

Klare Worte

Wer Missverständnisse in der Dokumentation vermeiden will, muss sorgfältiger formulieren. Begriffe aus der Umgangssprache laden zu Fehlinterpretationen ein

VON CLAUDIA SOPPART

Für Pflegefachkräfte ist es selbstverständlich, nach den Phasen des Pflegeprozesses zu denken, zu handeln und natürlich auch zu dokumentieren. Im Einzelnen heißt das:

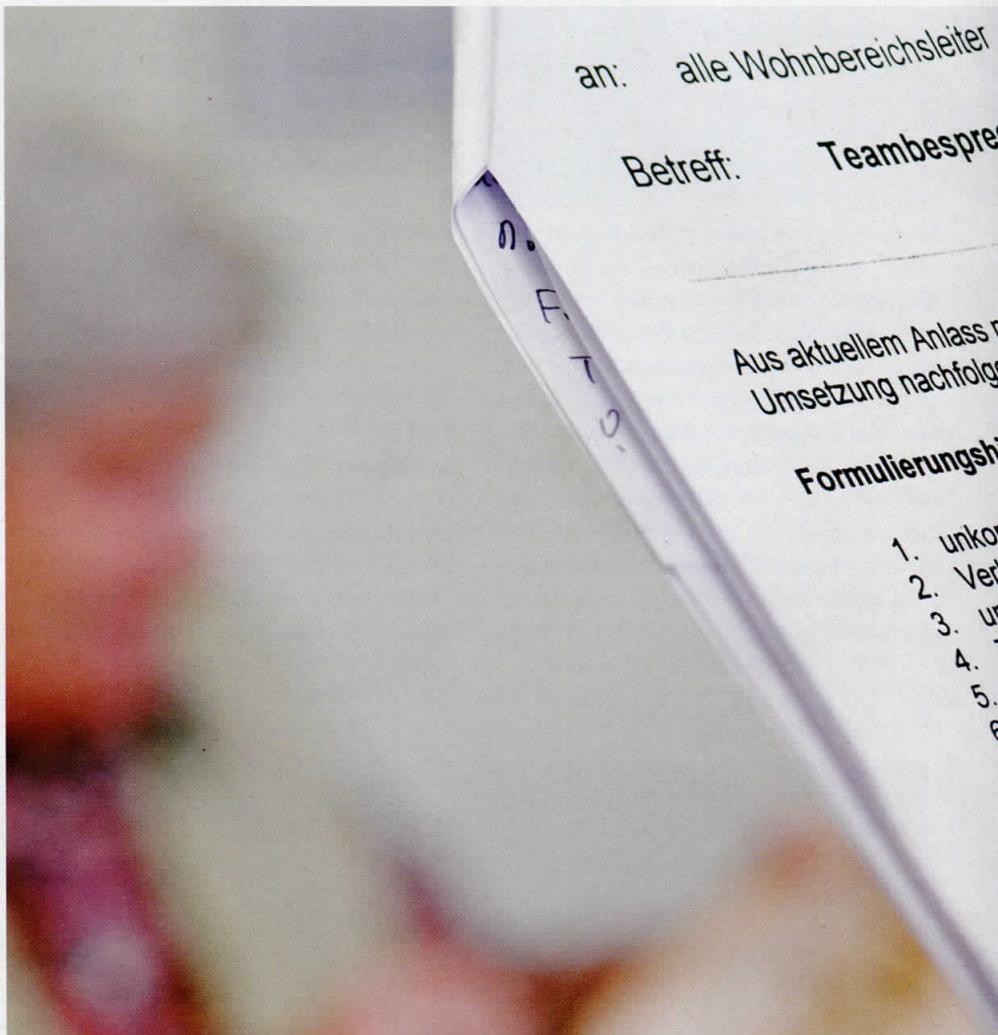
- » Informationen sammeln,
- » Probleme und Fähigkeiten/Ressourcen herausfiltern,
- » Ziele setzen,
- » Maßnahmen vorschlagen, aushandeln und planen,
- » Maßnahmen anbieten,
- » evaluieren.

Längst wissen Leitungs- wie Pflegefachkräfte, dass die Bewohnerdokumentation nicht für eine Einstufungsbegutachtung geführt wird. Das wäre auch fatal. Denn in der Pflegestufenbestimmung zählt nur ein definierter Teil der Bedarfe eines Bewohners als anrechenbare Hilfeleistung nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).

Durch ungenaue Sprache entstehen Probleme

Den Mitarbeitern ist meist der komplette Pflegesatz bekannt, den ein Bewohner monatlich an das Heim zu entrichten hat. Zu diesem gibt die Pflegekasse über die jeweilige Pflegestufe lediglich einen Anteil dazu. Der Bewohner zahlt somit für umfassende Hilfestellungen. Damit (und aus professionell-fachlichen Gründen) ist auch die Bewohnerdokumentation umfassend zu gestalten. Der Gutachter pickt sich also nur ein paar Details – die für die Pflegestufe anerkannt werden – aus der Bewohnerdokumentation heraus.

Diese Dokumentation muss also den Pflegeprozess in seinen sechs Schritten



Pflegedokumentation: Durch falsche oder uneindeutige Wortwahl kann es zu erheblichen Missverständnissen kommen

Foto: Werner Krüper

individuell abbilden. Darin sind die Aufgaben, die für die Einstufungsbegutachtung wichtig sind, bereits enthalten. Also gibt es bei der Pflegeeinstufung keine Probleme mehr? Weit gefehlt. Bei ihrer Aufgabe, die Gutachter präzise zu informieren, unterlaufen Pflegefachkräften immer wieder Fehler. Und zwar deshalb, weil Begriffe aus unserer Umgangssprache in den Begutachtungs-Richtlinien ganz anders definiert sind. Da kommt es leicht zu Missverständnissen.

Hier ein paar typische Beispiele:

■ Unterstützung

Wenn die Pflegefachkraft diese Worte benutzt, verstehen die Gutachter hierunter *nur* die Vor- und/oder Nachbereitung der Verrichtung. Die Durchführung der Handlungen der Verrichtung erfolgt allein durch den Bewohner. Die Mitarbeiterin ist währenddessen nicht anwesend. Wenn man einen Bewohner während der Verrichtung nicht alleine lassen kann, ist die Formulierung also missverständlich.

Da der Gutachter darunter nur das Bereitlegen und Wegräumen von Utensilien versteht, rechnet er auch nur minimale Minuten dafür an. Gerade bei psychiatrisch erkrankten Bewohnern, die die Verrichtung nicht alleine durchführen

Monat Januar 2009

ich Sie bitten, im Rahmen der Teambesprechung die sofortige
Formulierungshilfen zu realisieren.

- 8. Verlassen des Wohnbereiches (Weglauffendenz)
- 9. oder Verursachen gefährdeter Situationen
- 10. unmaßvoller Umgang mit gefährlichen Gegenständen
- 11. oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situa-
- 12. tionsfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefüh-
- 13. lernnahmen
- 14. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei ther-
- 15. apie Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depr-
- 16. ession
- 17. Störung der höheren Hirnfunktion (Beeinträchtigung
- 18. des Urteilsvermögens), die zu Problemen bei der Bew-
- 19. ernehmung geführt haben
- 20. Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- 21. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf
- 22. zu organisieren
- 23. Verkennen von Alltagssituationen und in-
- 24. adäquat reagieren
- 25. Verknüpfung von Alltagsverhalten und unkontrollier-
- 26. ten, z. B. unkontrolliertes Lachen, Schreien, Schreien
- 27. während des Schlafens
- 28. Verknüpfung von Alltagsverhalten und unkontrollier-
- 29. ten, z. B. unkontrolliertes Lachen, Schreien, Schreien
- 30. während des Schlafens

würden, ist es besser, Formulierungen wie „Anleitung“, „Beaufsichtigung“ oder „teilweise Übernahme“ zu verwenden. Oder, wenn der Bewohner gar keine Handlungen der Verrichtung eigenhändig übernehmen kann, „vollständige Übernahme“ durch die jeweilige Mitarbeiterin.

■ Aufforderung / Motivierung

Der Gutachter versteht hierunter, dass die jeweilige Mitarbeiterin dem Bewohner mit



Claudia Soppart

ist selbstständige Qualitätsbe-
raterin und hat über Jahre als
leitende Pflegefachkraft beim
MDK Nordrhein gearbeitet

Worten oder Gesten ein Startsignal gibt, sodass dieser die erste Handlung, mit der man diese Verrichtung beginnt, manuell umsetzt. Die Pflegefachkraft ist hierbei nur zur Impulsgebung vor Ort und entfernt sich dann. Die restlichen Handlungen erledigt der Bewohner alleine – ohne weitere Anleitung und Beaufsichtigung.

Auch hier sind Missverständnisse vorprogrammiert. Der Gutachter kodiert zwar „A“ für „Anleitung“ im Gutachten. Da die Mitarbeiterin aber nicht während der gesamten Verrichtung beim Bewohner bleiben muss, wird nur sehr wenig Zeit anerkannt.

Wenn Pflegefachkräfte während der gesamten Verrichtung beim Bewohner bleiben und sagen bzw. demonstrieren müssen, was dieser tun soll, dann ist es besser, in der Dokumentation von einer „kleinschrittigen, mehrfach wiederholten Anleitung eines jeden einzelnen Handlungsschrittes der komplexen Verrichtung“ zu sprechen. Unbedingt sollte dem Gutachter deutlich gemacht werden, dass man den Bewohner nicht allein lassen kann, indem man kurz schildert, was dieser tun würde, wenn man wegginge. Auf jeden Fall würde er die Verrichtung ja nicht alleine zu Ende bringen...

■ Selbstständigkeit

Wenn die Pflegefachkraft bei der Begutachtung berichtet, der situativ desorientierte Bewohner würde sich Gesicht und Oberkörper „selbstständig“ waschen oder auch „selbstständig“ essen, so verstehen einige Gutachter hierunter, dass der Bewohner dabei keinerlei Hilfe benötigt.

Diese Formulierung ist also ebenfalls missverständlich. Schließlich wird der Bewohner ja gar nicht selbstständig, sondern nur eigenhändig tätig. Deshalb muss die informierende Pflegefachkraft in der Dokumentation darstellen, dass der Bewohner nicht von sich aus eigenhändig tätig ist, sondern dafür „Anleitung“ benötigt – eine der höchsten und zeitaufwändigsten Hilfeformen.

Verwenden Sie den Begriff „selbstständig“ nur in Kombination mit dem Wort „Anleitung“. Und überprüfen Sie, ob man

in der mündlichen Präsentation des Hilfebedarfs in der Begutachtungssituation das Wort „selbstständig“ nicht weglassen oder durch das Wort „eigenhändig“ ersetzen könnte.

Durch ungenaue Sprache unterlaufen Fehler

Die korrekte Einstufung von Bewohnern spielt eine wesentliche Rolle bei der Berechnung von Planstellen. Wenn sich die informierende Pflegefachkraft präzise auf die Begutachtung vorbereitet, wesentliche Inhalte aus den für den Gutachter verbindlichen Begutachtungs-Richtlinien kennt und während der Begutachtung mit den richtigen Signalwörtern den individuellen Hilfebedarf des Bewohners anhand einer fachgerechten Dokumentation nachweist – dann sind höhere und gerechtere Einstufungen in den meisten Alten- und Pflegeheimen möglich. ■

www.altenpflege.vincenz.net

Unter „Aktuelle Ausgabe / Zusatzmaterial zum Heft“ finden Sie z. B.:

- » die Grundsatzstellungnahme „**Pflegeprozess und Dokumentation**“ des MDS
- » das **Poster „Der Pflegeprozess“** des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA)

Wer sich von unserer Autorin in Sachen „Dokumentation“ konkret beraten lassen möchte, wende sich an:

Soppart Qualitätsberatung

Claudia Soppart,
Viersener Str. 107,
47918 Tönisvorst,
Tel.: 0 21 51 - 8 20 66 64,
Fax: 0 21 51 - 8 20 86 97,
info@soppart.de
www.soppart.de