

Pflegebericht: Kernelement der Dokumentation

Heidi Kuckeland, Claudia Oetting-Roß, Horst Rüller

Die Pflegedokumentation ist eine unverzichtbare Säule pflegerischen Handelns. In ihrem Ursprung dient sie dazu, Informationen so zu erfassen, dass innerhalb eines Pflegeteams wie auch im übergreifenden interdisziplinären Team alle relevanten Belange der zu betreuenden Klienten zur Verfügung stehen. Als Instrument wird das umfangreich gewordene System der Dokumentation jedoch nur dann genutzt, wenn diese Sinnggebung von allen Beteiligten getragen wird. Äußerlich sichtbar wird diese Übereinkunft vor allem an der Qualität des Pflegeberichts, den alle dann ernst nehmen, wenn sie ihn als Ausgangspunkt für das Beibehalten oder die Korrektur einer bestehenden Planung begreifen.

Pflege beginnt bereits vor der Planung

Die Pflege eines Menschen kann unmittelbar nach der Aufnahme mit dem Anlegen eines Stammblasses und der weiteren Informationssammlung oder auch sofort mit Hilfen bei der Nahrungsaufnahme oder der Übernahme ärztlich angeordneter Maßnahmen beginnen, ohne dass eine Pflegeplanung vorliegt. Solche ersten Unterstützungen können gleichzeitig auch ein Herantasten an die Person mit ihren Ängsten, Bedürfnissen, Vorlieben oder Abneigungen sein, die in einem ersten kurzen Bericht erfasst werden.

Alle bislang zufällig während einer Pflegeintervention oder systematisch während eines Gesprächs gewonnenen Details sind bereits Bestandteile des ersten Schrittes im begonnenen Pflegeprozess. Sie führen zu einer Informationssammlung, die eine weitere zielgerichtete Planung erlaubt (s. Abb. 1).

Aus ersten Informationen erwachsen Zielsetzungen und die Planung von Maßnahmen, wobei sich das Bild über einen zu pflegenden Menschen immer mehr verdichtet, wenn seine Reaktionen auf die geplanten Maßnahmen beobachtet und in einem Bericht erfasst werden. Dieser Pflegebericht ist dann wiederum Ausgangspunkt dafür, die bisherigen Zielsetzungen und Maßnahmen in Teilen oder im Ganzen beizubehalten oder an die erkannten Erfordernisse anzupassen.

In den Beispielen auf den Seiten 21 bis 41 werden ausgehend von Fallbeispielen Pflegesituationen dargestellt und in Formularen und Berichten dokumentiert. Eine Übersicht dieser Beispiele finden Sie auf der Seite 6.

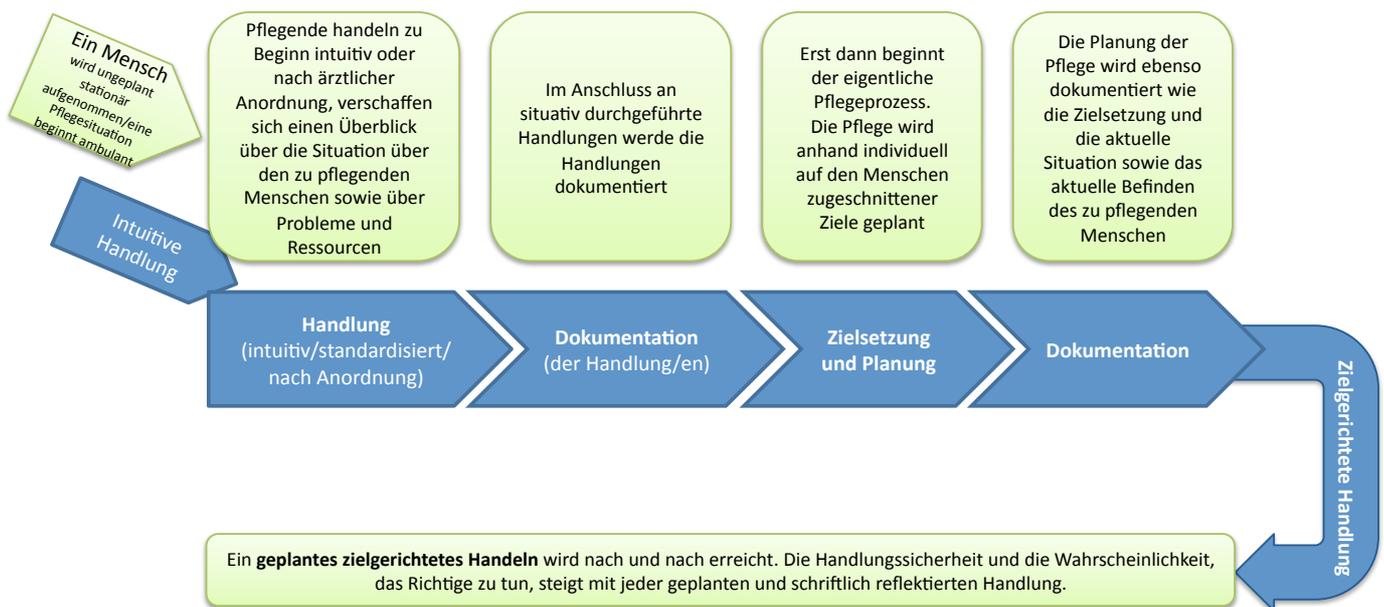


Abb. 1: Von der Aufnahme zur Dokumentation

Bestandteile des Pflegedokumentationssystems

Ein gelungenes Dokumentationssystem orientiert sich am Modell des Pflegeprozesses und beinhaltet **fünf zentrale Dokumentationsformulare**:

- (1) Stamblatt,
- (2) Informationssammlung,
- (3) Pflegeplanung,
- (4) Durchführungsnachweis
- (5) Pflegebericht,

sodass „alle für die Pflege notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereitgestellt werden können“ (MDS, 2005, S. 34). Dem **Pflegebericht** kommt eine Schlüsselfunktion zu, da er die **Schnittstelle** zwischen allen Schritten des Pflegeprozesses und allen Dokumentationsformularen darstellt (siehe Abb. 2). Hinzu kommen weitere Formulare wie Einschätzungsinstrumente zur Risikoerfassung, Ernährungs- oder Trinkprotokolle, Bewegungspläne usw., die den fünf Dokumentationsformularen zugeordnet werden können. In den Beiträgen auf den Seiten 21 bis 41 werden Beispiele zu verschiedenen Dokumentationsformularen gegeben.

Zielsetzungen des Dokumentationssystems (MDS, 2005, S. 34)

- ☑ Nachweis der professionellen, systematischen, aktualisierten und auf den Pflegebedürftigen bezogenen individuellen Pflege
- ☑ Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege durch übersichtliche, konkrete und vollständige Verlaufsdarstellung
- ☑ Praktikabilität und Reduzierung von überflüssigem Schreibaufwand
- ☑ Einsatz als intra- und interprofessionelles Kommunikationsmittel auch im Schnittstellenmanagement
- ☑ Bereitstellung von Informationen für das Personalcontrolling
- ☑ Bereitstellung von Informationen für das Qualitätsmanagement
- ☑ Darstellung des Leistungsschemas intern und extern
- ☑ Rechtssicherer Nachweis von Pflegeleistungen

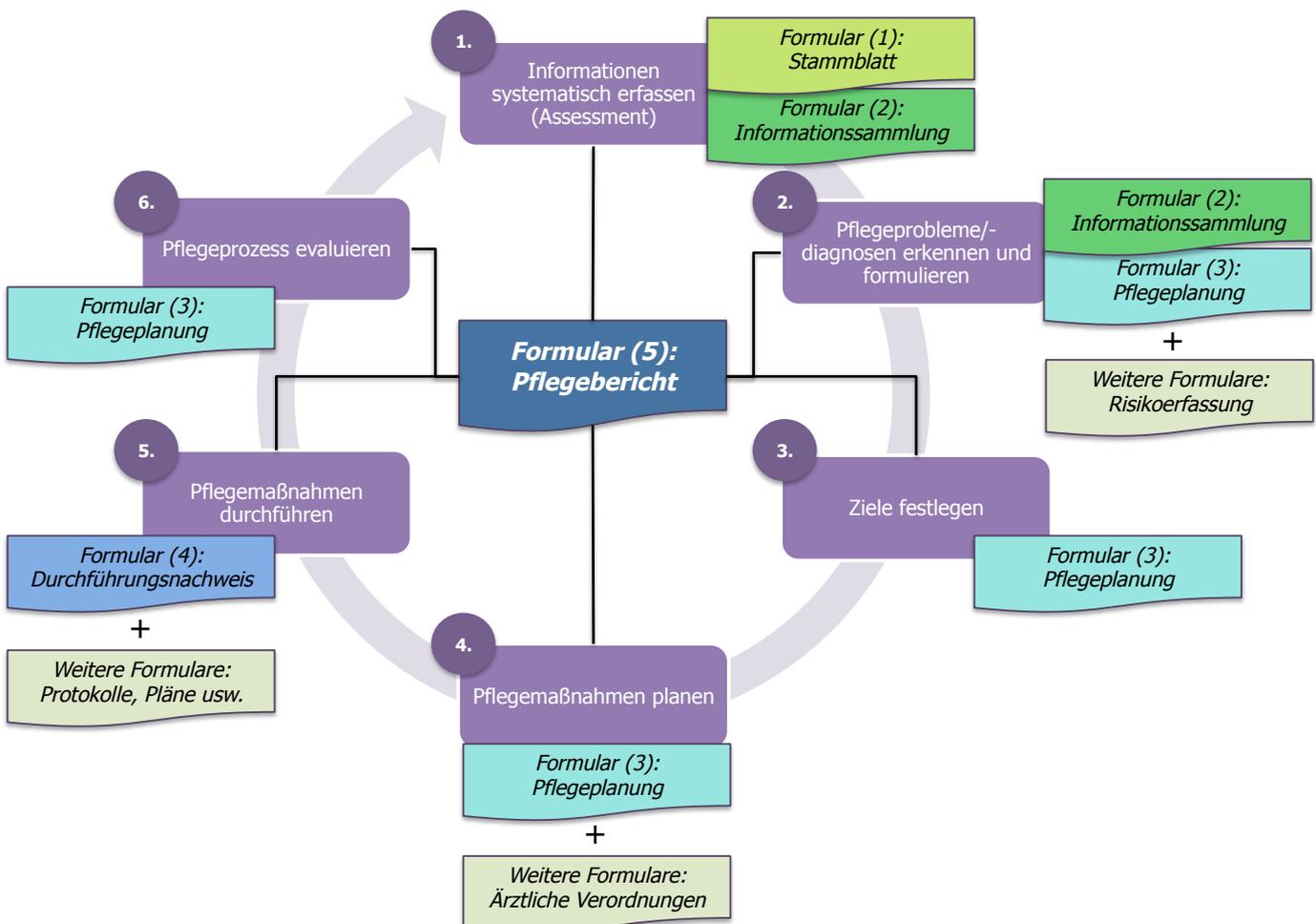


Abb. 2: Schritte des Pflegeprozesses mit Zuordnung zu Formularen des Dokumentationssystems

Warum es sich lohnt, zu dokumentieren ...



Natürlich macht es Sinn zu dokumentieren ...

Eine Situation, zwei Vorgehensweisen



Dokumentation, so ein Unsinn ...

„Nach der Übergabe zu Beginn des Dienstes schaue ich erst mal in die Kurve. Ich will lesen, was meiner Kollegin durch den Kopf ging, was ihr besonders erwähnenswert erschien, bevor ich einem Patienten gegenüber trete. So kann ich mir ein besseres Bild machen und auch besser planen. Wenn ich nur die mündlichen Aspekte berücksichtigen würde, hätte ich Sorge, etwas Wichtiges zu übersehen.“

„Nach der Übergabe gehe ich direkt zu den Patienten. Ich will mir selber ein Bild machen, und mich nicht durch den Pflegebericht meiner Kollegin beeinflussen lassen. Oft steht da ja auch nichts Nützliches drin. Herr Fichter zum Beispiel liegt im Bett und macht auf mich einen guten Eindruck nach der Endoskopie am Vormittag, da muss ich doch nicht mehr den Pflegebericht lesen.“

„Oh, bei Herrn Fichter ist vermerkt, dass er große Angst vor der Untersuchung hatte. Erst nach einem ausführlichen Informationsgespräch war er dazu bereit. Dann war ihm nach der Untersuchung sehr übel. Ich schaue gleich mal, ob er weiterhin unter Übelkeit leidet und ob er seine Einwilligung bereut. Bestimmt wartet er auch schon auf seine Ergebnisse...“

„Na sowas, Herr Fichter hat seinen Kuchen ja gar nicht angerührt. Komisch, er isst doch sonst so gerne Kuchen... Wahrscheinlich hatte er einfach noch keinen Appetit,“ denkt Pflegerin Susanne. Herr Fichter hat keine Lust zu reden. Auf die Frage ob der Kuchen nicht geschmeckt habe, nickt er kurz.

„Auf meine Nachfrage, wie er seine Übelkeit auf einer Skala von 0 bis 10 einstufen würde, sagt Herr Fichter: 6. Ihm ist aus seiner subjektiven Sicht sehr übel, auch wenn er auf mich äußerlich nicht so wirkt. Übelkeit hätte ich nicht vermutet. Ich werde ihm einen Tee bringen und den Arzt informieren. Sollten der Tee und die Ruhe ihm nicht helfen, benötigt er vermutlich eine medikamentöse Behandlung...“ denkt Pflegerin Susanne.

Später am Abend meldet sich Herr Fichter und klagt über starke Übelkeit. Susanne fragt sich, wieso Herr Fichter plötzlich über Übelkeit klagt, da in der Übergabe keine Rede davon war. Sie entschließt sich, abzuwarten und später erneut nach ihm zu sehen. Als Susanne später als geplant nochmals zu Herrn Fichter kommt, ist ihm immer noch sehr übel. Sie verspricht ihm, den Arzt zu informieren und bietet ihm einen Tee an.

Am Ende des Dienstes ergänzt Pflegerin Susanne ihren Pflegebericht: „Herr Fichter hat ein Medikament gegen die Übelkeit erhalten, danach ging es ihm nach seinen Angaben schon deutlich besser. Seine Übelkeit stuft er auf Nachfrage nur noch bei Zwei ein.“ Sie vermerkt im Bericht, dass sein Befinden weiterhin beobachtet werden muss und der Arzt informiert werden möchte, falls Herr Fichter erneut über starke Übelkeit klagt.

Am Ende des Dienstes schreibt Pflegerin Susanne ihren Pflegebericht. Vorher liest sie den letzten Eintrag der Kollegin aus dem Frühdienst. Erst jetzt erfährt sie, dass Herr Fichter bereits nach der Endoskopie über Übelkeit geklagt hatte. „Hätte ich das früher gewusst, hätte ich bestimmt anders gehandelt“, denkt sie sich.

Pflegebericht als Schnittstelle zwischen allen Dokumenten

Wie das Beispiel der zwei Vorgehensweisen auf Seite 4 zeigt bietet die Dokumentation klare Vorteile für Klienten wie für Pflegenden und bedeutet mehr, als nur durchgeführte Handlungen zu vermerken. Das pflegerische Handeln schließt die Dokumentation ein, und das Dokumentieren wiederum kann nicht losgelöst vom pflegerischen Handeln betrachtet werden. Die zentrale Schnittstelle in der Dokumentation ist der Pflegebericht. In ihm werden Ergebnisse festgehalten. Das kann das Empfinden des Klienten sein oder seine Reaktionen auf bestimmte pflegerische Maßnahmen, ein Gespräch oder eine Einreibung. Der Pflegebericht lässt die Ergebnisse deutlich werden:

- Das Ergebnis des Pflegeprozesses
- Das Ergebnis einer Handlung
- Das Ergebnis eines Gesprächs oder eines Aushandlungsprozesses zwischen Klient und Pflegendem
- Das Ergebnis einer Situation oder
- Das Ergebnis eines Ereignisses.

Mit der Zeit beschreibt der Pflegebericht den Klientenzustand im Verlauf (Löser, 2008, 18) und ermöglicht eine schriftliche Kommunikation der Pflegenden miteinander. Dadurch, dass Einträge an vorherige Einträge anknüpfen, wird ein Prozess der Pflege deutlich, der etwas schildert, erläutert, berichtet, erklärt oder vermittelt. Er wird nicht unreflektiert geschrieben, denn vor der Niederschrift werden notwendige Informationen bewusst ausgewählt, sortiert und formuliert. Ein weiterer Vorteil liegt also darin, Gelegenheit zu haben, über das Pflegehandeln nachzudenken, es zu reflektieren – also zurück und nach vorne zu schauen. Das gilt sowohl für denjenigen der dokumentiert als auch für den, der Dokumentiertes liest und in seinem Handeln berücksichtigt. Der Pflegebericht wird damit zum Dokument der Evaluierung von Pflegemaßnahmen und Ausgangspunkt zur Anpassung von Zielen und Maßnahmen an die neue Situation. Hätte Pflegerin Susanne wie in der rechten Spalte auf Seite 4 gezeigt nicht den Pflegebericht gelesen, wäre der Übelkeit erst viel später gezielt begegnet worden. Zeigt der Pflegebericht eine anhaltende Übelkeit, so würde es notwendig, das neu aufgetretene Problem in der Pflegeplanung aufzunehmen.

Mit dem Pflegebericht als Kern würden also bei Bedarf weitere Formulare hinzugezogen. Auch der umgekehrte Weg ist denkbar: Die Planung zu einem Problem ist schriftlich fixiert, doch ändern sich beispielsweise die Maßnahmen. Auch das wird im Pflegebericht vermerkt. Zusammenfassend ist zu sagen: Es lohnt sich zu dokumentieren, denn Dokumentation

- unterstützt eine strukturierte Vorgehensweise sowie zielgerichtetes geplantes Handeln,
- gewährleistet die Nachvollziehbarkeit
- liefert Begründungen für pflegerisches Handeln und verdeutlicht eine kontinuierliche Weiterarbeit an einer Problemlösung.

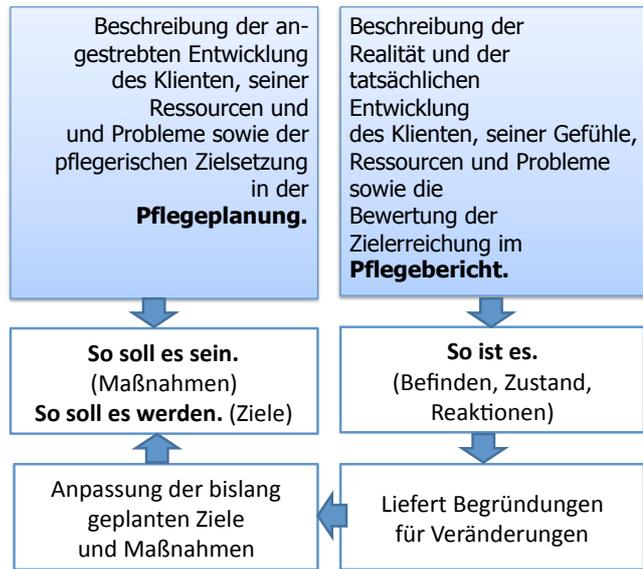


Abb. 3: Gegenüberstellung Pflegebericht und Pflegeplanung

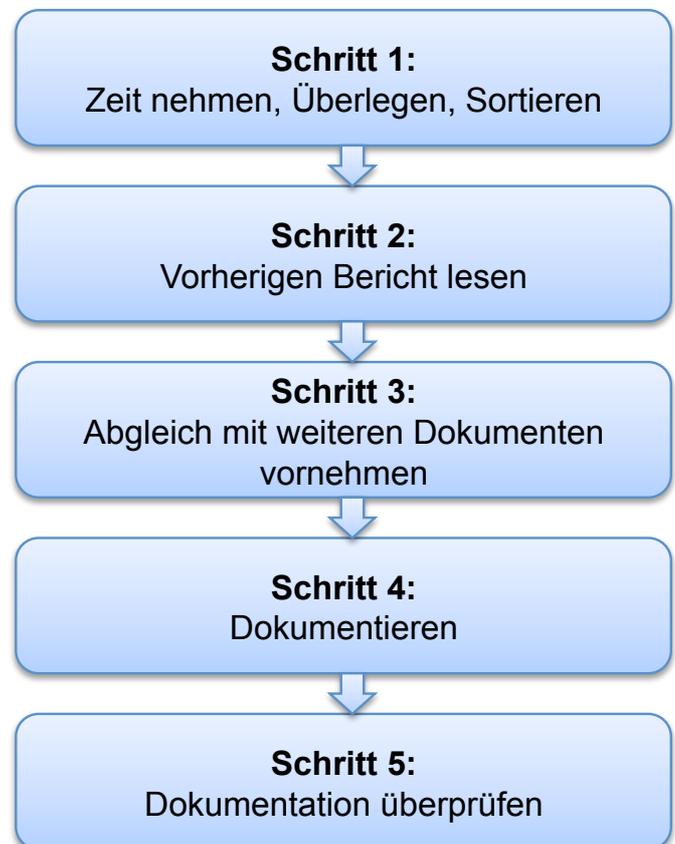


Abb. 4: Vorgehensweise bei der Dokumentation des Pflegeberichtes

Checkliste Pflegebericht

Was kann alles im Pflegebericht dokumentiert werden?

- ☑ Das aktuelle Befinden des Klienten
- ☑ Reaktionen auf durchgeführte Pflegemaßnahmen
- ☑ Entwicklung eines Pflegeproblems oder einer Ressource
- ☑ Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen oder Zwischenfälle
- ☑ Veränderungen der Pflegeplanung nach wiederholtem Auftreten eines Pflegeproblems
- ☑ Ereignisse, die eine direkte Bedeutung für den Klienten haben
- ☑ Abweichungen von den in der Planung dargestellten Maßnahmen
- ☑ Kooperation mit Schnittstellen
- ☑ Darstellung von Orientierungsstörungen
- ☑ Zusammenfassungen von Fallbesprechungen
- ☑ Absprachen, Kooperationen, Konflikte mit Angehörigen
- ☑ Ergebnisse der Evaluation
- ☑ Verknüpfungen mit den AEDL
- ☑ Wirkung von Maßnahmen
- ☑ Begründung für Mehraufwand in der pflegerischen Handlung
- ☑ Sammlung von Daten in den ersten Tagen nach Aufnahme
- ☑ Informationen über den Abschluss einer Problemlösung
- ☑ Informationen über Problemtransfer in die Pflegeplanung

Quelle: MDS 2005, 156ff; Löser 2008

Übergeordnete Aspekte

- ➔ Ist ein roter Faden ersichtlich?
- ➔ Ist keine Wertung enthalten oder ist sie entsprechend markiert?
 - „Meiner Meinung nach ...“
- ➔ Wurde sachlich beschrieben?
- ➔ Wurde präzise beschrieben?
 - Geeignet:
 - Was war zu sehen/zu hören/zu messen?
 - Tritt wiederholt auf (Angabe der Häufigkeit integrieren)
 - Ständige, teilweise, vollständige Angabe (Konkrete Teile und Bereiche benennen)
 - „Frau. B. lehnt die Maßnahme ab, da ...“ (Begründungen integrieren)
 - Ungeeignet:
 - „Hat öfter mal ...“, „mehr oder weniger ...“, „ist mal so und mal so ...“, „ist mal wieder total ...“
- ➔ Beschreibungen in Form von Zahlen, Daten und Fakten
- ➔ Verständliche, nachvollziehbare, treffende und eindeutige Formulierungen
- ➔ Einbindung plausibler Schlussfolgerungen
 - „daher ist es notwendig, dass ...“
- ➔ Dokumentengerechte Verfahrensweise (Zeit, Unterschrift etc.)
- ➔ Als Fälschung in der Dokumentation gelten: Tipp ex, Überkleben, Schreiben mit Bleistift, unleserlich machen ...
- ➔ Lesbarkeit

Wann wird dokumentiert?

„Der Pflegebericht weist in der Regel, sofern keine Besonderheiten zu verzeichnen sind, keine täglichen Eintragungen auf; die Dokumentation der erbrachten Pflege erfolgt auf dem Durchführungsnachweis.“ (MDS 2005, 37)

Literatur:

Löser, A., P. (2008). Pflegeberichte endlich professionell schreiben. Tipps und Vorschläge für Mitarbeiter in stationären Altenpflegeeinrichtungen (3. aktualisierte Aufl.). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

MDS. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Im Internet verfügbar unter: http://www.mds-ev.org/media/pdf/P42_Pflegeprozess1.pdf (Zugriff: 15.11.2011).

Übersicht zu ausgefüllten Formularen in diesem Heft

Formulare	Inhalte	Seiten
Pflegebericht	• Einschätzung des Dekubitusrisikos	23
	• Auswertung eines Miktionsprotokolls	27
	• Sturzereignis	35
	• Schmerzerleben	41
Einschätzungsinstrumente	• Einschätzung der Ernährungssituation	17
	• Braden-Skala zur Dekubituseinschätzung	22
	• Einschätzung der Kontinenzsituation	26
	• Sturzrisikoerfassung	34
	• Schmerzeinschätzung	38-39
Protokolle	• Ernährungsprotokoll	20
	• Miktionsprotokoll	27
	• Sturzereignisprotokoll	35
	• Schmerzprotokoll	41
Pflegeplanung	• Konkretisierung des Dekubitusrisikos	23
	• Wundanamnese	29
	• Pflegediagnosen einer Klientin mit einer Wunde	30-31
	• Pflegeprobleme einer Klientin mit Schmerzen	40