



Foto: Werner Krüper

PFLEGEBERICHT

Frei von WERTURTEILEN

„Frau Müller war aggressiv“ oder „Herr Huber ist schon wieder gestürzt“ – Aussagen wie diese sind weder wertfrei noch eindeutig. Wie es gelingt, den Pflegebericht präzise und objektiv zu gestalten.

TEXT: DR. MERCEDES STILLER

Pflege und Begleitung

Ein Blick in die Pflegedokumentation zeigt: Pflegeberichte sind häufig mit wertenden Aspekten versehen. Eine solche Ausdrucksweise lässt nicht nur den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) aufhorchen. Auch die Kollegen können sich nichts Konkretes darunter vorstellen, wenn es heißt: „Frau Meier war aggressiv.“ Häufig sind auch nichtssagende Einträge zu beobachten, wie „Bewohnerin war unauffällig“ oder: „Nichts Neues“.

Diese Problematik entsteht meist dadurch, dass viele Pflegende meinen, dass sie nach jeder Schicht und zu jedem Bewohner einen Eintrag vornehmen müssen. Es fehlt ihnen dann oftmals an „kreativen“ Formulierungen.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, den Pflegekräften schriftliche Formulierungshilfen zur Verfügung zu stellen, die kurz, präzise und sachlich sind. Im Folgenden werden einige Techniken vorgestellt, die eine sinnvolle Dokumentation unterstützen – weg von „Füllseln“ („Alles okay“) hin zu einer eindeutigen Beschreibung („Was ist genau passiert?“).

Typische Fehlerquellen in Pflegeberichten

Fehlerquellen zeigen sich vor allem auf zwei Ebenen: Zum einen bestehen sie darin, dass der Berichterstattende sich als Hauptperson – und nicht den Bewohner – ansieht. Der Bericht gedeiht dann lediglich zum „notwendigen Übel“ oder Hilfsinstrument, das häufig mit sprachlich sehr ungeeigneten Mitteln versehen ist.

So sollten Sie sich einmal die Frage stellen, ob Ihnen die folgenden drei Einträge in Berichten bekannt vorkom-

men. Sind Sie sich sicher, dass keiner aus Ihrem Team so dokumentiert?

- Frau Siebenschön verschlingt das Essen in Massen und ist folglich fettleibig.
- Herr Neumann pinkelt stets neben die Toilette.
- Frau Schuhmann lässt sich nicht pampern und schmiert ihren breiigen Kot überall hin.

Diese Formulierungen zeigen sehr deutlich, dass es sich hierbei um Probleme für die Pflegekraft handelt, mit denen sie nicht fertig wird. Der Pflegebedürftige wird zudem abgestempelt und schuldig gesprochen, was weder ihm noch der Pflegekraft weiterhilft.

Hinzu kommt, dass die gewählten Formulierungen nicht gerade von einer wertschätzenden Sprache zeugen. Sie sind eher als umgangssprachlich zu bezeichnen („verschlingt“ oder „pinkelt“) und wirken teilweise despektierlich gegenüber dem Bewohner („fettleibig“). Zuweilen tragen sie auch zur Verkindlichung eines erwachsenen Menschen bei („pampern“). Auch fehlen Präzisierungen: Was heißt denn „stets“ (stündlich, täglich?) oder „überall hin“ (welche Orte/Gegenstände betrifft dies genau?)?

Eine weitere Fehlerquelle in Pflegeberichten zeigt sich auf einer zweiten Ebene: In vielen Pflegeteams hält sich hartnäckig der Mythos, dass täglich etwas in den Pflegebericht eingetragen werden sollte, weil der MDK dies fordere. Diese Behauptung ist falsch. Sie ist nirgendwo verschriftlicht. Stattdessen dient sie eher als „Totschlagargument“, weil Mitarbeiter sonst dazu neigen, Einträge in Berichten ganz zu vergessen oder diese sehr minimalistisch vorzunehmen. Den „Rhythmus“

der Dokumentation sollte jedes Pflegeunternehmen jedoch individuell festlegen. Dabei kann die Dokumentationshäufigkeit je nach Pflegegrad und Einsatzhäufigkeit im stationären und ambulanten Bereich sehr unterschiedlich sein. Wenn der Tag wirklich ereignisreich war, ist es sicherlich kein großes Problem, den Bericht sinnvoll „mit Leben“ zu füllen. Doch was eintragen, wenn es ein völlig ereignisloser Tag war? Viele Pflegekräfte behelfen sich dann mit sogenannten „Floskeleinträgen“ weiter. Dazu ein paar Beispiele:

- Dem Pflegekunden geht es gut; er wurde nach Plan versorgt.
- Keine Beschwerden/Besonderheiten.
- Alles in Ordnung. Der Pflegekunde war unauffällig.

Eine ganze Reihe von Argumenten spricht aber eindeutig gegen die Nutzung von derartigen Floskeln, denn:

- Sie haben keinen praktischen Nutzen für die Kollegen aus anderen Schichten.
- Sie „verstopfen“ den Pflegebericht mit Belanglosigkeiten.
- Sie führen dazu, dass wirklich relevante Fakten untergehen.
- Sie können sich bei Einstufungen/Höherstufungen in Bezug auf den Pflegegrad rächen: Wenn ein Pflegekunde über Wochen „unauffällig“ und „in Ordnung“ war, lässt sich ein erhöhter Pflegebedarf wohl kaum begründen.
- Sie werfen oftmals unnütze Fragen auf. Im Pflegebericht steht zum Beispiel: „Dem Pflegekunden geht es gut.“ Nun fragt sich der Leser, ob es dem Pflegekunden gestern etwa noch schlecht ging. Er sucht nach einem Eintrag vom Vortag, der ei- >>>

Ungeeignete Formulierungen im Pflegebericht

Typische Formulierungen	Fragestellung
... öfter mal	Wie oft? Wann? Zu welchem Zeitpunkt?
... zeigt mehr oder weniger	Was ist „mehr“? Was ist „weniger“?
... kann nicht alles	Auf welche Menge/Stärke/Ausprägung bezieht sich die Aussage? Was kann der Betroffene? Was kann er nicht?
... ist mal wieder total	Was ist „alles“? Welche Anteile sind genau gemeint?

Quelle: Löser 2013: 24



In vielen

Pflegeteams hält sich hartnäckig der Mythos, dass täglich etwas in den Pflegebericht eingetragen werden sollte.

bedeutenden Auffälligkeiten oder Veränderungen gibt, bleibt der Eintrag eben leer. In den Berichten sollten die Pflegeeinträge entlang der folgenden Kriterien aufgeführt werden:

- **Prägnant:** Frau Simon hat eine viertel Tellerportion Lasagne gegessen.
- **Übersichtlich:** Herr Seibert hat seit heute früh (6.00 Uhr) Schmerzen im rechten Handgelenk.
- **Unmissverständlich:** Frau Lessing hat am linken Oberarm ein Hämatom.
- **Exakt und spezifisch:** Herr Bölling ist heute um 23.30 Uhr gestürzt: siehe Sturzprotokoll.
- **Kurz und knapp:** Die Wunde von Frau Seimetz hat sich vergrößert (3,5 cm).
- **Objektiv formuliert:** Herr Lange hat die Grundpflege heute im Frühdienst abgelehnt.

» nen eindeutigen Hinweis auf das Unwohlsein des Pflegekunden beinhaltet. Erfolglos natürlich!

Was sollte wirklich dokumentiert werden?

Folglich spricht aus solchen „Floskel-einträgen“ wiederum ein sehr einseitiger Denkansatz: Dokumentiert werden hier bevorzugt Probleme (Gesundheitsverschlechterungen, Verhaltens-auffälligkeiten). Ebenso wichtig ist aber, über das Positive, das eine Pflegekraft bei einem Pflegekunden wahrnimmt, zu berichten. Das kann zum Beispiel auch die erlebte Freude einer Bewohnerin über den Besuch ihres Sohnes sein.

Machen Sie einmal folgendes Experiment: Kopieren oder drucken Sie spaßeshalber einen Pflegebericht aus und streichen Sie alle Floskeln heraus. Sie

werden feststellen, dass in manchen Bögen - ohne Übertreibung - nichts übrigbleibt. Zu dieser Bewertung kommt dann leider auch oftmals der MDK. Doch wie geht es besser? Wie können Sie einen Pflegebericht so professionell gestalten, dass er ausschließlich das Ergebnis der Dokumentation des Pflegeprozesses widerspiegelt?

Reservieren Sie den Pflegebericht ausschließlich für relevante Beobachtungen: Wenn es keine hinreichend

Wertfreie Dokumentation

Beobachtete Situation	„Gängige“ Formulierung	Wertfreie Formulierung
Der Bewohner war wütend und warf der Pflegekraft einen Gegenstand hinterher.	Der Bewohner war aggressiv.	Der Bewohner warf um 13.11 Uhr - ohne erkennbaren Anlass - eine mit Wasser gefüllte PET-Flasche nach der Pflegekraft.
Der Bewohner stürzte zum wiederholten Mal über eine Teppichkante in seinem Zimmer.	Der Bewohner ist schon wieder gefallen.	Der Bewohner ist um 11.25 Uhr gestürzt, siehe Sturzprotokoll. Der Hausarzt kommt gegen 14 Uhr.

Quelle: Eigene Darstellung

Pflege und Begleitung

Nur, wenn Sie sich an diese Leitlinie halten, dann können Sie durch korrekte Beobachtungen (sachlich, nicht subjektiv) alle pflegerischen Auffälligkeiten frei von einseitigen Interpretationen und Werturteilen formulieren.

Noch eindeutiger gehen Sie vor, wenn Sie für wertfreie Formulierungen die direkte oder indirekte Rede nutzen. Hierzu ein Beispiel: Frau Müller ist dementiell erkrankt. Sie muss jeden Tag Medikamente nehmen. An diesem Morgen schlägt sie die Hand der Pflegekraft mitsamt den Tabletten zur Seite und sagt: „Ich lasse mich von Euch nicht vergiften. Lasst mich in Ruhe. Ich will nicht mehr leben.“

Wenn Sie nun die indirekte Rede nutzen, dann sollte Ihr Eintrag wie folgt lauten: „Frau Müller schlägt während der Medikamenteneingabe mit der Hand nach den Arzneimitteln. Sie verdächtigt uns, sie vergiften zu wol-

len. Frau Müller bittet darum, in Ruhe gelassen zu werden. Sie äußert, nicht mehr leben zu wollen.“ Dieser Eintrag lässt jetzt wenige Fragen offen, und es unterbleibt jede Wertung des Verhaltens. Die Nutzung der direkten Rede wirkt noch professioneller: „Frau Müller schlägt während der Medikamenteneingabe mit der Hand nach den Arzneimitteln. Sie sagt: ‚Ich lasse mich von Euch nicht vergiften. Lasst mich in Ruhe. Ich will nicht mehr leben.‘“

Das Ergebnis: neutrale Formulierungen, wenig „Grübeleien“ über die richtige Ausdrucksweise und somit Zeitersparnis.

Den Pflegeprozess kritisch hinterfragen

Trainieren Sie im Rahmen von Dienstbesprechungen mit Ihrem Team die Methode der direkten Rede. Erstellen Sie ein „A bis Z“, in dem Sie Begriffe und Formulierungen hinterlegen, die es

zu vermeiden gilt (Don'ts) und übersetzen Sie diese in treffende und eindeutige Formulierungen (Do's). Hinterfragen Sie den Pflegeprozess in den Berichten kritisch und stellen Sie sich stets folgende Frage: Existiert ein roter Faden? ««

MEHR ZUM THEMA

Buchveröffentlichung

Dokumentieren mit dem Strukturmodell: Grundlagen - Einführung - Management. Vincentz Network 2018

Praxisleitfäden

Dokumentation - Mobilität und Dokumentation - Kognition/Kommunikation, Vincentz Network 2018



Dr. Mercedes Stiller

SP Kommunikation
Beratung - Training -
Coaching, Tornesch,
www.sp-
kommunikation.de

IBAS®

www.loepertz.de

Seit 25 Jahren Partner sozialer Einrichtungen.

Profitieren auch Sie von unserer Erfahrung!

