.

Ein professionell geführter Pflegebericht lässt notwendige Pflegemodifikationen leichter erkennen. Die Adaptation der Pflegemaßnahmen an sich verändernden Zielen oder Problemen führt zu einer hochwertigeren Pflege. Sie ermöglicht nicht nur einen höheren Grad an Problem- und Ressourcen- sowie Zielorientierung, sondern stellt auch den Bewohner mit seiner Individualität in den Vordergrund. Dokumentierte Fragen wären: Wie wirkt meine Pflege oder Betreuung auf den Bewohner? Welche Reaktionen zeigt er? Konnten die Pflegeprobleme durch meine Maßnahmen reduziert oder behoben werden? Gelang es, Ressourcen durch meine Strategie zu erhalten oder sogar zu steigern? Wurden seine Bedürfnisse erfüllt? Sie seien hier exemplarisch aufgezeigt, um erkennbar zu machen, wie sich der Pflegeprozess hier am Betroffenen und am angestrebten Ergebnis orientiert. Hierbei kann von einer gesteigerten Pflegequalität gesprochen werden. Ohne eine Überprüfung der Wirkung der Pflege und eine Darstellung der Reflexion werden die Ergebnisse der Pflege zufällig sein.

Gut geeignet als Instrument ist hier der PDCA-Zyklus. Er bedient sich der immer wiederkehrenden Abfolge der vier Teilschritte: Planen (plan), Durchführen (do), Überprüfen (check) und Agieren bzw. Verbessern (act).

4

DER UNTERSCHIED ZWISCHEN MÜNDLICHER UND SCHRIFTLICHER BERICHTERSTATTUNG

Generell können Informationen natürlich auf mündlichem und auf schriftlichem Wege vermittelt werden. Diese beiden Formen werden immer auch parallel den Pflegealltag bestimmen. Dennoch gibt es Unterschiede zwischen der schriftlichen und mündlichen Berichterstattung:

Tabelle 4: Mündliche und schriftliche Berichterstattung

Mündliche Berichterstattung	Schriftliche Berichterstattung
<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegende haben wenig Probleme mit der Informationsformulierung und -weitergabe. • Die Informationen können schnell und ohne Vorbereitungen (wie etwa Einloggen in den Computer oder Aufschlagen des Pflegeberichts) weitergegeben werden. • Informationen können nur bestimmten, einzelnen Personen gezielt mitgeteilt werden (wenn diese nur für sie bestimmt sind). • Informationen besitzen einen Bedeutungsgewinn, weil der Informierende auswählen kann, an wen er sie weitergibt. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgeschriebene Informationen sind allen zugänglich. • Informationen werden vor der Niederschrift ausgewählt, sortiert und bewusst formuliert. • Informationen können jederzeit nachgelesen und Sachverhalte damit bewiesen werden. • Informationen gehen nicht verloren. • Es kommt zu keiner Bevorzugung/zu keinem Ausschluss einzelner Mitarbeiter aus der Informationsverteilung. • Durch Anknüpfen an die vorangehenden Eintragungen wird ein Prozessgeschehen erkennbar.

Da der Pflegebericht ein geforderter und nicht trennbarer Bestandteil des Pflegeprozesses ist, kann über die Notwendigkeit einer schriftlichen Form heute ohnehin nicht mehr diskutiert werden.

5 WIE WIRD DER PFLEGE- UND BETREUUNGSBERICHT GESCHRIEBEN?

Eintragungen im Bericht zeigen immer den persönlichen Stil des Schreibenden. Die Technik des Schreibstils, Wortwahl und Schwerpunkte des Berichts sind immer abhängig von der individuellen Sozialisation, d.h. vom Einfluss der Familie, von Freunden und Bekannten, von der Einwirkung durch Schule und Berufsausbildung, von der kulturellen und religiösen Prägung sowie von der Prägung durch den beruflichen Werdegang der betreffenden Pflegekraft. Dennoch gibt es bestimmte Kriterien, die der Schreibstil aufzeigen sollte.

5.1 Stil

Allgemein lassen sich zwei Arten von Textverfassung und -darstellung unterscheiden:

Fließtext

Hierbei handelt es sich um eine textliche Darstellung in kompletten Sätzen, ähnlich wie in einem Aufsatz. Dem Schreibenden kommt es darauf an, Sachverhalte vollständig und richtig darzustellen und dem Leser keine Chance der freien Interpretation zu lassen.

Beispiel

»Frau U. hatte heute gegen 13.00 Uhr starke Schmerzen im linken Knie. Dr. N.N. hat 30 Tropfen Novalgin® angeordnet, die Frau U. bei Schmerzen als Bedarfsmedikation erhalten soll. Wenn die Schmerzen wieder schlimmer werden, bitte erneut Dr. N.N. anrufen!«

Derartige »Ausformulierungen« erfordern jedoch von vielen Pflegenden eine echte Anstrengung. Insbesondere nicht examinierte Pflegende und Mitarbeiter, die nicht im deutschsprachigen Raum aufwuchsen, klagen darüber, dass sie vor dem Bericht sitzen und darüber nachgrübeln, wie sie etwas formulieren sollen. Nicht selten verwerfen sie den begonnenen Satz, noch ehe er fertig ist und beginnen erneut mit der Formulierung. So sitzen sie relativ lange vor dem Pflegebericht – und dies zum Teil ohne den angestrebten Erfolg.

Berichte im Telegrammstil

Hierbei werden nur Satzbruchstücke notiert. Diese sollen die Kerninformation ohne schmückendes Beiwerk wiedergeben. Die formulierende Pflegekraft kann hier in einfacher Form und ohne Formulierungsschwierigkeiten dokumentieren.

Beispiel

»Schmerzen im linken Knie, Visite Dr. N.N., Anordnung: 30 Tr. Novalgin® bei Schmerzen im Knie, bei Verschlimmerung erneuter Anruf bei Dr. N.N.«

Der Vorteil einer solchen Telegramm-Dokumentation liegt in der schnellen Auffindbarkeit von Daten und Informationen. Zudem ist ein längerer Verlaufszeitraum pro Berichtsblatt oder pro EDV-Bildschirmseite erkennbar. Das erspart langes Blättern. Der Nachteil besteht darin, dass für den Leser manchmal komplexere Zusammenhänge nicht eindeutig nachvollziehbar sind und er sich die fehlenden Bruchstücke »zusammenreimen« muss. Der Schreiber sollte sich daher vor dem Eintrag immer fragen: »Welche Informationen soll der Leser erhalten?« und »Kann er meinen Eintrag verstehen und nachvollziehen?«

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: Das passende Konzept erstellen und umsetzen.
- 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.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009b):** Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. 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-meo-methode.html>. Recherche am 03.10.2016. 13.00 Uhr
- www.Zitate online.de/Stichwort Saunders

REGISTER

- Abkürzungen 81
- Abneigungen 139
- Absicherung, juristische 56
- Abwehrverhalten 132, 138
- AEDL 167
- Alltagsbegleiter 219
- Angehörige 263
- Arztvisite 258
- Aushandlungsprozess 186
- Äußerungen
 - unangemessene 236
- Begriffe
 - stigmatisierende 73
- Begutachtungsrichtlinie (BRi) 54
- Beobachtungsparameter 269
 - objektive 269
 - subjektive 271
- Bereichspflege 114
- Bericht
 - Formulierungen 31
 - Lesbarkeit 30
 - Pflege- und Betreuungsbericht-, Wertfreiheit 25
 - Zielgruppe 33
- Berichterstattung
 - mündlich 77
 - mündliche 77
 - professionelle 43
 - schriftlich 77
 - schriftliche 77
- Beschreibungen
 - stigmatisierende 238
- Beschreibung, sachliche 24
- Beschwerden 263
- Betreuungsbericht 19
- Betreuungskräfte
 - zusätzliche 103, 219
- Betreuungsprozess 36
- Bewegungsplan 250
- Bewerbungsassessment 300
- Bewohner
 - Befinden 130
- Beziehung 139
- Bezugspflege 115
- Bilanzierungsbogen 249
- Checkliste 288
- Darstellung, schriftliche 22
- Datensammlung 123
- Diagnose 83
 - pflegebegründende 85
- Diagnosen
 - pflegebegründete 199
- Dokumentation
 - professionelle 21
- Dokumentationsblätter 246
- Dokumentation, zeitnahe 105
- Einstellungsgespräch 301
- Eintragungen, unzulässige 42
- Einzelbeobachtungen 272
- Entscheidungsautonomie 126
- Ergebnisorientierung 34
- Ethische Fallbesprechung 190
- Evaluation 59, 167, 283
- Expertenstandards 225

- Fachbegriffe 82
- Fallbesprechungen 188
- Farbsignale 92
- Formulierungshilfen 276
- Fragestellungen
 - juristische 265
- Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) 251
- Frühdienst 117
- Führen und Leiten 299
- Funktionspflege 112

- Gestik 135
- Gewohnheiten 139

- Interdependenz 274
- Interventionen 164

- Kategorisierung
 - Berichtseinträgen 88
- Kommunikation 186, 191
 - im Pflegeteam 62
- Konflikte 236
- Kontextfaktoren 181
- Kooperation 186
- Körperspannung 135
- Kumulation 274

- Lebensqualität (Palliative Care) 143
- Leistungsnachweise 248

- Maßnahmen
 - Erweiterung 66
 - Wegfall 67
- MDK-Begutachtung 200, 201
- MDK-Eingruppierung 258
- MDK-Qualitätsprüfung 75

- Messinstrumente 270
- Meta-Evaluation 242, 284
- Mimik 134
- Mitarbeiterentwicklung 302
- Modulbereiche 52
- Module 202
- Muskelspannung 135

- Nachtdienst 120
- NBI (Neues Begutachtungsinstrument) 198, 200
- Netzwerkpartner 196

- Organisationsanweisungen 236

- Palliative Care 143
- Palliativsituation 143
- PDCA-Zyklus 46
- Pflegebericht 19
 - Bedeutung 44
 - -erstattung 279
 - Fehler 307
 - Stil 78
- Pflege- Betreuungsmaßnahmen 64
- Pflegediagnosen 83, 298
- Pflegefachkraft
 - examinierte 101
- Pflegegrad 49, 52
- Pflegehilfskraft 103
- Pflegekraft
 - durchführende 102
- Pflegekraft, beauftragte 102
- Pflegeorganisationsformen 112
- Pflegeplanung
 - tagesstrukturierte 162
- Pflegeplanungersatz 68
- Pflegeproblem 151

- Pflegeprozess 36
- Pflegesituation, reale 48
- Pflege- und Betreuungsbericht
 - Aussagefähigkeit 25
- Pflege- und Betreuungsplanung 247
- Pflegevisite 61, 260
- Primary Nursing 116
- Problemtransfer 178
- Profession 21
- Projektplanung 281
- Prozesse
 - vernetzte 255

- Qualitätsmanagement 293
- Qualitätssicherung 46

- Rahmenbedingungen
 - juristische 40
- Reaktionen, gerontopsychiatrische 153
- Risikosituation
 - bestehende 67
- Rituale, biografische 139

- Schichten 117
- Schulung 282
- Selbstaussagen 127
- Selbstbestimmung 125
- Selbstbestimmungsrecht 125
- Selbstreflexion 72
- Selbstständigkeit 213
- Signatur 87
- Sinnesorgane 272

- SIS (Strukturierte Informations-sammlung) 37, 97, 162
- Soziale Betreuung 216, 217
- Spätdienst 119
- Strukturierung
 - Berichtseinträgen 88

- Team, interdisziplinäres 104
- Trainingsmöglichkeiten 287

- Übergabe 106, 255

- Verantwortungsbereiche 100
- Verhalten 135
- Verhalten, herausforderndes 138
- Verknüpfung
 - interpunktueller 35
- Verweis 89
- Vorlieben 139
- Vorschriften, rechtliche 43

- WHO 143
- Widerspruch 258
- Willen 124
 - geäußerter 124
- Wochenbericht 109
- Wohlbefinden 132

- Zielbeschreibung 279
- Zielgruppenorientierung 33
- Zielvereinbarungsgespräche 303
- Zufriedenheit der Bewohner 55
- Zuständigkeiten 100

Angela Paula Löser

Palliative Care in der stationären Altenpflege

**Das passende Konzept erstellen
und umsetzen**

192 Seiten, Hardcover
ISBN 978-3-89993-372-7
€ 34,95



- Kompetente Hilfe bei der Implementierung eines Palliative-Care-Konzeptes
- Mit konkretem Basiswissen, Vorschlägen und Arbeitshilfen
- Enthält konzeptionelles palliatives Pflegewissen von A–Z

Jedes Jahr sterben mehr als 350.000 Menschen in Pflegeheimen. Ihre adäquate Versorgung und Betreuung ist für viele Pflegekräfte eine Herzensangelegenheit. Und das Gesetz gibt ihnen Rückhalt: Seit der neuen Hospiz- und Palliativgesetzgebung ist die Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung – und somit der kooperierenden Einrichtungen. Jetzt sind gezielte Projektentwicklungen in den Einrichtungen in Gang zu setzen, denn ...

- qualitativ hochwertige Pflege ist Begleitung bis zum Lebensende;
- Betroffene und ihre Angehörigen brauchen eine individuelle und würdevolle pflegerische Begleitung;
- palliative Kompetenz ist ein Qualitätsmerkmal für stationäre Einrichtungen.

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.



Jutta König

Das neue Begutachtungsinstrument

**Feststellung der Pflegebedürftigkeit
durch den MDK: gezielt vorbereiten –
souverän meistern.**

2. Auflage

176 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-383-3
€ 24,95

- Der perfekte Weg zum richtigen Pflegegrad
- Fit für das neue Begutachtungsinstrument – der Praxisratgeber für alle Pflegekräfte
- Mit konkreten Beispielen aus der Praxis – auch zum PSG II
- Wichtige Infos und hilfreiche Strategien für die Begutachtungssituation

Am 1. Januar 2017 hat in der Pflege eine neue Zeitrechnung begonnen: ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsinstrument und neue Pflegegrade wurden eingeführt. Das bedeutet für alle Pflegekräfte: Wer auf Augenhöhe mit dem MDK verhandeln will, muss das neue Begutachtungsinstrument sehr gut kennen.

Dieses Buch präsentiert Tipps, kompakte Informationen und erfolgreiche Strategien, die Pflegekräfte jetzt kennen und umsetzen müssen. Denn: Der richtige Pflegegrad ist gut für den Pflegebedürftigen und Gold wert für das Pflegeunternehmen!

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.

Angela Paula Löser

Pflegeplanung in der Palliativpflege

Sicher und kompetent handeln

208 Seiten, ca. 10 Abb., Hardcover

ISBN 978-3-89993-327-7

€ 29,95



- Praxisnah und kompetent
- Im Fokus: Lebensqualität und Selbstbestimmung
- Unter Berücksichtigung der Expertenstandards und der MDK-Richtlinien

Die Pflegeplanung ist für viele Mitarbeiter in der Pflege noch immer ein schwieriges Feld. Gerade in der Palliativpflege mit ihren speziellen Anforderungen herrscht hier große Unsicherheit: Wie lassen sich Pflegeprozesse und die Nachweise einer professionellen Pflege mit den körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ansprüchen einer guten Palliativversorgung kombinieren?

Dieses Buch hilft und schließt eine thematische Lücke. Unter Berücksichtigung der Expertenstandards und der MDK-Richtlinien bietet es grundlegendes und praktisches Wissen, gibt Formulierungshilfen sowie eine Kurzanleitung. Auch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird dabei berücksichtigt.

Ziel des Buches ist, Pflegenden mit den besonderen Anforderungen der Palliativpflege vertraut zu machen und ihre Kompetenzen zu stärken. Es gilt, sie in der Ausrichtung ihrer Pflegehandlungen auf den Sterbenden hin zu stützen und zu fördern.

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.

schlütersche



Thomas Hecker | Eva-Maria Krebs |
Sigrid Molderings | Jerzy Rasek

Praxisratgeber: die strukturierte Informationssammlung (SIS)

**Richtig fragen –
kompetent dokumentieren**

128 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-370-3
€ 24,95

- So dokumentieren Pflegekräfte kompakt, aussagekräftig und individuell
- Mit vielen Fallbeispielen und Variationen aus dem pflegerischen Alltag
- Klarheit für Einsteiger, Leitfaden für Fortgeschrittene

Bei der Strukturierten Informationssammlung (SIS) ist die Selbsteinschätzung der Pflegebedürftigen gefragt. Mitarbeiter in der Altenpflege müssen aus den Antworten ein differenziertes Bild des Pflegebedürftigen entstehen lassen. Nur dann gelingt auch die individuelle Maßnahmenplanung.

Lesen Sie, wie Sie Gespräche strukturieren und Fragen stellen, die Sie (und den Pflegebedürftigen!) weiterbringen. Seien Sie „live“ dabei, wenn aus echten Fallbeispielen verständliche Maßnahmenplanungen werden.

Richtig fragen, kompetent (be-)schreiben und strukturiert erfassen. Das sind die drei Schritte, die den Erfolg jeder strukturierten Informationssammlung ausmachen.

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.

Rat und Hilfe

Die 6., komplett überarbeitete und ergänzte 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 978-3-89993-387-1



9 783899 933871

