
Wie wende ich dieses Buch an?

Dieses Buch ist sowohl für Neulinge in der Pflege, also vor allem Auszubildende, gedacht, aber auch für Wiedereinsteiger oder z. B. examinierte Pflegenden, die die Fachrichtung wechseln oder sich einfach bei der Dokumentation helfen lassen möchten. Die Hilfe, die dieses Buch bietet, teilt sich in zwei Bereiche:

- Der (kleinere) Teil ist die Einleitung. Wer möchte, liest sie von vorne bis hinten und eignet sich dabei fundiertes, auf den Punkt gebrachtes Wissen rund um die Pflegedokumentation an. Oder man liest einfach nur den Teil, der einem gerade wichtig erscheint oder zu dem es aktuelle Fragen gibt.
- Den (größeren) Hauptteil des Buchs bildet das Stichwortverzeichnis. Zu mehr als 930 Stichworten gibt es hier Hilfestellung, für die konkrete Dokumentation im Pflegebericht.

Beispiel

Im Buch finden Sie:

Wärmeanwendung: Grund; Zeitpunkt; Dauer; Art der Wärmeanwendung; gewärmte(r) Körperteil(e); Resultat der Maßnahme; ggf. Körpertemperatur vor und nach der Anwendung; ggf. getroffene Absprachen

In der Anwendung setzen Sie diese Stichpunkte dann in die Tatsachen um, also z. B.

17. Januar 2017, 15.15 Uhr, Schmerzen am rechten Ellenbogen; Wärmepack mit Waschlappen umwickelt und Ellenbogen in Rückenlage im Bett daraufgelegt; Wärmepack nach 30 Minuten entfernt; Schmerzen laut Frau M. rückläufig; mit Frau M. vereinbart, dass sie sich meldet, wenn die Schmerzen wieder stärker werden

Schmerzen am Ellenbogen → Grund

15.15 Uhr → Zeitpunkt

30 Minuten → Dauer

Wärmepack mit Waschlappen → Art der Wärmeanwendung

Ellenbogen → gewärmter Körperteil

Schmerzen laut Frau M. rückläufig → Resultat der Maßnahme

sie sich meldet, wenn die Schmerzen

wieder stärker werden → getroffene Absprache



Abb. 5: Prüfen: Manche Maßnahmen zeigen nach kurzer Zeit Erfolg. Bei anderen Maßnahmen dauert es länger. Je nach Maßnahme prüfen die Pflegenden nach einem angemessenen bzw. einrichtungsintern abgestimmten Zeitraum, ob der erwartete Erfolg eingetreten ist. Sie nehmen den Zustand des Pflegebedürftigen erneut wahr, beurteilen und vergleichen ihn mit der zuletzt dokumentierten Situation.

Pflegeprobleme, die nicht kurzfristig behoben werden können, nehmen die Pflegenden in die Pflegeplanung/Maßnahmenplanung auf. Die Ergebnisse der Wahrnehmung und Beurteilung beschreiben sie im Pflegebericht. Durchgeführte Maßnahmen können in der Pflegeplanung bzw. im Durchführungs-/Leistungsnachweis abgezeichnet werden – wenn sie wie geplant stattgefunden haben. Ausgefallene oder veränderte Maßnahmen beschreiben die Pflegenden im Pflegebericht und begründen ihr Vorgehen.

Merke

Die Gründe für die Pflegedokumentation lauten also zusammengefasst:

- die pflegerische Versorgung optimieren
- den Pflege- bzw. Gesundheitszustand im Verlauf darstellen
- mit Kolleginnen und Kollegen kommunizieren
- Qualität sichern
- durchgeführte Maßnahmen nachweisen
- sich gegen Haftungsansprüche absichern [28]

Der Grundsatz „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht“ hat bei vielen Pflegenden für Verwirrung gesorgt. Richtig ist, dass eine nicht dokumentierte pflegerische Maßnahme ein Versäumnis ist. Allerdings ergibt sich aus einer nicht dokumentierten Pflegemaßnahme noch nicht automatisch eine rechtliche Haftung.

Eine nicht dokumentierte Maßnahme spielt jedoch dann eine Rolle, wenn ein Haftungsfall eintritt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Intertrigo eingetreten ist, präventive Maßnahmen aber nicht in der Dokumentation erkennbar sind und der Pflegebedürftige die Einrichtung haftbar macht. Ist die Dokumentation unzureichend, kann es zu einer Beweislastumkehr kommen. Das heißt:

Merke

Der Pflegebedürftige hat ein Einsichtsrecht in die über ihn geführten Unterlagen. Bei Kindern haben die sorgeberechtigten Personen und bei Personen, die unter einer rechtlichen Betreuung stehen, die Betreuer ein Einsichtsrecht in die Dokumentation. Für die Aushändigung von Kopien oder Unterlagen gibt es entweder ein einrichtungsintern geregeltes Vorgehen oder die Pflegenden beziehen bei Bedarf die vorgesetzte Pflegende ein.

Die Pflegedokumentation sollte sich auf die Inhalte beschränken, die für den Pflege- und Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen relevant sind. [2] Wertende oder gar abfällige Äußerungen, z. B. über den Lebensstil des Pflegebedürftigen und/oder seine Angehörigen, sollten daher unterbleiben oder im Bedarfsfall – wenn sie für den Pflegezustand eine Rolle spielen – neutral und ohne Wertung formuliert werden.

Mit Vermutungen gehen die Pflegenden stets vorsichtig um. Oft macht es Sinn, eine Vermutung zunächst im Team oder mit dem Arzt zu besprechen. Im Idealfall dokumentieren die Pflegenden wertneutral, wie sie zu der Vermutung gekommen sind.

Beispiel

Ein Kind wurde wegen Erbrechens in die Klinik aufgenommen. Im Rahmen der Körperpflege entdeckt eine Pflegende an verschiedenen Körperstellen Hämatome in unterschiedlichen Heilungsstadien. Ihre erste Vermutung lautet Kindesmisshandlung. Im Pflegebericht dokumentiert sie wertneutral die Lokalisation, Größe und Farbe der Hämatome und den Zeitpunkt sowie Namen des informierten Arztes.

Wahrnehmungen dokumentieren

Wie wir wahrnehmen

Wie alle Menschen nehmen auch Pflegendе mit verschiedenen Sinnen wahr. Daher dokumentieren sie, was sie

- **sehen**, z. B. eine Hautrötung,
- **riechen**, z. B. einen azetonartigen Geruch bei Diabetikern,
- **fühlen**, z. B. eine Schwellung, oder
- **hören**, z. B. ein auffälliges Atemgeräusch.

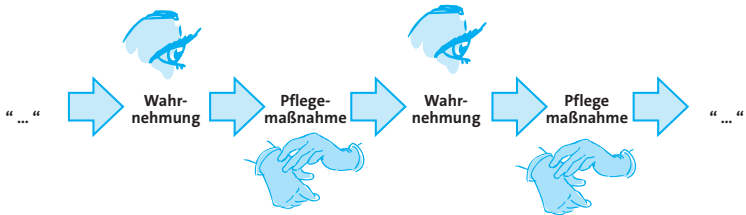


Abb. 6: Die Wahrnehmung eines Pflegeproblems durch Sehen, Riechen, Hören und Fühlen führt dazu, dass die Pflegenden handeln. Anschließend nehmen sie wieder wahr, indem sie beobachten, wie sich das Pflegeproblem entwickelt hat. Bei Bedarf handeln sie erneut.

Die zeitliche Sicht der Maßnahme

So, wie die zeitliche Sicht bei der Dokumentation von Wahrnehmungen eine Rolle spielt, spielt sie auch eine Rolle für den Zeitpunkt, zu dem eine Maßnahme durchgeführt wurde.

Beispiel

Für eine junge Frau, die nach einer Appendektomie im Krankenhaus liegt, mag es relativ egal sein, ob sie um 10 Uhr oder um 10.15 Uhr zur Toilette begleitet wurde. Für die pflegerische Versorgung eines Bewohners im Pflegeheim, mit dem ein Toilettentraining durchgeführt wird, ist es hingegen wichtig, wann er zur Toilette geführt wurde – und ob er bis zu diesem Zeitpunkt den Urin noch halten konnte oder nicht.

Die Rolle der Pflegeplanung/Maßnahmenplanung

Maßnahmen, die in der Pflegeplanung/Maßnahmenplanung konkret beschrieben sind, können in der Pflegeplanung/Maßnahmenplanung bzw. im Durchführungs-/Leistungsnachweis dokumentiert werden, indem Zeit und Namenskürzel angegeben werden. Bezieht sich eine Maßnahme auf einen Pflegestandard, der in der jeweiligen Einrichtung allgemein anerkannt und bekannt ist, können sich die Pflegenden auf diesen Standard beziehen. Weitere interessante Informationen hierzu finden sich im Stichwortteil dieses Buchs unter dem Stichwort „Immerso-Regel“.

Dokumentation im Versorgungsverlauf

Nicht alle Wahrnehmungen müssen täglich dokumentiert werden. Nicht jeder Ablauf einer Maßnahme ist bei erneuter und gleichbleibender Durchführung gleichsam genau zu dokumentieren. Ein Beispiel ist die Dokumentation des Hilfebedarfs. Nehmen die Pflegenden am Beginn des Versorgungsverlaufs genau wahr, welchen Hilfebedarf der Pflegebedürftige aufweist und dokumentieren sie diesen, ist er nicht jeden Tag erneut zu dokumentieren. Veränderungen hingegen dokumentieren die Pflegenden zeitnah, nachdem sie aufgetreten sind.

Viele Pflegemaßnahmen, z. B. der Transfer vom Bett in den Rollstuhl, können auf unterschiedliche Weisen stattfinden. Haben der Pflegebedürftige und die Pflegende hier einen gemeinsamen Weg gefunden, wie die Pflegemaßnahme für beide Seiten am besten gelingt, dokumentiert die Pflegende das Vorgehen. Ist das Vorgehen für alle Pflegenden verbindlich beschrieben, z. B. in der Pflegeplanung, ist es nicht notwendig, die Pflegemaßnahme detailliert jeden Tag erneut zu beschreiben – es sei denn, das Vorgehen wurde geändert oder es gab z. B. einen Zwischenfall.

Beispiel

Frau T. liegt nach einer Sectio auf der Entbindungsstation. Im Rahmen der ersten Mobilisation hat sie sich versehentlich das Knie am Nachttisch gestoßen. Die Pflegenden dokumentieren die Entwicklung des Hämatoms und den Verlauf der Schmerzen täglich. Die Schmerzursache wurde einmalig von der Pflegenden, die die Mobilisation begleitet hat, dokumentiert. Eine erneute Dokumentation der Ursache ist nicht notwendig.

Merke

Die Frage „Wann wird dokumentiert?“ kann also beantwortet werden: Die Pflegenden dokumentieren zeitnah, nachdem sie eine für den Pflege- und Gesundheitszustand relevante Wahrnehmung gemacht oder eine Maßnahme durchgeführt haben. Durch dieses Vorgehen dokumentieren sie mit geringerem Zeitaufwand. Ein Pflege- und Gesundheitszustand oder bestimmtes Vorgehen, der/das sich nicht verändert, muss nicht an jedem Tag detailliert beschrieben werden. Entscheidend sind die anfängliche Situation und spätere Veränderungen.

Assessment (engl. Bewertung, Einschätzung): In der Pflege wird unter Assessment die Einschätzung des Pflegebedarfs verstanden. Ein Assessment kann sich auf einen einzelnen Bereich, z. B. die Sturzgefährdung ↑, oder aber allgemein auf den Bedarf an pflegerischer Hilfestellung beziehen. Das Assessment findet im Rahmen der Anamnese ↑ bzw. der Strukturierten Informationssammlung ↑ statt, wenn am Beginn des Pflegeprozesses ↑ die pflegerelevanten Informationen erhoben werden. Gerade bei einer länger dauernden pflegerischen Versorgung, z. B. bei einem Frühgeborenen, einem Pflegebedürftigen auf einer Intensivstation oder in der Altenpflege, macht eine Wiederholung des Assessments Sinn, da sich die Situation des Pflegebedürftigen verändert. Die Ergebnisse eines Assessments sollten immer dokumentiert werden. Gleiches gilt für die Situation/Bedingungen, unter denen das Assessment stattgefunden hat. So ist es beispielsweise im Rahmen eines Schmerzassessments wichtig, festzuhalten, ob die Schmerzen ↑ in Ruhe oder bei Bewegung bewertet wurden. Auch wenn das Assessment ergeben hat, dass kein Risiko oder Pflegeproblem vorliegt, ist zu dokumentieren, dass das Assessment stattgefunden hat und welche Ergebnisse sich ergeben

haben. Ebenso sind die aus dem Assessment resultierenden Maßnahmen zu dokumentieren. Ist eine Wiederholung des Assessments geplant, sollte diese terminiert und dokumentiert werden. Für verschiedene Bereiche, z. B. die Erfassung der Stärke von Schmerzen, gibt es Assessmentinstrumente, die i. d. R. aus Fragebögen oder Skalen bestehen. Die Ergebnisse des Assessments fließen in die Pflegeplanung ↑ bzw. Maßnahmenplanung ↑ ein. Selbstverständlich sollte es sein, die Sicht des Pflegebedürftigen stets in das Assessment einzubeziehen.

In den nationalen Expertenstandards wird zwischen einem initialen/allgemeinen Assessment bzw. Screening oder Risikoscreening ↑ und einem differenzierten/speziellen Assessment unterschieden. Stellt die Pflegefachkraft im Rahmen der allgemeinen Risikoeinschätzung ↑ aufgrund ihres Fachwissens fest, dass ein Pflegebedürftiger in einem bestimmten Bereich kein Risiko mit sich bringt, ist nach der allgemeinen Risikoeinschätzung kein spezielles (und aufwendigeres) Assessment notwendig. Generell gilt es, Assessments dosiert einzusetzen und nicht pauschal bei jedem Pflegebedürftigen jedes in der Einrichtung vorhandene Assessment durchzuführen. [2, 8]

Beschwerde: Thema; getroffene Absprachen ↑; unternommene Maßnahmen; ggf. vereinbarter Termin für eine erneute Besprechung des Themas

Betreuung, rechtliche: Bevor einem rechtlichen Betreuer Auskünfte erteilt oder er in Entscheidungen einbezogen wird, sollte sich die Pflegefachkraft von der Rechtmäßigkeit des Betreuers überzeugen. Je nach Einrichtung kann diese Aufgabe einer anderen Person zufallen. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit sollte auf dem Stammblatt ↑ notiert und abgezeichnet werden.

Bettgitter: Zeitpunkt und Dauer der Nutzung; Art des Bettgitters; Seite(n) der Nutzung; Grund, z. B. Wunsch des Pflegebedürftigen, ärztliche Anordnung; durchgeführte Information ↑ des Pflegebedürftigen; Zeitpunkt und Ergebnis durchgeführter Kontrollen einschließlich der Reaktionen des Pflegebedürftigen auf das Bettgitter

Bettlägerigkeitsprophylaxe: Zeitpunkt, Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; vgl. Angst ↑, Assessment ↑, Bewegungsplan ↑; Bewegungsübungen ↑; Hilfsmittel ↑

Bettruhe: Beginn; Ende; ggf. Unterbrechungen mit Grund und Dauer; unternommene Prophylaxen ↑; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; emotionales Verhalten ↑; vgl. Bewegungsplan ↑

Bewegung, pathologische: betroffener Körperteil; Beschreibung der Bewegung, z. B. hinkend, innenrotiert; Zeitpunkt des ersten Auftretens; sofern bekannt: Ursache; Begleiterscheinungen und Auswirkungen auf den Alltag; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Bewegungsarmut: eingenommene Position; Beginn und Dauer des Verharrens in der Position; Tätigkeit während des Verharrens; sofern bekannt: Ursache; ggf. emotionales Verhalten ↑

Bewegungsdrang, erhöhter: Beginn und Dauer des Bewegungsdrangs; ggf. angestrebtes Ziel; ggf. emotionales Verhalten ↑; ggf. Beschreibung der Wegstrecke; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen

Bewegungseinschränkung: betroffener Körperteil; Beschreibung der möglichen und nicht möglichen Bewegung; Zeitpunkt des ersten Auftretens; sofern bekannt: Ursache; Begleiterscheinungen und Auswirkungen auf den Alltag; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Information des Pflegebedürftigen oder Angehörigen: Ziel; Thema; informierte Person(en); ggf. Reaktionen; ggf. Absprachen ↑

Infusion: konkreter Zeitpunkt von Beginn und Ende der Infusion; ggf. Auffälligkeiten am intravenösen Zugang bzw. am Zustand der umliegenden Haut mit konkretem Beobachtungszeitpunkt; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. Zwischenfälle und Name sowie Zeitpunkt des informierten Arztes. **Hinweis:** Die Art, z. B. intravenöse oder subkutane Infusion, das zu verabreichende Medikament bzw. die zu verabreichende Infusionslösung, deren Dosierung, die geplanten Zeiträume für Infusionen als Anordnung zu dokumentieren, ist ärztliche Aufgabe. Die Pflegenden dokumentieren die Durchführung der Anordnung. Vgl. Zugang, peripherer ↑; Zugang, zentraler ↑

Ingestion: Uhrzeit; Substanz; sofern bekannt: Menge/Anzahl der Substanz (ggf. als Vermutung ↑ kennzeichnen); Symptome; ggf. auffälliges Verhalten ↑; Vitalzeichen ↑; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen; Zeitpunkt und Name des informierten Arztes; ggf. telefonische Anweisungen der Giftnotrufzentrale unter Angabe der entsprechenden Giftnotrufzentrale; vgl. Verätzung ↑

Inhalation: Zeitpunkt; Dauer; Reaktionen, z. B. produktiver Husten ↑; benutztes Instrument/Gerät; ggf. Inhalationszusatz, sofern es kein Arzneimittel ist, das vom Arzt anzuordnen ist

Initialberührung: vorangehende verbale Kontaktaufnahme; Richtung der Annäherung; genaue Körperstelle der Initialberührung; Beschreibung der Bewegung, z. B. Nutzung der kompletten Hand oder nur der Handfläche; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ von Angehörigen und deren Resultat (vgl. Kitzler)

Initiales Assessment/Initialassessment: vgl. Risikoeinschätzung, allgemeine ↑, Risikomatrix ↑

Injektion: konkreter Zeitpunkt der Verabreichung; bei Auffälligkeiten: Hautzustand ↑; ggf. Zwischenfall ↑ und Name sowie Zeitpunkt des informierten Arztes. **Hinweis:** Die Art, z. B. intramuskuläre Injektion, das zu verabreichende Medikament, dessen Dosierung und die geplanten Zeitpunkte der Injektion bzw. die Anzahl der Injektionen pro Tag zu dokumentieren, ist ärztliche Aufgabe.

Inkontinenz, Harn: vgl. Urin ↑, Miktion ↑; Art und Zeitpunkt beobachteter Symptome; Zeitpunkt und Menge des Einnässens; Faktoren, die sich positiv bzw. negativ auf die Inkontinenz auswirken; ggf. Probleme mit der Kleidung und

Spüllösung; Verträglichkeit bzw. ggf. Art der Beschwerden; Beschreibung des Stuhls ↑; Allgemeinzustand ↑ während der Abführphase und nach der Untersuchung; Ernährung ↑ nach der Untersuchung; Stuhl ↑ nach der Untersuchung; vgl. Nahrungskarenz ↑

Kolostoma: vgl. Anus praeternaturalis ↑

Kolostrum: vgl. Milcheinschuss ↑, Stillen ↑

Koma, eintretendes: vgl. Bewusstlosigkeit ↑

Komedonen: vgl. Effloreszenzen ↑

Kommunikation, nonverbale: Körperhaltung ↑; Mimik ↑; Gestik ↑; ggf. vereinbarte/bekannte Bedeutung von Gesten oder mimischen Äußerungen ↑; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen

Kommunikationsverhalten: Situation; beteiligte Personen; Person, die das Gespräch anregt; Dauer des Gesprächs; Besonderheiten der Gestik ↑ und Mimik ↑; Blickkontakt ↑; Sprache ↑; Eingehen auf gegenseitige Vorschläge; ggf. getroffene Absprachen ↑; vgl. Äußerungen ↑

Komplikation: Zeitpunkt; Art der Komplikation(en); Beschreibung der Situation, z. B. Auffindesituation ↑; Auswirkungen auf den Pflegebedürftigen; ggf. Verhalten ↑; ggf. ermittelte Vitalzeichen ↑; Art und Resultat unternommener Maß-

nahmen; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Kompresse: vgl. Auflage ↑, Wickel ↑

Kompressionsstrümpfe: Hautzustand ↑ vor dem Anlegen; Zeitpunkt des Anlegens; Farbe und Schwellungszustand der Zehen (sofern sichtbar); Zeitpunkt und Ergebnis der Kontrolle; Zeitpunkt des Ablegens; Hautzustand nach dem Ablegen, z. B. Einschnürungen; ggf. mit dem Arzt getroffene Absprachen ↑ mit Zeitpunkt und Name des Arztes

Kompressionstherapie: Hautzustand ↑; Art, Zeitpunkt und Dauer durchgeführter Kompressionsmaßnahmen; Höhe des angewandten Drucks; Umfang von Vorderfuß, Knöchel und Wade; Besonderheiten der behandelten Extremität vor, während (sofern sichtbar) und nach der Kompressionstherapie; vgl. Kompressionsstrümpfe ↑

Kondomurinal: Zeitpunkte von Anlage bzw. Abnahme; Toleranz durch den Pflegebedürftigen; Auswirkungen auf dessen Alltagsgestaltung; Hautzustand ↑; vgl. Urin ↑, Inkontinenz ↑

Konjunktivitis: betroffenes Auge; Sekret ↑; ggf. Begleitsymptome; Art und Resultat unternommener Maßnahmen; Einschränkungen im Alltag; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; ggf. Zeitpunkt

N

Nabelbruch: vgl. Nabelhernie [↑](#)

Nabelhernie: Zeitpunkt der ersten Beobachtung; Größe; Hautfarbe [↑](#); ggf. geäußerte Beschwerden; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen, z. B. Abpolsterung; Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Nabelpflege: Vorhandensein und ggf. Farbe, Trocknungszustand des Nabelschnurrests; Hautzustand [↑](#) von Nabel und Umgebung; durchgeführte Maßnahmen; benutztes Material; ggf. durchgeführte Information [↑](#)/Beratung [↑](#)/Anleitung [↑](#) und deren Resultat

Nabelschnurkatheter: ggf. Zeitpunkt von Nachblutungen; Zeitpunkt und Ergebnis der Lagekontrolle; vgl. Venenkatheter, zentraler [↑](#)

Nabelschnurrest: Länge; Aussehen bzw. Eintrocknungszustand; Zeitpunkt des Abfalls; Beschreibung des Nabelgrundes nach Abfallen der Nabelschnur; vgl. Nabelpflege [↑](#)

Nachsorge, Untersuchungen: vgl. Untersuchungsnachsorge [↑](#)

Nachtrag: Datum und Zeitpunkt, an dem der Nachtrag vorgenommen wurde; Datum und Zeitpunkt, auf den sich der Nachtrag bezieht; konkrete Maßnahme oder Wahrnehmung, die nachzutragen ist.

Hinweis: Nachträge sollten stets eine Ausnahme sein!

Naevus flammeus: vgl. Feuermal [↑](#)

Nagel: vgl. Fingernagel [↑](#), Fußnagel [↑](#)

Nagelpflege: Umfang des Hilfebedarfs [↑](#); verwandte Utensilien; ggf. beobachtete Auffälligkeiten; vgl. Fußpflege [↑](#), Grundpflege [↑](#), Nagel [↑](#)

Nahrung anreichern: Zeitpunkt; Art und Menge der Nahrung; konkret benötigter Hilfebedarf [↑](#); ggf. getroffene Absprachen [↑](#); ggf. benötigte Hilfsmittel [↑](#) bzw. bestimmtes Besteck; ggf. notwendige Motivation [↑](#), z. B. zu kauen, zu trinken; ggf. Besonderheiten, z. B. häufiges Verschlucken

Nahrungsaufnahme: vgl. Ernährung [↑](#)

Nahrungskarenz: Zeitpunkt der letzten Nahrungsaufnahme mit Art und Menge der Nahrung; Zeitpunkt der letzten Flüssigkeitsaufnahme mit Art und Menge der Flüssigkeit; ggf. Äußerungen [↑](#) des Pflegebedürftigen, z. B. zu Hunger, Durst

Nahrungsmitteltoleranztest: Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme; Art und Zeitpunkt wahrgenommener Symptome; Fehlen ggf. erwarteter Symptome; ggf. Zeitpunkt, Art und Resultat unternommener Maßnahmen, z. B. Beendigung der Nahrungszufuhr; ggf. Zeitpunkt und

Stimme: Richtung der (veränderten) Tonhöhe; Vorhandensein von Heiserkeit ↑; Sicherheit/Unsicherheit der Stimme; ggf. Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat

Stimmung: ggf. konkrete Äußerungen ↑ zur Stimmung; Körperhaltung ↑; Gestik ↑; Mimik ↑

Stimulation: vgl. auditive Stimulation ↑, olfaktorische Stimulation ↑, orale Stimulation ↑, taktil-haptische Stimulation ↑, vestibuläre Stimulation ↑, vibratorische Stimulation ↑, visuelle Stimulation ↑

Stoma: vgl. Anus praeternaturalis ↑

Storchenbiss: Lokalisation; Ausmaß

Stottern: Beschreibung der konkreten Symptome, z. B. Wiederholung von Lauten oder Silben oder lautlose Blockaden; Häufigkeit; Situation, in der das Stottern auftritt; ggf. Einflussfaktoren und deren Wirkung; Umgang mit dem Stottern und Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat

Strabismus: vgl. Schielen ↑

Stressinkontinenz: vgl. Inkontinenz ↑

Striae: Lokalisation; Länge; Farbe

Stridor: inspiratorisch oder expiratorisch; Zeitpunkt des ersten Auftretens; Begleiterscheinungen; ggf.

Art und Resultat unternommener Maßnahmen; ggf. durchgeführte Information ↑/Beratung ↑/Anleitung ↑ und deren Resultat; ggf. Zeitpunkt und Name des informierten Arztes

Strukturierte Informationssammlung (SIS):

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit fand in 2013/2014 für den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege ein Projekt statt. Dieses hatte zum Ziel, die Pflegedokumentation ↑ zu optimieren, also mit geringerem Aufwand die Ziele der Pflegedokumentation trotzdem zu erreichen. In dem Projekt machte man die Erfahrung, dass die SIS maßgeblich dazu beiträgt, den späteren Dokumentationsaufwand zu verringern.

Die SIS wird im Rahmen des Erstgesprächs mit dem Pflegebedürftigen bzw. mit seinen Angehörigen eingesetzt. Ein Ziel besteht darin, die Wünsche und Vorstellungen des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Diese werden „schriftlich und ungefiltert“ in der SIS festgehalten. Inzwischen haben zahlreiche stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen die SIS eingeführt.

Die SIS umfasst folgende Bereiche des Neuen-Begutachtungs-Assessments (NBA), die im Rahmen der SIS als Themenfelder oder pflege-relevante Kontextkategorien bezeichnet werden: Kognition und