

INHALT

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

3.7	Strukturhilfe bei der Evaluation der Pflegeplanung	47
3.8	Strukturhilfe bei der Durchführung der Pflegevisite	48
3.9	Hilfe zur Förderung der Kommunikation im Pflegeteam und im interdisziplinären Team	49
3.10	Instrument zur Begründung der Durchführung oder Unterlassung von Pflegemaßnahmen	51
3.11	Dokumentation bei Erweiterung von Maßnahmen und bei höherem Zeitaufwand	52
3.12	Dokumentation bei Reduzierung/Wegfall von Maßnahmen	53
3.13	Der Pflegebericht als Pflegeplanungsersatz bei kurzfristigen Problemen und Erkrankungen	55
3.14	Der Pflegebericht als integraler Bestandteil der Pflegeplanung ...	55
3.15	Der Pflegebericht als Möglichkeit zur Selbstvergewisserung und -reflexion	58
3.15.1	Detaillierte Dokumentation stigmatisierender Begriffe	59
3.15.2	Überprüfung der eigenen Verhaltensweisen	60
3.16	Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege gemäß §§ 112, 114 SGB XI	61
4	Der Unterschied zwischen mündlicher und schriftlicher Berichterstattung	63
5	Wie wird der Pflegebericht geschrieben?	64
5.1	Stil	64
5.2	Abkürzungen	65
5.3	Fachbegriffe	66
5.4	Diagnosen, pflegebegründende Diagnosen, Pflegediagnosen ...	67
5.5	Erschwerisfaktoren	70
5.6	Erkennbare Signatur	72
5.7	Farbsignale	73
5.8	Markierung von Besonderheiten	73
5.9	Klärende Fragen vor der Niederschrift	73
5.9.1	Was will ich schreiben? Was ist mir wichtig? Was ist für die übrigen Pflegenden wichtig?	74
5.9.2	An wen richtet sich meine Eintragung?	74
5.9.3	Wie soll ich schreiben, damit der »Leser« meinen Bericht versteht?	75

5.9.4	Wie ausführlich muss ich schreiben, damit mein Bericht verständlich ist?	75
5.9.5	Welche Absichten verfolge ich mit der Eintragung? Was ist mein Ziel?	76
6	Wer schreibt den Pflegebericht?	77
6.1	Zuständigkeiten oder Verantwortungsbereiche	77
6.2	Examinierte Pflegefachkraft	78
6.3	Durchführende Pflegefachkraft	78
6.4	Beauftragte Pflegekraft	79
6.5	Pflegehilfskräfte (nicht examinierte Mitarbeiter)	79
6.6	Mitglieder des interdisziplinären Teams	80
6.7	Mitarbeiter der Sozialen Betreuung	81
7	Wann sollte der Pflegebericht geschrieben werden?	82
7.1	Zeitnahe Dokumentation	82
7.2	Dokumentation nach Durchführung mehrerer Tätigkeiten	83
7.3	Dokumentation vor der Übergabe	83
7.4	Dokumentation nach mehreren Tagen	85
8	Wie oft sollte der Pflegebericht geschrieben werden?	86
8.1	Angaben in der »Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation«	86
8.2	Überlegungen zu einer professionellen Antwort	88
8.3	Angaben in der Literatur	89
8.4	Empfehlungen	90
9	Der Pflegebericht – Vorteile und Probleme in den verschiedenen Pflegeorganisationsformen	91
9.1	Der Pflegebericht in der Funktionspflege	91
9.1.1	Wer schreibt den Pflegebericht in der Funktionspflege?	93
9.2	Der Pflegebericht in der Bereichspflege	93
9.2.1	Wer schreibt den Pflegebericht in der Bereichspflege?	94
9.3	Der Pflegebericht in der Bezugspflege	94
9.3.1	Wer schreibt den Pflegebericht im Bezugspflegesystem?	94
9.4	Der Pflegebericht beim Primary Nursing	95
9.4.1	Wer schreibt den Pflegebericht beim Primary Nursing-System? ..	95

10	Der Pflegebericht in den verschiedenen Schichten	96
10.1	Der Pflegebericht im Frühdienst	96
10.2	Der Pflegebericht im Spätdienst	97
10.3	Der Pflegebericht im Nachtdienst	98
11	Was wird im Pflegebericht dokumentiert und warum?	101
11.1	Beschreibung des aktuellen Befindens des Bewohners	102
11.2	Darstellung der Reaktion des Bewohners auf die durchgeführte Pflege	103
11.3	Beschreibung der Entwicklung eines bestimmten Pflegeproblems	104
11.4	Besondere Vorkommnisse, gefährliche Situationen, Zwischenfälle	105
11.5	Modifikation der Pflegeplanung nach wiederholtem Auftreten eines Pflegeproblems	109
11.6	Ereignisse mit direkter Auswirkung auf den Bewohnerzustand oder dessen Versorgung	110
11.7	Abweichung der Pflegedurchführung von der Planung	110
11.8	Kooperation mit Schnittstellen	111
11.9	Darstellung von Orientierungsstörungen	112
11.10	Zusammenfassung von Fallbesprechungen	114
11.11	Kommunikation mit den Angehörigen	116
11.11.1	Absprachen und Kooperation	116
11.11.2	Sammlung von Informationen bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen in der Kommunikation mit den Angehörigen	117
11.11.3	Darstellung von Konflikten mit den Angehörigen	118
11.12	Ergebnisse von Evaluationen	120
11.13	Verknüpfungen mit den AEDL	122
11.14	Wirkung von Interventionen	124
11.15	Besondere gerontopsychiatrische Reaktionen	126
11.16	Begründungen für Mehraufwand in der pflegerischen Handlung	129
11.16.1	Berücksichtigung eines zeitlichen Mehraufwandes bei der Berechnung der Pflegestufe	131
11.16.2	Bedeutung der beschriebenen zeitlichen Aufwendungen für die Pflegestufeneingruppierung	132
11.17	Sammlung von Daten innerhalb der ersten 14 Tage nach Aufnahme des Betroffenen	133
11.18	Erkenntnisse zum Wohlbefinden bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen	134

11.19	Der Pflegebericht im Handlungsfeld der sozialen Betreuung	137
11.19.1	Beschreibungen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI/§ 87b	137
11.19.2	Beschreibungen im Pflegebericht zu den Fragen des Screening-Verfahrens	138
11.19.2	Wirkung der Aktivitäten der sozialen Betreuung	151
11.19.3	Beschreibung der Maßnahmen nach § 87 b SGB XI und ihrer Wirkung	152
11.20	Pflegeberichte im Kontext der Expertenstandards	154
11.21	Information über den Abschluss einer Problemlösung	163
11.22	Information über Problemtransfer in die Pflegeplanung	166
12	Was gehört nicht in den Pflegebericht?	169
13	Der zusammenfassende Pflegebericht als Instrument zur Meta-Evaluation	174
13.1	Ziel der Zusammenfassung	174
13.2	Vorgehen	174
13.3	Häufig genannte Punkte in der Zusammenfassung	175
13.4	Wer schreibt den zusammenfassenden Bericht?	176
14	Der Pflegebericht und seine Bedeutung innerhalb der Dokumentationsblätter	177
14.1	Der Pflegebericht als Instrument im Pflegeprozess	177
14.2	Schnittstelle zur Pflegeplanung	178
14.3	Schnittstelle zu den Leistungsnachweisen	178
14.4	Schnittstelle zu den Reitern	179
14.5	Schnittstelle zum Flüssigkeitsprotokoll/Trinkplan/Bilanzierungsbogen	180
14.6	Schnittstelle zum Lagerungsplan	181
14.7	Schnittstelle zum Fixierungsbogen	182
14.8	Schnittstelle zum Schmerzanalysebogen	182
14.9	Der Pflegebericht als Vernetzungsinstrument	183
15	Wie wird mit dem Pflegebericht gearbeitet?	185
15.1	Vorbereitung und Nutzung des Pflegeberichts zu vernetzten Prozessen	186
15.1.1	Bei der Übergabe	186

15.1.2	Bei der MDK-Vorstellung	186
15.1.3	Beim Widerspruch gegen eine MDK-Einstufung	188
15.1.4	Bei der Arztvisite	188
15.1.5	Bei der Pflegevisite	189
15.1.6	Bei Beschwerden von Angehörigen	191
15.1.7	Bei juristischen Fragestellungen	193
16	Beobachtungsparameter:	
	Wie und was soll beobachtet werden?	196
16.1	Objektive Beobachtungsparameter	196
16.1.1	Messinstrumente	197
16.2	Subjektive Beobachtungsparameter	198
16.2.1	Die Sinnesorgane als Messinstrumente	199
16.3	Einzelbeobachtungen	199
16.4	Vernetzung von Beobachtungen (Kumulation, Konstruktion und Interdependenz)	200
17	Formulierungshilfen – Beispiele für bestimmte Situationen ..	202
17.1	Formulierungshilfen bei wechselnden Situationen/Zuständen/ Pflegezeiten	202
17.2	Formulierungshilfen bei erhöhtem Pflegezeitaufwand	203
17.3	Formulierungshilfen bei langfristig gleichbleibenden Zuständen	203
18	Implementierung einer angemessenen Pflegeberichterstattung	205
18.1	Zielbeschreibung	205
18.2	Prozessplanung	207
18.2.1	Schulung	207
18.2.2	Evaluation von Pflegeberichten in angeleiteten Kleingruppen	209
18.2.3	Meta-Evaluation in der Lerngruppe	210
18.2.4	Evaluationsgespräche im Dialog zwischen dem Pflegenden und dem Berater	210
18.2.5	Vorstellung eines Pflegeberichts im Teamgespräch als Fallbesprechung	211
19	Trainingsmöglichkeiten	212
19.1	Überprüfung des Pflegeberichts in mündlicher Form	212
19.2	Überprüfung mittels Checkliste	213

19.3	Überprüfung durch Fragen eines »kritischen Beobachters«	215
19.4	»Kritische Beobachtung« durch einen Kollegen	217
19.5	Überprüfung in der Pflegevisite	217
20	Der professionelle Pflegebericht als Bestandteil im Qualitätsmanagement	218
20.1	Der Pflegebericht in der Begleitung durch einen Mentor	218
20.2	Der Pflegebericht bei der Einführung neuer Mitarbeiter	219
20.3	Der Pflegebericht in der Praxisanleitung	219
20.4	Der Pflegebericht in der Stellenbeschreibung	220
20.5	Der Pflegebericht im Qualitätsmanagementhandbuch	220
21	Der Pflegebericht und seine Bedeutung in der Zukunft	221
21.1	Die DRGs und ihre Auswirkungen auf den Pflegebericht	221
21.2	Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für den Pflegebericht	222
22	Der Pflegebericht im Bereich von Führen und Leiten	223
22.1	Der Pflegebericht im Bewerbungsassessment	224
22.2	Der Pflegebericht bei der Vereinbarung im Einstellungsgespräch	225
22.3	Der Pflegebericht bei der Evaluation der Mitarbeiterentwicklung	226
22.4	Der Pflegebericht bei Zielvereinbarungsgesprächen	227
22.5	Literatur und Fortbildungen zum Thema »Pflegebericht«	228
22.6	Hilfestellung bei Fragen und Problemen	229
22.7	Sorge für ein angemessenes Pflegedokumentationssystem	229
22.8	Sorge für geeignete Hilfsmittel	230
23	Häufig aufgeführte und erkennbare Probleme im Pflegebericht und in der Berichterstattung	231
24	Möglichkeiten der Optimierung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung	234
Anhang		237
Literatur		250
Register		252