

## Infoblatt für die Pflegebedürftigen und Angehörigen (Teil 5)

Die Pflege beginnt und viele Fragen sind offen! Beim Vertragsgespräch und später beim pflegerischen Erstgespräch werden viele Inhalte und Punkte von den Führungskräften erzählt und gesagt. Aber nur sehr wenig davon ist später nochmals für die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen nachzulesen. Der Pflegevertrag enthält zwar meist eine ganze Reihe von, auch praktisch, wichtigen Regelungen, aber meist sind diese dort so juristisch verklausuliert, das sie für den Alltag nicht relevant erscheinen.

Im Bereich der notwendigen Beratungen zu pflegefachlichen Fragestellungen und Problemen haben immer mehr Pflegedienste Info- und Beratungsblätter konzipiert, die diese Fragestellungen darstellen und erläutern. Wie sieht es aber mit den ganz praktischen Fragen rund um die Organisation der Pflege aus? Dazu gibt es in der Regel immer nur die mündlichen Informationen beim Vertragsgespräch. Später ‚erlernen‘ dann der Pflegebedürftige und seine Angehörigen vieles in der Praxis. Zur Vermeidung von Missverständnissen und zur Professionalisierung der Pflege sollten die Pflegedienste auch Infoblätter auflegen, die Fragen rund um die Organisation der Pflege behandeln.

1. Was wird gemacht: Vereinbarte Leistungen, Leistungen im Notfall, spontan reduzierte Leistungen, spontane Mehrleistungen
2. (Kostenfreie) Serviceleistungen des Pflegedienstes
3. Die Pflege im Team
4. Pünktlichkeit im Alltag
5. Erreichbarkeit und Rufbereitschaftseinsätze
6. **Pflegedokumentation: warum, was und wer**
7. Wer ist für was zuständig: vom Pflegedienst, was machen die Angehörigen

In einer kleinen Reihe werden diese Punkte jeweils zweiteilig dargestellt: was bedeutet das für den Pflegedienst und wie kann man dies den Kunden erklären/für die Kunden formulieren? (mit Textbaustein):

### 5. Pflegedokumentation

Oftmals liegt sie lieblos in der Ecke und sieht auch so aus: die Pflegedokumentationsmappe. Dabei ist sie das zentrale Instrument zur Kommunikation aller an der Pflege und Versorgung beteiligten Personen, und dazu gehören auch die Angehörigen und sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen. Es hält sich hartnäckig das Gerücht, dass die Pflegepersonen nicht in der Dokumentationsmappe eintragen dürfen. Einige Pflegefachkräfte argumentieren, das wäre allein ‚ihre‘ Dokumentation, Andere dürften darin nichts schreiben. Aber schon bei den Ärzten gilt das nicht, die dürfen hier dokumentieren (wenn sie es denn tun).

Allerdings gibt es für die ablehnende Haltung weder eine formale noch eine inhaltlich stichhaltige Begründung, das Gegenteil ist der Fall:

- In der Pflegedokumentation soll sich der Versorgungsstand des Pflegebedürftigen widerspiegeln. Sie soll alle relevanten Informationen enthalten, damit der eingesetzte Mitarbeiter die Versorgung nahtlos weiter führen kann.
- Dies kann nur dann sicher gestellt sein, wenn alle an der Pflege und Versorgung Beteiligten in der Pflegedokumentation die relevanten Informationen festhalten. Soll beispielsweise ein Trinkprotokoll geführt werden, um sicher zu stellen, das der Pflegebedürftige ausreichend trinkt, ist dies nur aussagekräftig, wenn auch die Angehörigen hier mit eintragen: denn im Normalfall

übernimmt der Pflegedienst nur einen kleinen Teil der Versorgung, die übrige Versorgung wird durch Pflegepersonen sicher gestellt.

- Natürlich dokumentieren die Pflegepersonen keine durchgeführten Leistungen auf den Leistungsnachweisen, denn diese dienen vor allem der Abrechnungsdokumentation. Der Pflegebericht ist hier der sachgerechte Ort.
- Es kann im Streitfall durch Gutachten geklärt werden, wessen Handschrift jeweils in der Pflegedokumentation auftaucht. Natürlich sollten die Pflegepersonen gebeten werden, ihre Einträge mit komplettem Namen und Datum/Uhrzeit abzuzeichnen.
- Die Dokumentation ist und bleibt zwar dauerhaft im Besitz des Pflegedienstes, der Pflegebedürftige selbst hat das Recht auf Akteneinsicht, er kann dies auch auf andere vertraute Personen ausweiten/übertragen. Da sich die Dokumentation in der Wohnung des Pflegebedürftigen befindet, ist sich öffentlich nicht zugänglich.
- Wie soll sich der Angehörige orientieren, wenn er den Pflegebedürftigen versorgen will, aber nicht weiß, was vorher alles schon gemacht worden ist? Ein Beispiel: „Hast du heute schon geduscht, Papa?“ – „Nein!“: Aussagen, die man gerade bei dementen Pflegebedürftigen oft hört, obwohl sie nicht der Wahrheit entsprechen.

Welche Inhalte/Formulare sollten sinnvollerweise auch die Pflegepersonen/Angehörigen nutzen?

- Alle Protokolle (Insulin, Trinken/Ernährung, Lagerung), soweit die Pflegepersonen auch diese Tätigkeiten durchführen (sollen).

- Pflegebericht: hier ist immer Platz für alle Hinweise und Anmerkungen zur Versorgung. Es gäbe auch die Möglichkeit, ein separates Formblatt zur Kommunikation mit den Angehörigen zu nutzen. Das hätte allerdings den Nachteil, dass man ein vollständiges Bild nur erhält, wenn man sowohl das Angehörigenformblatt als auch den Pflegebericht liest. Einfacher ist es, ein gemeinsames Dokument zu nutzen, dann ist die Chronologie der Ereignisse vollständig dargestellt.

### **Angehörige ermutigen und evtl. anleiten**

Angehörige und Pflegepersonen sollten ermutigt werden, Auffälligkeiten bzw. ihre konkrete Versorgung im Pflegebericht aufzuschreiben. Da in der Pflegeanamnese oder Pflegeplanung die Aufgabenverteilung vorgenommen worden ist (wer macht was und wann), würde es auch reichen, wenn sie allein die Auffälligkeiten aufschreiben. Sie sollten gebeten werden, ihre Einträge mit Datum/Uhrzeit und komplettem Namen zu versehen.

Um die Hürden abzubauen, sollte bei Beginn der Pflege den Angehörigen/Pflegepersonen die Dokumentationsmappe kurz erklärt werden (wo ist was abgeheftet), damit sie den Pflegebericht leicht finden. Auch wäre zu überlegen, in welcher Reihenfolge die Formulare in der Dokumentationsmappe einsortiert sind. Oftmals findet man den Pflegebericht weit hinten, weil der Mappenaufbau der Logik folgt: Stammdaten, Anamnese, Planung, Durchführung, Berichte. Zu überlegen wäre, ob diese Reihenfolge auch praktisch ist; denn in der Praxis wird der Mitarbeiter auch vor allem die Leistungsnachweise sowie das Berichtsblatt benötigen. Es könnte sich auch anbieten, das Berichtsblatt nach ganz vorn zu heften, gefolgt von den Leistungsnachweisen. Dann könnte man das Blättern reduzieren.

**Die Pflegedokumentationsmappe ist  
„Werbung für den Pflegedienst!“**

Da der Pflegedienst nur gastweise in der Wohnung ist, ist die Pflegedokumentationsmappe das Medium, das immer da ist und damit auch eine Form von Werbung. Das fängt schon mit der Mappengestaltung und Optik an. Deshalb sollte sowohl auf das Aussehen (keine kaputten Mappen, werbewirksames Deckblatt, kein Einstecken von Zetteln in die Decklasche) als auch auf die Inhalte (regelmäßig Berichte und ältere Nachweise/Dokumente rausnehmen, „Eselsohren“ entfernen, etc.) und auf die Sprache achten: Da die zu versorgenden Kunden in der Regel nicht „Patienten“ des Pflegedienstes sind, sondern seine Kunden, sollte die Ansprache/Benennung im Pflegebericht auch entsprechend erfolgen: also: „Herr xxx“ statt „der Pat.“ Auch bei der Formulierung von Sachverhalten sollten die Pflegedienstmitarbeiter möglichst sachlich und neutral schreiben. Dabei sollten persönliche Gefühle möglichst vermieden/reduziert werden, selbst wenn der Pflegebedürftige aktuell tatsächlich „genervt“ hat.

Textbaustein:

In der Pflegedokumentationsmappe haben wir alle für die Versorgung notwendigen Informationen zusammengefasst. Hier ist auch

dokumentiert, welche Pflegeprobleme vorliegen und wer die Versorgung übernehmen soll. Für die Abrechnung führen wir sogenannte „Leistungsnachweise“, die wir nach der Leistungserbringung abzeichnen. Im Pflegebericht halten wir alle Besonderheiten oder sonstige Hinweise fest. Wenn Sie an der Versorgung mit beteiligt sind, können Sie hier auch nachsehen, ob etwas Besonderes vorgefallen ist oder ob wir die Versorgung wie geplant durchführen konnten. Wenn Sie uns etwas für die weitere Versorgung mitteilen wollen (beispielsweise wenn etwas passiert ist), können Sie dies im Pflegebericht aufschreiben. Bitte vergessen Sie nicht, die Uhrzeit und das Datum sowie die Unterschrift mit Ihrem Namen, so dass wir wissen, wer das geschrieben hat.

Unsere Mitarbeiter zeichnen die Leistungen und Dokumentationen mit Handzeichen ab, eine aktuelle Handzeichenliste finden Sie ebenfalls in der Dokumentationsmappe.

Weiter geht es in der nächsten Ausgabe!

**Tipps:**

Mehr zu Pflegedokumentation in PDL Praxis 5/2001; ein Musterdeckblatt finden Sie unter [www.syspra.de](http://www.syspra.de) im Bereich „Arbeitshilfen“; zur Dienstleistungspreisliste u.a. HP 6/2012

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,  
Ausgabe 01/2013

© **Andreas Heiber**

**System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-Mail: [info.heiber@SysPra.de](mailto:info.heiber@SysPra.de); [www.SysPra.de](http://www.SysPra.de)