



PFLEGE

Karla Kämmer (Hrsg.)

Die neue Pflegedokumentation

Das Management-Handbuch
für den optimalen Umstieg

Heraus-
forderungen
meistern,
kompetent
führen

Karla Kämmer (Hrsg.)

Die neue Pflegedokumentation

Das Management-Handbuch
für den optimalen Umstieg

Autoren:

Jürgen Brüggemann

Dr. Alexandra Jorzig

Karla Kämmer

Jutta König

Andreas Kutschke

Reinhard Lay

Gerd Palm


Philipp Seifert

Birger Schlürmann

Heike Schwarzer

Friedrich Trapp

schlütersche



Karla Kämmer ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Diplom-Organisationsberaterin, Erwachsenenbildnerin, Lösungsorientierter Coach, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Altenpflegerin. Sie ist seit vielen Jahren im nationalen und internationalen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen aktiv. Zu ihren Schwerpunkten gehört u. a. das Veränderungsmanagement in Einrichtungen.

»Pfleger ist eine einzigartige Mischung von Kunst und Wissenschaft, angewandt im Kontext zwischen menschlichen Beziehungen, um Wohlbefinden zu fördern, Krankheit zu verhindern und Gesundheit beim Individuum, in Familien und in Gemeinden wiederherzustellen.«

J.M. WILKINSON



**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch
Anmelden unter www.pflegen-online.de**

Widmung

Ein herrlicher Sommer im Haus St. Maria Immaculata in Essen
Mein Dank für die Top-Begleitung während meines langen Kurzzeitpflegeaufenthaltes gilt allen Mitarbeitenden sowie Inge Berkenbusch, Liliane Heimbach, Gundula Kenders, Dorothea Philipps, Marianne Raupach und Doris Schutz, Mitglieder der Wohngruppe 2.2.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-357-4 (Print)

ISBN 978-3-8426-8735-6 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8736-3 (EPUB)

**© 2017 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autorin und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde..

Reihengestaltung:	Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg
Umschlaggestaltung:	Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover
Titelbild:	© Style-Photography – Fotolia.com
Satz:	PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung:	Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH, Langenhagen

INHALT

	Vorwort	10
	Karla Kämmer & Reinhard Lay	
1	Die professionellen Wurzeln des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation	11
	1.1 Grundsätzliche Überlegungen	12
	1.1.1 Pflegeprozess, kritisches Denken und emotionale Intelligenz	13
	1.1.2 Die noch junge Geschichte der Pflegeprozessplanung	20
	1.1.3 Pflegeprozess und Professionalität	23
	Karla Kämmer, Andreas Kutschke	
2	Was ist neu an der entbürokratisierten Dokumentation?	26
	2.1 Die vier Elemente des Strukturmodells	27
	2.1.1 Aufbau des Strukturmodells	28
	2.2 Der »Immer so«-Grundsatz	32
	2.3 Praktikabel, nachvollziehbar, zeitsparend	32
	2.3.1 Was macht den Pflegeprozess im Strukturmodell praktikabel?	32
	2.3.2 Wie wird Nachvollziehbarkeit erleichtert?	33
	2.3.3 Wie viel Zeit sparen Sie?	33
	2.4 Anerkennung der Kompetenz in der Pflege	34
	2.4.1 Erste positive Auswirkungen	34
	Karla Kämmer, Andreas Kutschke	
3	Aufbau und Anwendung des Strukturmodells	36
	3.1 Element 1: Die strukturierte Informationssammlung (SIS)	36
	3.1.1 Häufiges Missverständnis: Arbeitet die neue Dokumentation ohne Biografie?	38
	3.1.2 Die Perspektive der pflegebedürftigen Person/Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person (B-Feld)	39
	3.1.3 Die sechs Themenfelder: Klasse statt Masse	40
	3.1.4 Die Matrix zur Risikoeinschätzung	45
	3.2 Element 2: Die Maßnahmenplanung	47
	3.2.1 Stationäres Setting	48
	3.2.2 Tagespflege	48
	3.2.3 Ambulante Pflege	48
	3.2.4 Kurzzeitpflege, Tagespflege und Hospiz	49
	3.3 Element 3: Das Berichteblatt (Verlaufsdokumentation)	51
	3.4 Element 4: Die Evaluation (4a und 4b)	52
	Andreas Kutschke	
4	Praktische Umsetzung von SIS im Dauerbetrieb – Erfahrungen aus einem Pilotobjekt	56
	4.1 Allgemeines	56
	4.1.1 Umgang mit der Datenmenge	56

4.1.2	Versionen für ambulant und stationär	57
4.1.3	Je früher desto besser – SIS und erste Risikoeinschätzung	57
4.1.4	Strategie für die Einführung von SIS entwickeln	58
4.2	Unser Vorgehen im Detail – Felder A bis C2	60
4.2.1	Feld A	60
4.2.2	Feld B	61
4.2.3	Feld C1 – Themenfelder	62
4.2.4	Feld C2 – Erste Risikoeinschätzung	71

Dr. Alexandra Jorzig

5

	Rechtliche Grundlagen der Pflegedokumentation	74
5.1	Einleitung	74
5.2	Die Pflegedokumentation im rechtlichen und tatsächlichen Sinne	75
5.2.1	Pflegedokumentation als Urkunde	75
5.2.2	Anforderungen an den Leistungsnachweis	75
5.2.3	Umfang der Dokumentationspflicht (vgl. § 630 lit. f Abs. 2 BGB)	76
5.3	Haftungsrecht und Pflege	76
5.3.1	Voraussetzungen für Pflegefehlerhaftung	76
5.3.2	Vertragliche Ansprüche	76
5.3.3	Deliktische Ansprüche (§§ 823 ff. BGB)	77
5.3.4	Beweissicherung	77
5.3.5	Dokumentation im Einzelnen	77
5.3.6	Zusammenfassung	78

Karla Kämmer, Birger Schlürmann

6

	Strukturelle Voraussetzungen	80
6.1	Anforderungen an das Management	80
6.1.1	Ohne geht es nicht – Erfolg mit Ein-STEP	81
6.1.2	Den Rahmen schaffen und Ressourcen bereitstellen	82
6.1.3	Sparen Sie nicht am falschen Ende – das wird teuer	83
6.1.4	Stärken Sie das Wir-Gefühl im Prozess	83
6.1.5	Stellen Sie die richtigen Mitarbeiter an den richtigen Platz	84
6.1.6	Schaffen Sie Freiräume für interne Ansprechpartner und Pflegefachkräfte	84
6.1.7	Stärken Sie die Reflexionsfähigkeit	84
6.1.8	Definieren Sie die benötigten Formulare	85
6.1.9	Wählen Sie die EDV-Dokumentation gezielt aus	85
6.1.10	Lassen Sie sich begleiten: Externe Begleitung/Rückmeldungen	87
6.1.11	Entrümpeln Sie das Qualitätsmanagement	88
6.1.12	Passen Sie die Fortbildungsplanung (Wissensmanagement) an	88
6.1.13	Sorgen Sie für eine gute Kooperation mit den Prüfinstanzen	88
6.2	Anforderungen an das Pflege- und Qualitätsmanagement im Einführungsprozess	88
6.2.1	Mittelfristige Entwicklungen	90
6.3	Anforderungen an die internen Multiplikatoren	91
6.4	Anforderungen an die Teams	91

Birger Schlürmann

6.5	Wann sollten Sie auf die Einführung des Strukturmodells besser verzichten?	91
6.5.1	Wenn das bisherige System sehr gut funktioniert	92
6.5.2	Wenn die Mitarbeiter Mühe mit dem dokumentierten Pflegeprozess haben	92
6.5.3	Wenn die Einrichtung finanzielle Schwierigkeiten hat	92

Jutta König

7	Entbürokratisierung der Dokumentation – es geht auch ohne SIS	95
7.1	Pflegeprozess und Informationssammlung	95
7.2	Die Schritte im Pflegeprozess: Alles hängt von allem ab	98
7.3	So verschlanken Sie Ihre Pflegedokumentation	105
7.3.1	Variante 1: Verzichten Sie auf die Darstellung des kompletten Pflegemodells	106
7.3.2	Variante 2: Verändern Sie die Pflegeplanung – Verzichten Sie bewusst auf Anamnese- und Biografiebögen	116

Birger Schlürmann, Philipp Seifert

8	Veränderungen im Pflegemanagement	126
8.1	Unser 7-Bausteine-Pflegecontrolling zum Mitmachen	126
8.1.1	Baustein 1: Vorgaben und Rahmen	128
8.1.2	Baustein 2: Steuerung organisatorischer Prozesse	129
8.1.3	Baustein 3: Auditierung der Prozesse und Leistung	130
8.1.4	Baustein 4: Bestätigung von Kompetenz und Leistung	131
8.1.5	Baustein 5: Bildungs- und Entwicklungsplanung	132
8.2	Die Prozessmessung	133
8.2.1	Die Pflegevisite	133
8.2.2	Durchführung der Pflegevisite	134
8.2.3	Die Dokumentationsanalyse	134
8.2.4	Intervall der Dokumentationsanalyse	138
8.2.5	Die Klientenvisite	138
8.2.6	Die Fachbegleitung	139
8.3	Analyse und Verbesserung	141
8.4	Umfassendes Risikomanagement	142
8.5	PDL-Reporting	143

Karla Kämmer

8.6	Kompetente Problemlösungen im Team: Fallbesprechungen & mehr	148
8.6.1	Die Fallbesprechung	148
8.6.2	Ethische Fallbesprechungen	151
8.6.3	Kollegiales Team Coaching (KTC)	154
8.6.4	Kollegiale Beratung	156

Jürgen Brüggemann

9	Externe Qualitätssicherung und Transparenz im Rahmen des PSG II	160
9.1	Einführung	160
9.2	Die externe Qualitätsprüfung des MDK	161
9.2.1	Gesetzliche und vertragliche Grundlagen	161

9.2.2	Prüfkonzept und Prüfablauf	165
9.2.3	Prüfinhalte	167
9.3	Qualitätsprüfungen in Einrichtungen mit einer entbürokratisierten Pflegedokumentation	168
9.3.1	Vorbemerkungen	168
9.3.2	Besonderheiten	170
9.4	Transparenz	174
9.4.1	Vorgeschichte	174
9.5	Inhalte der Transparenzvereinbarungen	175
9.5.1	Erfahrungen mit und Änderungen an der Transparenz	176
 Karla Kämmer, Heike Schwarzer, Friedrich Trapp		
9.6	PTVA / PTVS – die aktuellen Änderungen	180
9.6.1	Die neue PTVA und ihre Umsetzung	181
9.6.2	Die neue PTVS und ihre Umsetzung	184
 Jürgen Brüggemann		
9.7	Das Pflegestärkungsgesetz und die Neuausrichtung der Qualitätsent- wicklung	185
9.7.1	Entscheidungsstrukturen und Datenmanagement	185
9.7.2	Weiterentwicklung in der stationären Pflege	186
9.7.3	Weiterentwicklung in der ambulanten Pflege	188
9.7.4	Bewertung der Gesetzesänderungen durch den MDS	189
9.8	Perspektiven für die Qualitätsentwicklung am Beispiel der stationären Pflege aus Sicht des MDS	190
9.8.1	Funktionen der Qualitätsprüfungen	190
9.8.2	Modell für eine Verzahnung der externen Qualitätsprüfung mit den Ergebnisindikatoren in der stationären Pflege	190
9.8.3	Inhaltliche Ausrichtung zukünftiger Qualitätsprüfungen	192
9.9	Fazit	194
 Jutta König, Karla Kämmer, Birger Schlürmann		
10	Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Prozess der Einstufung ...	195
10.1	Jetzt müssen Sie strategisch klug und nachhaltig vorgehen	195
10.2	Einführung: Was ist neu?	196
10.2.1	NEU: Mit SIS klar im Vorteil	197
10.2.2	NEU: Veränderter Blick auf den pflegebedürftigen Menschen	197
10.2.3	NEU: Der Pflegebedürftigkeitsbegriff	197
10.2.4	NEU: Einstufung	198
10.2.5	NEU: Pflegebedürftigkeit – zusammengesetzt aus Modulen	198
10.2.6	NEU: Grundpflege ist nicht mehr der Hauptaspekt für Pflegebedürftigkeit	199
10.2.7	NEU: Feststellung des Pflegegrades mit gewichteten Punkten	199
10.2.8	NEU: Zeitmessung ade!	199
10.2.9	NEU: Gewinner der Reform sind die Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Personen	200
10.2.10	NEU: Verlierer der Reform sind die körperlich schwer Pflegebedürftigen ohne psychische Beeinträchtigung	200

10.3	Jetzt: Einen guten Start vorbereiten	200
10.3.1	Ihre Einstufungen sollten top sein	200
10.4	Unterschiede zwischen Pflegestufen und Pflegegraden	202
10.4.1	Die Selbständigkeit beurteilen: Eine Skala mit vier Abstufungen	203
10.4.2	Auswirkungen des Begutachtungsinstrumentes (NBI) auf die Pflegedokumentation	206
10.4.3	Vom Punkt zum Pflegegrad – die Bewertungssystematik	210
10.4.4	Gewichtung der Punkte	212
10.5	Jetzt wird's praktisch: Module, Bewertungsregeln und Pflegegrade	215
10.5.1	Modul 1: Mobilität	216
10.5.2	Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	219
10.5.3	Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	221
10.5.4	Modul 4: Selbstversorgung	227
10.5.5	Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	233
10.5.6	Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	241
10.6	Ergebnis der Begutachtung	243
10.7	Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern	244
10.8	Die Module der Hilfebedürftigkeit	244
10.8.1	Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten	244
10.8.2	Modul 8: Haushaltsführung	246
10.9	Pflegegrad 5 und besondere Bedarfskonstellationen	248
10.10	Licht und Schatten des Systems	248
10.10.1	Verlierer sind die rein körperlich beeinträchtigten Personen	248
10.10.2	Gewinner des neuen Systems	249
10.10.3	Wenn alles klappt, fließt die Leistung	249
10.10.4	Änderungen ab 2017	250

Karla Kämmer und Gerd Palm

11 **Stimmige Kontexte für eine entbürokratisierte Zukunft schaffen** ... 252

11.1	Zukunftsgerechte Führung: Supportive Leadership	252
11.1.1	Lasten gerecht verteilen	252
11.1.2	Spannungsfelder ausbalancieren	253
11.2	Aufbau einer potenzialorientierten Organisation	256
11.2.1	Potenziale identifizieren	257
11.2.2	Jeder nach seinen Möglichkeiten: das individuelle Aktivierungsniveau	258
11.2.3	Handlungsrahmen transparent gestalten	261
11.3	Den Pflegeprozess abstützen – Leistungssicherheit verbessern mit dem Kompetenzkompass	261
11.3.1	Mitarbeitende haben Stärken – und Schwächen	262
11.4	Der Kompass und sein Nutzen in der praktischen Personalentwicklung	264
11.4.1	Pflegekompetenzmessung und -entwicklung nach Christa Olbrich	265
11.5	Aufbau von Expertennetzen	276

Literatur 278

Register 282

VORWORT

Dieses Buch soll Ihnen die Freude am Pflegeprozess und seiner Dokumentation wieder zurückbringen. Denn die neue Pflegedokumentation bringt Vorteile für alle: Für den Klienten *»steht mehr Zeit zur Verfügung, die Mitarbeiter werden entlastet und die Einrichtung baut Bürokratie ab. Eine Win-Win-Win-Situation. Es sieht so aus, als stehe der Altenpflege wirklich eine Erfolgsstory ins Haus. Seien Sie ein Teil davon!«¹*

Entdecken Sie den Prozess und seine Planung ganz praktisch wieder neu und als (wieder) brauchbares Arbeitsmittel und Ausdruck Ihrer Profession.

Das Buch liefert Ihnen eine umfassende Darstellung der entbürokratisierten Pflegedokumentation, die neben der Struktur und dem Prozedere relevante Zusammenhänge und Konsequenzen deutlich macht, ja sogar Alternativen aufzeigt.

Sie werden viele Anregungen zur Entwicklung von Potenzialen und Kompetenzen auch in anstrengenden Situationen des Führungsalltags entdecken sowie Ideen, die Ihnen den Alltag etwas leichter und stimmiger machen.

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation in der neuen Form sind – professionell angewendet – nicht Ballast, sondern im Kontext des Pflegemanagements eine gute Ausgangsbasis für Ihr Organisations- und Führungshandeln: schlank, logisch, wirksam und transparent. Ein fein gearbeitetes Werkzeug, um Lebensqualität, Zufriedenheit, Sicherheit und auch Glück (!) in den Alltag der Menschen zu tragen – ob sie der Pflege bedürfen oder Pflege leisten und verantworten.

»Hauptanliegen der professionellen Pflege ist es, Menschen zu helfen, ihren individuellen Alltag (wieder) zu bewältigen: sich zu bewegen, Körper und Seele zu pflegen, sich zu ernähren, mit Schmerzen und anderen Beeinträchtigungen umzugehen, sich zu freuen, zu beschäftigen. Therapien einzuhalten, Sinn zu finden, mit anderen Menschen zu kommunizieren.«²

Der absolute Vorrang der Klientenorientierung und der Sinnhaftigkeit im neuen Pflegeprozess ermöglicht es ihnen nun, wieder Frieden zu schließen mit ihrer Profession und stolz auf ihren Beruf zu sein.

Wir als Autoren freuen uns, wenn wir mit diesem Buch dazu beitragen, dass Sie wieder mit Lust an die Arbeit gehen und mit Freude und Erfolg den Pflegeprozess in seiner modernen Form umsetzen.

Essen, im September 2016

Karla Kämmer

¹ Nolte, K. (2015): Sie sind am Zug. In: Altenpflege. Vorsprung durch Wissen. Dossier 04. Dokumentation: Das neue Strukturmodell: Wie es funktioniert und wie Sie es richtig umsetzen. S. 2. https://www.altenpflege-online.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher_und_ebooks/themendossiers/altenpflege_dossier_04_dokumentation

² Zegelin, A. (2015): Alltag leben trotz Krankheit – pflegerische Unterstützung umfasst Informationen, Beraten und Schulen. In: Tanja Segmüller (Hg.): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Ein Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Frankfurt: Mabuse Verlag, S. 15

1

DIE PROFESSIONELLEN WURZELN DES PFLEGEPROZESSES UND SEINER DOKUMENTATION

Karla Kämmer & Reinhard Lay

»Pflege ist eine einzigartige Mischung von Kunst und Wissenschaft, angewandt im Kontext zwischen menschlichen Beziehungen, um Wohlbefinden zu fördern, Krankheit zu verhindern und Gesundheit beim Individuum, in Familien und in Gemeinden wiederherzustellen.«³

Pflege ist nicht darauf beschränkt, Probleme zu lösen. Sie beinhaltet auch die Gesundheitsförderung. Pflege integriert subjektive Sichtweisen betroffener Menschen und objektive Daten. Pflege wendet wissenschaftliche Erkenntnisse auf Diagnose- und Behandlungsprozesse an. Pflege bietet eine fürsorgliche professionelle Beziehung, die Gesundheit und Heilung fördert.⁴

Der Pflegeprozess liefert einen Rahmen, in dem Pflegenden diese Kombination anwenden. Er ist eine spezielle Form des Denkens und Handelns. Ein systematischer Problemlösungsprozess wird durchgeführt.

Gerade während wir weiter ins Informationszeitalter fortschreiten, in dem es immer mehr um wissenschaftlich abgesicherte (evidenzbasierte) Pflege und die Anwendung neuer Technologien geht, gibt es viele gute Gründe, neben der eigenen professionellen Planungslogik (Gestaltung des Pflegeprozesses) die professionelle Empfindungsfähigkeit und Empathie weiterzuentwickeln. Die auf Expertise und reflektierter Erfahrung gründenden Denkprozesse werden wichtiger denn je:

- Mit dem demografischen Wandel wird die gesellschaftliche Verantwortung der professionell Pflegenden für die Gesundheit der Bevölkerung weiter stark zunehmen. Diese Verantwortung verpflichtet ethisch zu einem planvollen und transparenten Handeln.
- Es werden sich die wirtschaftlichen Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen nicht wesentlich verbessern: Effektives und effizientes Handeln sichert das Wohlergehen aller und beugt Risiken und Schäden vor.
- Last but not least: Pflege soll Freude machen – nicht nur denen, die ihre Leistungen nutzen, und denen, die diese Kultur tragen und finanzieren, sondern auch uns, die wir Pflege erbringen. Handeln aus eigener Wissensbasis heraus, mit selbstbestimmten Prozessen und Abläufen macht zufrieden und ist durch kein noch so gutes PC-Programm zu ersetzen.⁵

³ Wilkinson, J. M. (2012). Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Huber, S. 27

⁴ ANA American Nurses Association (1995). Nursing policy statement. Washington DC, S. 6

⁵ vgl. Lay, R. (2012). Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zweite Aufl., Hannover: Schlütersche

1.1 Grundsätzliche Überlegungen

Der Pflegeprozess gliedert sich in eine Abfolge von Schritten; die Anzahl der Schritte ist unterschiedlich. Es gibt Modelle mit vier, fünf und sechs Schritten. Die Schritte verlaufen eher dynamisch und zyklisch als linear. Den Pflegeprozess als Geschehen zu erlernen und mit ihm fachlich umzugehen ist für die Entwicklung der professionellen Pflege zentral. Es ist das erste Instrument, das ein Lernender benötigt, um »wie eine Pflegeperson zu denken«⁶. Mit dem Pflegeprozess zu arbeiten hat viele Vorteile. Er

- stützt die Ausbildung einer eigenen, professionellen Logik;
- fördert das gemeinschaftliche Arbeiten, indem er eine verbindende Basis schafft;
- verbessert die Kommunikation;
- macht Pflegehandeln nachvollziehbar;
- unterstützt die Teilnahme der Betroffenen am Gesundheitsprozess;
- ermöglicht individualisierte Pflege;
- fördert Kontinuität und Koordination;
- kann die Arbeitszufriedenheit wirksam stärken.

Pflegeplanung ist ein Steuerungsinstrument in diesem Prozess – und seit ihrer offiziellen Einführung in Deutschland (Krankenpflegegesetz von 1985) ein nicht enden wollendes Reizthema zwischen Pflegepraktikern und Pflegewissenschaft.

Eigentlich ist der Sinn des Pflegeprozesses auch bei Praktikern unumstritten. Im Theorie-Praxis-Konflikt geht es primär um Fragen der Theorieanbindung von Prozess und Dokumentation (Zentrale Frage: Braucht es sie? Und: Ist ein gemeinsames Pflegemodell für eine Einrichtung sinnvoll, benötigt man **mehrere** Pflegemodelle je nach Klientenbedarf/Pflegesituation – oder **kein** spezifisches Pflegemodell?

Im Weiteren geht es um den Umfang des notwendigen Nachweises pflegerelevanter Entscheidungen: Bringen schriftlich formulierte (Nah-)Ziele eine Qualitätsverbesserung? Muss aus Absicherungsgründen schriftlich durch das Ausfüllen eines Assessmentformulars festgehalten werden, warum eine Person **nicht** dekubitus-, sturz-, inkontinenzgefährdet ist? Letztlich geht es um den notwendigen Umfang der Schriftlichkeit überhaupt.

Überdies sind durch eine zum Teil fehlgeleitete externe Prüfpraxis und den überangepassten Umgang unserer Berufsgruppe damit die Aufwände so ins Kraut geschossen, dass sich die Frage nach der Angemessenheit, der ethischen Vertretbarkeit der Dokumentation und des Umfangs der Belastung für die Pflegenden stellt.

⁶ Vgl. Alfaro-LeFevre, R. (2010). Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Huber, S. 27

Zurück zu den Wurzeln ...

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Pflege- und Problemlösungsprozess: Ein Problem zu lösen beinhaltet, es zu identifizieren sowie Planungs- und Umsetzungsschritte zur Lösung zu ergreifen. Es ist der Prozess, der angewandt wird, wenn Diskrepanzen zwischen Ist- und Sollzustand bestehen, die aufgelöst werden sollen.

Die Wirksamkeit des Pflegeprozesses hängt von den Anwendern ab. Folgende grundlegende Fähigkeiten sind nach Wilkinson⁷ erforderlich:

- Intellektuelle Fähigkeiten (systematisches Denken, Entscheidungsfindung als Auswahl bestmöglicher Handlungsweise inklusive reiflicher Überlegung und Entschlusskraft) sowie kritisches Denken
- Emotionale Intelligenz im Sinne von hermeneutischem Sinnverstehen, Erkennen von Gefühlszuständen, Empathie
- Kreativität und Forscherdrang (Vorstellungsvermögen, ein kritischer Blick für das Auffinden neuer und besserer Wege, um Dinge zu tun. Die Sinnfrage lautet stets: Wozu tun wir dies und wozu auf diese Weise?)
- Zwischenmenschliche Fähigkeiten (verbale/nonverbale Kommunikation, Wissen um menschliches Verhalten, wichtig für Vertrauensaufbau)
- Kulturelle Kompetenz: Respekt vor kulturellen Verhaltensweisen anderer und deren Würdigung
- Psychomotorische Fähigkeiten (Geschicklichkeit, Sicherheit und Achtsamkeit im praktischen Tun)
- Technische Fähigkeiten (Auswerten von Assessments, Umgang mit EDV, Internet)
- Ethische Werte
- Sprache in Wort und Schrift

1.1.1 Pflegeprozess, kritisches Denken und emotionale Intelligenz

Viele Situationen bei der Ausübung unseres Berufes sind gekennzeichnet durch Komplexität, Wandelbarkeit, Ungewissheit, Einzigartigkeit und das Vorliegen von Wertekonflikten.

Beispiel:

Wie geht man mit dem Verhalten von Herrn Meier, einem 89-jährigen Herrn, um, der mitten in der Nacht darauf besteht, zur Genossenschaft zu fahren, um Dünger zu holen? Schon das Erkennen der Situation und das Erfassen der Ursachen sind schwierig:

⁷ Vgl. Wilkinson 2012, S. 45 f.

- Hat Herr Meier gestern zu wenig getrunken, neue Medikamente bekommen, hat ein Traum seine Erinnerung an früher aktiviert?
- Handelt es sich um eine erstmalige Desorientierung oder ist er chronisch betroffen, etwa aufgrund einer Demenz?
- Was ist zu tun?
 - Hilft validierende Gesprächsführung, mit welchen hilfreichen Begriffen, beruhigenden Schlüsselreizen, wie genau? Ihn auf andere Gedanken bringen, einen Kaffee anbieten oder besser Trinkbrühe? Es scheint leicht zu gehen, weil er sich erst einmal aus dem Flurbereich ins Wohnzimmer führen lässt, aber dort baut er sich vor dem Ausgang auf und beginnt ärgerlich zu gestikulieren.

In dieser Situation zeigt sich, was die Nachtdienstmitarbeiterin »drauf« hat: Ist sie in der Lage, all diese Fragen so zu beantworten, dass sie eine reflektierte Haltung einnimmt, die Situation richtig erfasst und eine angemessene Reaktion zeigt, eine passende Strategie anwendet, den Bewohner beruhigt und zufriedenstellt sowie die Mitbewohner und sich selbst vor Schaden schützt?

In unserem Beispiel beherrscht die Mitarbeiterin ihren Beruf und handelt professionell: Sie geht lächelnd zur Seite, tritt ihm aus dem Weg, bestätigt, dass es genau der richtige Zeitpunkt im Jahr ist, um den Garten zu düngen und schlägt vor, das weitere Vorgehen bei einer Tasse Kaffee zu besprechen. Sie hakt sich bei Herrn Meier ein, er führt sie zur Wohnküche, nimmt am kleinen Tisch im Sessel Platz, findet dort sein Gartenmagazin vor, beginnt zu blättern und als sie mit dem Kaffee kommt, ist er schon friedlich eingenickt.

Dieses Beispiel einer reflektierenden Pflegekraft macht deutlich, dass Pflege geschulte Wahrnehmung und Emotion sowie Denken, Fühlen und Handeln bedeutet.⁸ Lernen, eine Pflegekraft zu sein, erfordert mehr als das bloße Verinnerlichen von Fakten. Pflegenden bedienen sich gespeicherter Informationen zusammen mit neuen, ihrer Intuition und ihrer Erfahrung, um Entscheidungen zu treffen, neue Ideen hervorzubringen und Probleme zu lösen.

Weit entwickelte, kompetente Pflegenden sind in hohem Maße fähig, Situationen zu deuten, sich selbst und ihr Verhalten zu reflektieren und vorausschauend an die Situation anzupassen, ja sogar aktiv moralisch zu handeln.⁹

Eine zentrale Voraussetzung, um Pflegewissen in die Praxis umzusetzen, ist kritisches Denken, eine zielgerichtete Aktivität, bei der Ideen produziert und evaluiert und bei der Urteile gefällt werden. Wilkinson¹⁰ beschreibt Pflege als eine angewandte Disziplin. In jeder neuen Situation bringt sie Basiswissen zur Anwendung. Im Gegensatz zu anderen Disziplinen, z. B. der Mathematik, wo ein Gesetz zum Tragen kommt und ggf. eine Formel angewendet und damit die Fragestellung gelöst wird, trifft Pflege

⁸ Vgl. Olbrich, C. (2010). Pflegekompetenz. 2. Auflage. Bern: Huber, S. 62 f.

⁹ Vgl. ebd., S. 63

¹⁰ Wilkinson 2012, S. 61 ff.

auf ungeordnete und verwirrende Situationen. Es liegen oft ungenügende und widersprüchliche Daten oder eine unbekannte Ursache vor und es gibt nicht die in jeder Situation gültige beste Antwort oder Lösung.

Tritt die im Beispiel geschilderte Situation am Vormittag auf, hat es sich z. B. bewährt, mit dem gartenbegeisterten Herrn Meier ein paar Schritte in den Garten zu gehen und die Beete zu betrachten, über den Stand der Entwicklung zu fachsimpeln. Am Nachmittag ist eher das Auspacken von Gartengerätschaften aus dem Korb und das begleitende Gespräch mit den Tischnachbarn hilfreich, nachts das Herumgehen zum Lieblingssessel.

Um mit solchen Problemen zurechtzukommen, muss die Pflegeperson nicht nur wissen, wo Daten- und Wissenslücken bestehen können (Medikamentenänderung, Flüssigkeitsmangel, Angehörigenbesuch, die latent bestehende Unruhezustände auslösen oder verstärken), wie sie neue Informationen findet (Pflegedokumentation, Übergabeprotokoll), diese einsetzt, Veränderungen vornimmt und mit ihnen umgeht.

Alle diese Fertigkeiten erfordern u. a. kritisches Denken und geschulte Emotionalität. Pflege nutzt Wissen aus anderen Bereichen. Da sie menschliche Reaktionen und Lebensäußerungen betrachtet, muss sie Wissen aus der Physiologie, der Psychologie, der Medizin und dem Recht verstehen, verfügbar haben, deuten und alles miteinander im Alltag aktiv verbinden können. Ohne kritisches Denken gelingt das nicht.

Pflegende arbeiten unter erheblichem Zeitdiktat und in unüberschaubaren Kontexten. Oft passieren überraschende Veränderungen der Bedarfe und Bedürfnisse. Verschlechterungen und Krisen führen zu unvorhergesehenen Wendungen im Tagesablauf. Beim gedanklichen Vorwegnehmen von Veränderungen oder beim Reagieren darauf hilft es, gut zu planen, Stress zu minimieren und einen klaren Blick zu behalten. Pflegende fällen sehr unterschiedliche und wichtige Entscheidungen. Oft hängen das Wohlbefinden, die Schmerzfreiheit oder sogar das Leben der Klienten davon ab.

Sie entscheiden – gerade in der Langzeitpflege – welche Informationen so wichtig sind, dass sie dem Arzt weitergegeben werden müssen, wann sie welche Bedarfsmedikation für angemessen halten, wie sie mit einem Menschen mit Unruhezuständen umgehen. Kurzum: Pflegende brauchen kritisches Denken.

Was ist kritisches Denken?

Nach Wilkinson* ist kritisches Denken sowohl eine Geisteshaltung als auch ein Denkprozess, der auf eine Reihe intellektueller Fähigkeiten zurückgreift. Es ist die Kunst, beim Denken über das eigene Denken nachzudenken, es deutlicher, präziser und relevanter, konsequenter und weniger vorurteilsbeladen zu machen – im Interesse der Klienten.

* Wilkinson 2012, S. 63

1.1.1.1 Kritisches Denken braucht ethische Erdung

Gerade in der Begleitung und Pflege von Menschen mit hohem Hilfe- und Pflegebedarf und mit Demenz erhält das Paradigma des therapeutischen Bündnisses, das der Beziehung zwischen Arzt und Patient oder Pflegeperson und Patient zugrunde liegt, eine hohe Bedeutung. Das Bündnis in der Medizin fußt u. a. auf dem hippokratischen Eid, das der Krankenpflege überwiegend auf christlichen Traditionen, humanistischen Grundhaltungen sowie auf ethischen Kodizes. Letztere wurden 1930 international harmonisiert und 1953 erstmalig unter dem Dach des International Council of Nurses als »Ethics in Nursing Practice« abgestimmt. Im Jahr 2012 erfuhren sie ihre letzte Aktualisierung.¹¹

Hilfe- und pflegebedürftige Menschen sind in besonderer Weise auf die moralische Vereinbarung zwischen Medizin, Pflege und den Mitgliedern der Gesellschaft angewiesen. Diese Vereinbarung – Bund genannt – garantiert einen verantwortungsvollen Umgang, wenn Menschen die Hilfe der heilenden Berufe benötigen.¹²

Der Bund enthält drei zentrale Elemente:

1. das Geschenk des Vertrauens des Patienten/Hilfebedürftigen
2. das Versprechen, dieses Vertrauen durch den Einsatz zu rechtfertigen
3. die Verpflichtung, die eigene Expertise im besten Interesse des Patienten zu nutzen

Medizin und Pflege begründen die Notwendigkeit des therapeutischen Bündnisses mit der transzendenten Konnotation, die ihrer Tätigkeit anhaftet. Dazu gehört, dass der in seiner Hilfebedürftigkeit abhängige, alte und kranke Mensch eine besondere Anteilnahme und Sorge auch dann mit Sicherheit erwarten kann, wenn er unbequem, undankbar, schlecht versichert oder auch gefährlich ist.

Nur wenn sich ein Betroffener auf die moralische Integrität von Arzt und Pflegeperson verlassen kann, kann er ertragen, dass diese an ihm Dinge tun, die infolge der Intimität in keiner anderen Beziehung zwischen Fremden möglich, unangenehm oder gar schmerzhaft sind.

Das Bündnis soll vor Missbrauch schützen. Es erfordert die persönliche und nicht transferierbare Verantwortung jedes Betreuers, dem Wohl der Patienten Priorität zu geben und die Würde und Heiligkeit des Lebens – des Kranken und des eigenen – zu wahren (das heißt auch, die Grenzen des Wirkens anzuerkennen).

Das Bündnis ist vor allem dort von Bedeutung, wo der benötigte Beistand über das vertraglich geregelte Leistungsminimum hinaus erforderlich ist, wenn z. B. infolge einer Demenz oder einer anderen unheilbaren Krankheit keine Heilung mehr stattfinden kann. Hier gewährleistet das Bündnis, dass für die betroffenen Personen trotzdem alles getan wird, um ihnen das Leben erträglich zu gestalten.

¹¹ Vgl. Fry, S. T. (2008). Ethics in nursing practice. A guide to ethical decision making. International Council of Nurses. Oxford: o.V., S. 53 f.

¹² Vgl. Käppeli, S. (2006). Das therapeutische Bündnis in Medizin und Pflege – wie lange noch? Ethique Le Journal. In: Schweizerische Ärztezeitung, 87. Jahrgang 26/2006, S. 26 f.

Kritisches Denken ist eine fragende und kreative Haltung, die auch Gefühle einschließt. Es ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: unabhängiges Denken, intellektuelle Bescheidenheit, intellektueller Mut, Empathie, Integrität, Ausdauer, Neugier, Glaube an die Vernunft, Unvoreingenommenheit, Interesse am Erforschen von Gedanken und Gefühlen.

Menschen, die kritisch denken, zeichnen sich aus durch eine präzise Sprache und die Fähigkeit,

- Fakten und Interpretationen zu unterscheiden,
- Zusammenhänge zu klären,
- Ähnlichkeiten und Unterschiede zu erkennen und zu vergleichen sowie
- folgern zu können (insbesondere Wichtiges von Unwichtigem trennen, Vor- und Nachteile abwägen, evaluieren).

Kritisches Denken und der Pflegeprozess haben vieles gemeinsam. Sie sind aber nicht identisch. Pflegende handeln einen Teil ihres Tages effektiv, ohne kritisch zu denken. Viele Entscheidungen beruhen auf bewährten Routinen und Gewohnheiten.

Fazit

Für die Gestaltung des Pflegeprozesses und einer hilfreichen Pflegebeziehung ist kritisches Denken ganz entscheidend, beispielsweise wenn wir untersuchen, Relevantes weitergeben wollen, Berufsangehörige oder Klienten angemessen beraten und anleiten möchten.

1.1.1.2 Der Pflegeprozess braucht kritisches Denken und emotionale Schwingungsfähigkeit

»Hauptanliegen der professionellen Pflege ist es, Menschen zu helfen, ihren individuellen Alltag (wieder) zu bewältigen: sich zu bewegen, Körper und Seele zu pflegen, sich zu ernähren, mit Schmerzen und anderen Beeinträchtigungen umzugehen, sich zu freuen, zu beschäftigen. Therapien einzuhalten, Sinn zu finden, mit anderen Menschen zu kommunizieren.«¹³

Um Menschen in ihren Bewältigungsstrategien und in ihrer Hoffnung zu unterstützen, benötigen professionell Pflegende Verstand (kritisches Denken) und Gefühl (emotionale Intelligenz). Gerade im Pflegeprozess kommt es darauf an, sich in das Gegenüber hineinzusetzen und ein gutes Empfinden dafür zu haben, wie sich der andere fühlen mag. Um Klienten zu unterstützen, sind folgende Grundhaltungen hilfreich:

¹³ Zegelin, A. (2015). Alltag leben trotz Krankheit – pflegerische Unterstützung umfasst Informationen, Beraten und Schulen. In: Segmüller, T. (Hrsg.): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Ein Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Frankfurt: Mabuse, S. 15

1. Respekt vor der Autonomie und Vertrauen in den Patienten und Vertrauen darin, dass er eine gute Wahl trifft
2. Radikale Zukunftsorientierung und das Entwickeln einer konkret angestrebten Zukunft mit Zielen und Handlungssträngen
3. Orientierung an der Stärke der betroffenen Menschen und Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven
4. Die Betroffenen als nutznießenden Hauptakteur des Prozesses sehen

1.1.1.3 Pflegeprozess und emotionale Intelligenz

Intelligenz ganz allgemein beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, mit den Anforderungen der Welt zurechtzukommen. Es werden heute zwei Intelligenzformen unterschieden:

1. Der Intelligenzquotient (IQ), wie wir ihn aus Schule und Wissenschaft kennen. Darunter fallen: Nachdenken, prüfen, überprüfen, Fakten sammeln, Sinn erkennen und nach Logik entscheiden.
2. Emotionale Intelligenz (EQ) ist ein Begriff, der im deutschsprachigen Raum durch Daniel Goleman¹⁴ bekannt geworden ist.

Im vorangegangenen Text ist viel über die Bedeutung des kritischen Denkens für den Pflegeprozess berichtet worden, der Schwerpunkt liegt auf Analyse und Logik. An dieser Stelle soll dieser Aspekt um den der emotionalen Intelligenz erweitert werden. Sie ist erforderlich, um mit Menschen zu befriedigenden Lösungen zu kommen, z. B. in der Pflegebeziehung, indem wir beispielsweise bei einem Menschen mit Demenz Verhalten sinnverstehend deuten, in Personalentwicklung und Führung, wenn wir Menschen für Aufgaben begeistern und auswählen wollen.

Unter emotionaler Intelligenz versteht man nach Bradberry und Greaves das Vermögen, folgende vier Fähigkeiten gezielt einzusetzen:¹⁵

1. Selbstwahrnehmung (eigene Emotionen genau wahrnehmen und eigene Reaktionen verstehen können)
 2. Selbstmanagement (mit eigenen emotionalen Reaktionen auf Menschen und Situationen angemessen umgehen können)
 3. Soziales Bewusstsein (Emotionen anderer Menschen genau erfassen und verstehen, was in ihnen vorgehen könnte)
 4. Beziehungsmanagement (Bindungen zu anderen Menschen aufbauen)
- Tabelle 1 verdeutlicht in der Gegenüberstellung den Unterschied.

¹⁴ Goleman, D. (1997). Emotionale Intelligenz. München: dtv

¹⁵ Vgl. Bradberry, T. & Greaves, J. (2016). Emotionale Intelligenz 2.0. München: mvg

Tabelle 1: IQ-Intelligenz – Emotionale Intelligenz

IQ-Intelligenz	Emotionale Intelligenz
Nachdenken, Grübeln	Assoziieren
Logik	Versuch/Intuition
Verstand	Gefühl
Analyse	Ganzheitlichkeit
Harte Fakten	Weiche Informationen/Zwischentöne
Prüfen/überprüfen	Im Kontext betrachten

Beide Intelligenzformen ergänzen sich.

Fazit

Emotionale Intelligenz ist die Fähigkeit, bei sich selbst und anderen Emotionen zu erkennen, zu verstehen sowie dieses Bewusstsein dafür zu nutzen, Verhalten und Beziehungen gut zu steuern. Emotionale Intelligenz ist eine flexible Fertigkeit, die erlernt werden kann.

Der EQ ist entscheidend für die Bewältigung einer Fülle von Anforderungen im Alltag der Pflege/in der Begleitung der Unterstützung des Pflegeprozesses, u. a.:

- in der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen
- in Form von Empathie
- bei der Entscheidungsfindung
- als Fähigkeit, Veränderungen zu akzeptieren
- beim Zeitmanagement
- als Durchsetzungsvermögen

Emotionale Intelligenz arbeitet schnell. Sie erfasst das Wesentliche, ist dabei aber nicht so genau wie ihre Schwester, die klassische Intelligenz. Jedoch: In vielen alltäglichen (Gefahren-)Situationen ist »schnell« oft intelligenter als »hundertprozentig richtig«! Denken Sie an das Zusammensacken eines Klienten, der stürzt: Sie greifen zu, ohne zu überlegen und das ist gut so.

Und noch etwas, das als Führungsperson für Sie wichtig ist: Emotionale Intelligenz ist erlernbar und kann immer weiter verfeinert werden. Es lohnt sich, selbst den neuen Test »Emotional Intelligence Appraisal®« online (www.talentsmart.com/test) zu absolvieren und die eigenen Fähigkeiten für die anspruchsvolle neue Führungskultur im Rahmen des Supportive Leadership (s. Kapitel 11.1) zu steigern.

Arbeiten Sie sich in fünf Schritten zum Erfolg vor

1. Setzen Sie sich grundsätzlich mit den Themen Neues Begutachtungsinstrument (NBI), Einstufung und neue Begutachtungs-Richtlinien (BRi) sowie neue Pflege-transparenzvereinbarungen (PTVA/PTVS) auseinander.
2. Passen Sie Ihr Prozedere und die Regelungen Ihres Qualitätsmanagements und Ihres Pflegecontrollings (s. Kapitel 8) an.
3. Wählen Sie – z. B. mit Hilfe des Kompetenzkompasses (s. Kapitel 11.4) – Ihre zukünftigen Experten für Pflegeprozess und Einstufung aus.
4. Arbeiten Sie mit den Olbrich-Kriterien oder dem Excel-Kompass-Tool gezielt an der Weiterentwicklung der Kompetenzen Ihrer Mitarbeitenden.
5. Nutzen Sie die Empfehlungen zum Supportive Leadership (s. Kapitel 11.1) – dem Führungsverständnis, das alle einbindet – damit Ihre Experten nicht die Lust verlieren bzw. zusammenbrechen. Alle sollen die Möglichkeit haben, ihre Potenziale zu entfalten und ihre Stärken zu entwickeln.

10.2 Einführung: Was ist neu?

Endlich ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich festgezurr und tritt 2017 in Kraft. Zwar einige Jahre später als zunächst von den Politikern vorhergesagt, aber immerhin. »Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments verbunden, das die Feststellung von Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert. Bisher wurde der Hilfebedarf des Versicherten richtungsbezogen – also zum Beispiel beim Waschen, Anziehen und bei der Nahrungsaufnahme – in Minutenwerten, auf der Grundlage von Zeitorientierungswerten festgestellt. Zukünftig ist der zentrale Maßstab der Grad der Selbständigkeit und nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten. Die Selbständigkeit eines Menschen, seine Ressourcen und seine Fähigkeiten werden differenziert erfasst. Der ressourcenorientierte Ansatz ermöglicht zudem eine systematischere Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf.«¹¹⁰

Die Begutachtung von Kindern ist ebenfalls neu geregelt. Vorteil des neuen Verfahrens ist, dass dadurch belastend, weitere Begutachtungen in den ersten Lebensmonaten vermieden werden können.

Eine weitere wichtige Ergänzung im Gutachten: Ab 2017 gelten die Empfehlungen des Gutachters zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen (Pflege erleichtern oder Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern bzw. oder ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichen) direkt als Antrag.

¹¹⁰ MDS (Hrsg.) (2016). Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit – Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Essen. S. 4. Im Internet: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSG_II.pdf [Zugriff am 11.08.2016]

Es reicht also künftig aus, wenn der MDK-Gutachter die Hilfsmittel empfiehlt. Ist der Pflegebedürftige einverstanden, so gilt dies als Antrag bei der Pflegekasse. Eine ärztliche Verordnung ist dann nicht mehr notwendig. In diesem Zusammenhang schlägt der Gutachter auch direkt präventive und rehabilitative Maßnahmen vor. Ziel ist es, pflegebedürftige Menschen verstärkt in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation einzubinden.

Achtung

Die nicht so schöne Botschaft lautet: (Fast) alles, was wir seit 1995 zum Thema Einstufung gelernt haben, ist auf einen Schlag wertlos.

10.2.1 NEU: Mit SIS klar im Vorteil

Wer bereits auf SIS umgestellt hat, wird es bei der künftigen Einstufung wesentlich leichter haben als Einrichtungen, die ihre Dokumentation/Pflegeplanung immer noch nach den gängigen Modellen (AEDL, ABEDL, ATL etc.) schreiben. Denn die fünf Bereiche der SIS sind die Grundbegriffe und somit Ausgangslage für die Einstufung ab 2017. Aber: Die SIS dient nicht dazu, den Pflegegrad nachzuweisen.

10.2.2 NEU: Veränderter Blick auf den pflegebedürftigen Menschen

Die Ressourcen des Pflegebedürftigen stehen im Mittelpunkt und die Frage, wie diese erhalten und gestärkt werden können. Alle relevanten Bereiche der elementaren Lebensführung werden für die Einstufung erfasst.

10.2.3 NEU: Der Pflegebedürftigkeitsbegriff

»Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Personen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich mindestens 6 Monate, bestehen.«¹¹¹

¹¹¹ MDS & GKV (2016), S. 32

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen sind gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den in sechs Bereichen angegebenen Aktivitäten und Fähigkeiten (§ 14 Abs. 2 SGB XI).

10.2.4 NEU: Einstufung

Die Pflegebedürftigkeit hat durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff andere Voraussetzungen und somit verändert sich auch der gesamte Prozess um die Einstufung. Die Grundpflege, die bislang zu 100 % berechnet wurde, wird nur noch zu 50 % gewertet (10 % Mobilität und 40 % Selbstversorgung in der Grundpflege). Es gilt also, neben den Aspekten der Grundpflege die anderen Bereiche (von Kommunikation über Bewältigung der Erkrankung bis hin zum Alltag) aufzuzeigen.

10.2.5 NEU: Pflegebedürftigkeit – zusammengesetzt aus Modulen

Die Pflegebedürftigkeit setzt sich aus den Modulen 1 bis 6 zusammen. Die einzelnen Module fließen mit einer unterschiedlichen Bewertung und Gewichtung in die Gesamtbewertung ein. Zudem gibt es zwei weitere Module (7 und 8).

- Modul 1: Mobilität
- Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Modul 4: Selbstversorgung
- Modul 5: Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
- Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten: In diesem Feld wird erhoben, ob sich die Person selbständig im öffentlichen Raum bewegen, an Veranstaltungen teilnehmen und welche Transportmittel sie selbständig nutzen kann.
- Modul 8: Haushaltsführung: In diesem Modul wird die Selbständigkeit bei Tätigkeiten wie Einkaufen, Behördengängen oder der Regelung finanzieller Angelegenheiten ermittelt.

Hinweis

Die Module 7 und 8 beschreiben die Hilfebedürftigkeit. Sie werden nicht für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit herangezogen. Sie enthalten aber Informationen für eine individuelle Pflegeplanung und ermöglichen es den Pflegeberatern, die Pflegebedürftigen bzgl. weiterer Angebote oder Sozialleistungen zu beraten bzw. individuelle Versorgungspläne zu erstellen.

Pflegebezug in der Dimension des aktiv-ethischen Handelns

Personal stark sein.

In dieser Dimension der Pflegekompetenz kommt zu der Subjektbeziehung noch eine aktiv gelebte Qualität der ethischen Orientierung hinzu. Es handelt sich um hervorragende Komponenten pflegerischer Beziehung, in der sich die Pflegenden durch eine hohe Ich-Stärke ihres beruflichen Verständnisses und ihrer persönlichen und beruflichen Identität auszeichnet.

Bedeutung des aktiv-ethischen Arbeitens für die Organisation

Gerade komplexe, kritische und widersprüchliche Situationen sollten durch eine aktiv-ethische Pflegeperson begleitet werden. Sie sollte – wenn sie ihre Weiterentwicklung im Fachbereich sieht – in jedem Fall als Expertin, in der innerbetrieblichen Wissensvermittlung und in der Beratung von Kollegen zum Zuge kommen.

Einschätzung

Aktiv ethisch zu sein ist eine wichtige Voraussetzung, um zu einer Führungsperson zu werden, weil Führungspersonen den Mut brauchen, persönliche Verantwortung für die Veränderung von Regeln zu übernehmen. Hier ist die geschilderte personale Stärke ein zentrales Element.

Mitarbeiterentwicklung

Kompetenz auf diesem Level benötigt den passenden Rahmen: geeignete, d. h. optimale Unterstützung, Freiräume zur Gestaltung und zum Lernen und um Fehler zu machen, angemessene Entscheidungs-, Verantwortungs- und Anordnungs-kompetenzen und stimmige Anforderungen zur Gewährleistung des Flows.

11.5 Aufbau von Expertennetzen

Um die Entwicklung der Einrichtung nachhaltig und klug zu fördern, gilt es, Mitarbeitende in Netze der Verantwortung einzuweben. Ob sich dazu etwa Weiterbildung, Mentoring (Patenschaften durch erfahrene Experten/Führungspersonen) oder Coaching eignet, lässt sich am besten im Personalgespräch erörtern. Wichtig ist, dass Sie sich mit Ihren Führungspersonen um die Weiterentwicklung Ihrer Mitarbeitenden und den Aufbau kompetenzorientierter Teams kümmern. Nur wer seine Beschäftigten individuell fördert, wird von zufriedenen Mitarbeitern profitieren, die bestenfalls lange im Unternehmen bleiben.

Bei der Mitarbeiterentwicklung kommen neben Fort- und Weiterbildung, Hospitation, Kollegiale Beratung, Lern- und Problemlösungsgruppen, Projektarbeit, Rotation, Sonderaufträge, Workshops oder Coaching zur Anwendung. Ein Baustein zum

Einstieg in ein strukturiertes Kompetenz- und Talentmanagement kann die Etablierung eines internen Expertentums – aufbauend auf Ihre Arbeit mit dem Kompass – sein. Expertennetze können umfangreicher oder kompakter sein, das kommt auf Ihren Bedarf in der Organisation an. Ein sehr weit entwickeltes Netz stellt folgende Abbildung der St. Gereon Altenhilfe in Hückelhoven-Brachelen von Bernd Bogert und Gerd Palm dar.

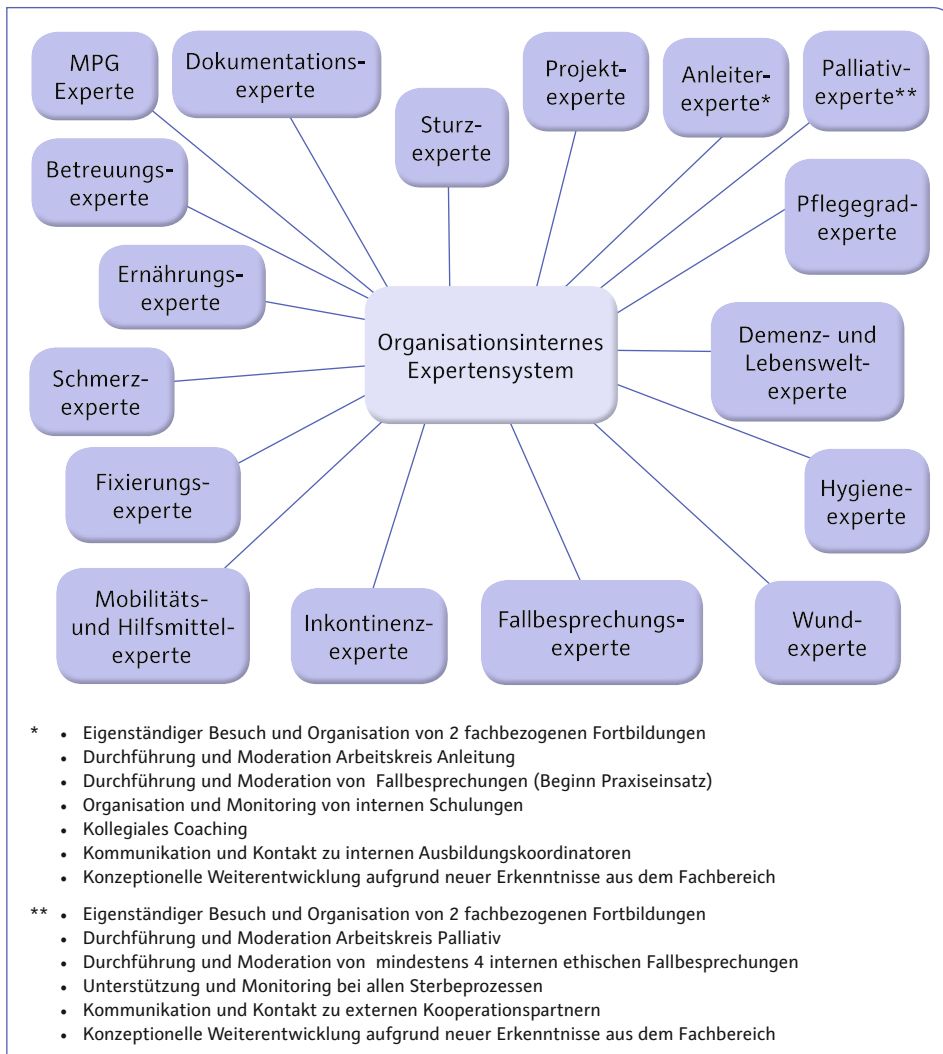


Abb. 7: Organisationsinternes Expertensystem am Beispiel der St. Gereon Altenhilfe, Hückelhoven-Brachelen.

LITERATUR

- Alfaro-LeFevre, R.** (2010). Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Huber
- Beikirch, E.; Kämmer, K. & Roes, M., BMG** (Hrsg.) (2015). Handlungsanleitung (Version 1.1) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär), der integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der Matrix zur Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. Im Internet: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/Handlungsanleitung_zum_neuen_Strukturmodell.pdf
- Beikirch E. et al., Projektbüro Ein-STEP** (Hrsg.) (2015). Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen, Version 1.0. Berlin
- Benner, P.; Tanner, C. & Chesla, C.** (2000). Pflegeexperten, Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern: Huber
- Blonski, H.** (2014). Risikomanagement in der stationären Altenhilfe. Anforderungen., Methoden, Erfahrungen. Hannover: Schlütersche
- BMG & BMFSFJ** (Hrsg.); Wingenfeld K., Engels, D. et al. (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bielefeld, K
- Böcken J.; Braun, B.; Amhof, R. & Schnee, M.** (Hrsg.) (2006). Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann
- Bradberry, T. & Greaves, J.** (2016). Emotionale Intelligenz 2.0. München: mvg
- Brandenburg, H.** (1998). Kooperative Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. In: Klie, T. (Hrsg.). Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation. Forschungs- und Projektbericht Nr. 15. Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Evang. Fachhochschule Freiburg, S. 52–77
- DNQP** (Hrsg.) (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. 1. Aktualisierung. Osnabrück
- DNQP** (2014). Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht. Osnabrück
- DNQP** (Hrsg.) (2014a). Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität. Osnabrück
- DNQP** (Hrsg.) (2015). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerz einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse. Osnabrück
- Ein-STEP** (2016). Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Folienpräsentation zu den Informations- und Schulungsunterlagen (Version 1.2) des Projektbüros Ein-STEP, c/o IGES GmbH Berlin
- Fiechter, V. & Meier, M.** (1981). Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel: RECOM

- Franke, N.** (2016). NBA und Pflegegrade. Hannover: Vincentz Network
- Fry, S. T.** (2008). Ethics in nursing practice. A guide to ethical decision making. International Council of Nurses. Oxford: o.V.
- Gaßner, M. & Strömer, J.** (2012). Im Dickicht der Standards verfangen – Haftungsrechtliche Sorgfaltspflichten in der Pflege. In: MedR (2012) S. 487 ff.
- Geraedts, M. et al.** (2014). Wie werden Pflegeeinrichtungen ausgewählt? In: Die Schwester/Der Pfleger, 53, 5. Melsungen: Bibliome
- Goleman, D.** (1997). Emotionale Intelligenz. München: dtv
- Hasseler, M. & Wolf-Ostermann, K.** (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Hamburg, Berlin
- Heiber, A.** (2016). Das SGB XI Beratungshandbuch 2016/2017. Hannover: Vincentz Network
- Heiber, A.** (2016a). Keine Panik! In: CAREkonkret vom 15.07.2016. Ausgabe 29. S. 3. Hannover Vincentz Network
- Hüther, G.** (2015). Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Kämmer, K.** (2012). Pflegemanagement in Zeiten des Fachkraftmangels. Hannover: Vincentz
- Kämmer, K.** (2014). Personalentwicklung. Hannover: Schlütersche
- Kämmer, K.** (Hrsg.) (2015). Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche
- Käppeli, S.** (2006). Das therapeutische Bündnis in Medizin und Pflege – wie lange noch? Ethique Le Journal. In: Schweizerische Ärztezeitung, 87. Jahrgang 26/2006, S. 26f.
- KDA** (Hrsg.), Riesner, C., Müller-Hergl, C. & Mittag, M. (Übers.) (2012). »Wie geht es Ihnen?« Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW. Im Internet: http://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Veroeffentlichungen/Band%203%20fuer%20WEB.pdf
- König, Jutta** (2011). Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders: Mit fünf Bereichen alles erfassen und perfekt dokumentieren. Hannover: Schlütersche
- König, J.** (2016). Das neue Begutachtungsinstrument. Hannover: Schlütersche
- Koloroutis, M.** (Hrsg.) & Mischo-Kelling, M. (Hrsg. Der deutschsprachigen Ausgabe) (2011). Beziehungsbasierte Pflege: Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis. Bern: Huber
- Lay, R. & Menzel, B.** (1999). Pflegeplanung – Pannenhilfe für eine pflegerische Verfahrensweise. In: PR-Internet [Pflege-]Pädagogik, 2. Jg., Ausgabe 2
- Lay, R. & Brandenburg, H.** (2002). Pflegeplanung – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Psych Pflege 2002; 8: 149–152

- Lennefer, J., Palm, G.** (2012). Kooperationsmanagement in der Altenhilfe. Führungskultur in Zeiten von Fachkraftmangel, Leistungsorientierung und Transparenz. Marburg: Tectum
- Mahlberg-Breuer, A. & Mybes, U.** (2007). Pflegedokumentation stationär: Das Handbuch für die Pflegeleitung. Hannover: Vincentz
- Marckmann, G.** (2014). Hauptsache strukturiert – Modelle ethischer Fallbesprechungen im Vergleich. 10 Jahre Zentrale Mobile Ethikberatung im Klinikum Nürnberg. »Selbstbestimmung und Fürsorge«. Auf dem Weg zu guten Entscheidungen in schwierigen Situationen. Vortrag am 18.11.2014, Nürnberg. Im Internet: http://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/vortragsfolien/nuernberg-18_11_14.pdf
- Mayerhofer, B. & Janas, D.** (2016). Aus Fehlern lernen. In: *Altenheim* 8/2016. Hannover: Vincentz
- MDS & GKV-Spitzenverband** (Hrsg.) (2014). Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarung, Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege
- MDS & GKV-Spitzenverband** (2014a). Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen, Berlin
- MDK & MDS** (Hrsg.) (2015). Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Version 3, S. 26. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/uploads/me>
- MDS** (Hrsg.) (2016). Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit – Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Essen. S. 4. Im Internet: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSG_II.pdf
- MDS & GKV** (Hrsg.) (2016). Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016
- Müller-Hergl, C.** (o.J.) Fallbesprechung. Gerontopsychiatrie. Im Internet: http://www.klinik-viersen.lvr.de/media/lvr_klinik_viersen/fachpublikum/fachbeitraege/Fallbesprechung.pdf
- Nolte, K.** (2015): Sie sind am Zug. In: *Altenpflege. Vorsprung durch Wissen. Dossier 04. Dokumentation: Das neue Strukturmodell: Wie es funktioniert und wie Sie es richtig umsetzen.* S. 2. https://www.altenpflege-onli-ne.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher_und_ebooks/themendossiers/altenpflege_dossier_04_dokumentation
- Olbrich, C.** (2010). *Pflegekompetenz.* 2. Auflage. Bern: Huber
- Peplau, H.** (1952/1991). *Interpersonal Relations in Nursing.* 3rd ed. New York: Springer Publishing Co.

- Radatz, S.** (2009). Veränderung verändern. Das Relationale Veränderungsmanagement. Die zukunftsweisende 4. Schule des Veränderungsmanagements. Wien: Verlag systemisches Management
- Rommel, U. & Vittek, S.** (2015). Erhebliches Potenzial. In: Altenpflege. Vorsprung durch Wissen. Dossier 04. Dokumentation: Das neue Strukturmodell: Wie es funktioniert und wie Sie es richtig umsetzen. Im Internet: https://www.altenpflege-online.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher_und_ebooks/themendossiers/altenpflege_dossier_04_dokumentation
- Rommel, U. & Endreß, M.** (2015). Einschneidender Prozess. In: Altenpflege. Vorsprung durch Wissen. Dossier 04. Dokumentation: Das neue Strukturmodell: Wie es funktioniert und wie Sie es richtig umsetzen. Im Internet: https://www.altenpflege-online.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher_und_ebooks/themendossiers/altenpflege_dossier_04_dokumentation
- Rosenstiel, L. v.** (2007). Grundlagen der Organisationspsychologie, 6. Auflage, Ulm: Schäffer-Poeschel
- Roßbruch, R.** (1988). Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: Pflege-Recht 1988, S. 126 ff.
- Segmüller, T.** (Hrsg.) (2015). Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Ein Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Frankfurt: Mabuse
- Steinkamp, N. & Gordijn, B.** (2010). Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. Neuwied, Köln: Luchterhand
- Stemmer, R. & Arnold, J.** (2012). Kurzexpertise zur »Bewertung von Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Langzeitpflege« mit besonderer Berücksichtigung der vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld entwickelten und erprobten Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Mainz
- Sträßner, U.** (2012). Rechtliche Anmerkungen zur Pflegedokumentation. In: PflegeRecht Heft 5/2012, S. 279 ff. (282/283)
- Szabo, P. & Kim Berg, I.** (2009). Kurz(zeit)coaching mit Langzeitwirkung. Dortmund: Borgmann
- Ulrich, P. & Fluri, E.** (1992). Management. Eine konzentrierte Einführung. Bern: Haupt
- Wiese, U.** (2009). Heimrechtliche Anordnung aufgrund von Dokumentationslücken. In: Pflegerecht, Heft 11/2009, S. 534 ff.
- Wilkinson, J. M.** (2012). Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Huber
- Wingenfeld, K. et al.** (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bielefeld/Köln
- Yura, H. & Walsh, M. B.** (1978). The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. New York: Appleton-Century-Crofts
- Zegelin, A.** (2015). Alltag leben trotz Krankheit – pflegerische Unterstützung umfasst Informationen, Beraten und Schulen. In: Segmüller, T. (Hrsg.): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Ein Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Frankfurt: Mabuse

REGISTER

- Abweichungen 31
- Aktivierungsniveau, individuelles 258
- Alltagskompetenz, eingeschränkte 201
- Ambulante Pflege 48
- Anlassprüfung 165
- Anleitung 209
- Ansprüche, deliktische 77
- Ansprüche, vertragliche 76
- Antiflow 261
- Aushandlungsprozess 37
- Außerhäusliche Aktivitäten 198

- Beaufsichtigung 210
- Bedarfskonstellationen, besondere 248
- Bedürfnisperspektive 37
- Begutachtung 202
 - Ergebnis 243
- Begutachtungsinstrument, neues 196, 206
- Begutachtungs-Richtlinien 196
- Beratung 190
- Berichtsblatt 31, 51, 169, 170
- Beweissicherung 77
- Bewertungsregeln 215
- Bewertungssystematik 210
- Bewusstsein, soziales 18
- Beziehungsmanagement 18
- Biografie 38
- Black-BoxEvaluation 192

- Denken, kritisches 13
- Diagnosen, pflegebegründende 207
- Differentialassessment 46, 173
- Dokumentationsanalyse 131, 134
 - Checkliste 135
 - Intervall 138
- Dokumentationspflicht 76
- Doppeldokumentation 105

- Einführung, Rahmenbedingungen 82
- Einführung, Verzicht auf 91
- Eingradung 195
- Eingradungsmanagement 130
- Einladen 254
- Einschätzung, Kriterien 216
- Ein-STEP 81
- Einstiegsfrage, Beispiele 61
- Einstufungen 200
- Entbürokratisierung 193
- Ermutigen 255
- Ethics in Nursing Practice 16
- Evaluation 24, 31, 52, 104
- Evaluationsintervalle 31
- Expertenetze 276
- Expertensystem, organisationsinternes 277

- Fachbegleitung 139
- Fallbesprechungen 132, 148
- Fallbesprechungen, ethische 151
- Feedback 263
- Flow 260, 276
- Führungsperson, unterstützende 255
- Fünf-Bereiche-Pflegeplanung, stationär 117
- Fünf-Bereiche-Planung 108
 - ambulant 108

- Gestalter von Beziehungsstrukturen 257
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte 198
- Grundbotschaft 31
- Grundpflege 199

- Haftungsprozess 74
- Haftungsrecht 76
- Handeln, aktiv-ethisches 274
- Handeln, reflektierendes 272

- Handeln, regelgeleitetes 266
Handeln, situativ-beurteilendes 269
Handlungsrahmen, der Mitarbeiter 261
Haushaltsführung 44, 70, 198
Hauswirtschaftliche Versorgung 71
High Potentials 252
Hilfearten 208
Hilfebedarf, gerontopsychiatrischer 40
Hilfebedürftigkeit, Module der 244
- »Immer so«-Grundsatz 32
Impulsberatung 165
Indikatorenmodell 187
Indikatoren zur Qualität der pflegerischen Versorgung 163
Informationssammlung 100
Initialassessment 30, 173
Inspirieren 255
Intelligenz, emotionale 13,
Intelligenzquotient 18
Interdisziplinarität 130
- Karla Kämmer Kompetenzkompass 140
Klientenvisite 138
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 41, 63, 198
Kollegiale Beratung 156
– in 10 Phasen 157
Kollegiales Team Coaching 154
Kompetenz 34
Kompetenzdimensionen 265
Kompetenzgewinn 263
Kompetenzkompass 261
Kompetenzträger 257
Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen 42, 67
Kurzzeitpflege 49
- Leben in sozialen Beziehungen 44, 69
Leistung, Einflussfaktoren 259
Leistungsbezogene Maßnahmenplanung 48
- Leistungserbringung 31
Leistungsnachweis 75
Leistungssicherheit, der Mitarbeiter 261
Leistungsträger 257
Lernen & Entwicklung,
– Grundbedürfnisse 253
Lowperformer 252
- Makrovisite 133
Maßnahmen 102
– routinemäßig wiederkehrende 174
Maßnahmenplan 174
Maßnahmenplanung 31, 47
Matrix zur Risikoeinschätzung 45
MDK 160
MDS 189
Mikrovisite 133
Minutenpflege 199
Mitarbeiterjahresgespräche 131
Mobilität 198
Mobilität und Beweglichkeit 42, 65
Modul 2
– Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 219
Modul 3
– Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 223
Modul 4
– Selbstversorgung 227
Modul 5
– Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 233
Modul 6
– Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte 241
Modul 7
– Außerhäusliche Aktivitäten 244
Modul 8
– Haushaltsführung 246
Module 198, 215

- MoPIP 164
Multiplikatoren, interne 91
- Nimwegener Methode 151
Notensystem 178
- Organisation, potenzialorientierte 256
Organisationsverschulden 143
- Palliativ Care 193
PDL-Reporting 143
Persönlichkeiten, vorbildliche 258
Perspektive, der pflegebedürftigen Person 39
Pflegebedürftigkeit, bei Kindern 244
Pflegebedürftigkeitsbegriff, neuer 195, 197
Pflege, beziehungsbasierte 129
Pflegecontrolling 126
– 7 Bausteine 127
Pflegedokumentation, entbürokratisierte 25, 26
Pflegedokumentation, rechtliche Grundlagen 74
Pflegedokumentationssystem, standardisiert 97
Pflegedokumentation, Urkunde 75
Pflegefehlerhaftung 76
Pflegegrad 199, 202, 215
Pflegekompetenzentwicklung 265
Pflegekompetenzmessung 265
Pflegemodell 12
Pflegeperspektive 37
Pflegeplanung 12, 24
Pflegeprozess 12, 13, 95
– Schritte 98
Pflegeprozessmodell, WHO 21
Pflegeprozessplanung 20, 22
Pflegeregelkreis 21
Pflegesetting 47
Pflegestärkungsgesetz 185
Pflegestufe 202
Pflegetransparentvereinbarungen 175, 179
Pflegevisite 130, 133
– kollegiale 134
– Mängelprotokoll 142
– supervidierende 134
Potenzialkräfte 257
Probleme 100
Problemlösungsprozess 13
Prozessmessung 133
Prüfansatz, beratungsorientierter 165
Prüfbericht, Erstellung 166
Prüfinhalte 167
Punkte, gewichtete 212
Punkte, gewichtete 199
Punktwert 212
- Qualitätsausschuss 185
Qualitätsentwicklung, Neuausrichtung 185
Qualitätsprüfung 164
– Ausrichtung 192
– Funktionen 190
– MDK 161
– Nachweisebenen 170
– Verknüpfung 191
Qualitätssicherung 160
- Regelprüfung 164
– ambulant 167
– stationär 167
Ressourcen 107
Risikoeinschätzung 57, 71
Risiko, kompensiertes 171
Risikomanagement 142, 193
- Schlüsselfunktionen, Inhaber von 258
Schmerzeinschätzung 172
Schwächen, der Mitarbeiter 263
selbständig 204
Selbständigkeit 202, 203, 211
Selbstmanagement 18

- Selbstversorgung 43, 68, 198
- Selbstwahrnehmung 18
- SGB XI 162
- SIS 57, 169, 197
- Städtische Seniorenheime Krefeld
gGmbH 56
- Stärken, der Mitarbeiter 263
- Stichprobenerhebung 178
- Strukturierte Informationssammlung 28,
36
- Strukturmodell 59, 169
 - Elemente 27
- Supportive Leader 255
- Supportive Leadership 252, 254

- Tagespflege 48, 49
- Tagesstruktur ausführlich 48
- Tagesstruktur kompakt 48
- Tagesstruktur kompakt mit individuellen
Wünschen und Vorlieben 48
- Teilweise Übernahme 209
- Themenfelder 29, 40
- Transparenz 174, 190
- Transparenzbericht, Veröffentlichung
166
- Transparenzkriterien 177

- überwiegend selbständig 204
- überwiegend unselbständig 205
- Umfeldvisite 131
- Umgang mit krankheits- und therapie-
bedingten Anforderungen 198
- unselbständig 206

- Verantwortungsnetz 89
- Verbesserungspotenzial 263
- Verbraucherinformation 193
- Verbraucherschutz 190
- Verfahrensleitungen 89
- Verfahrensweisung 130
- Verhaltensweisen und psychische
Problemlagen 198
- Verlaufsdokumentation 51
- Versorgungsqualität 166
- Vertragsprüfung 190
- Vollständige Übernahme 210

- Wahrnehmung der Fachaufsicht 131
- Wiederholungsprüfung 164
- Wohnen/Häuslichkeit 70
- Wohnen und Häusli 45

- Zeitersparnis 33
- Zielvereinbarungsgesprächs 131

Die Basis für das Pflegemanagement: *kompakt, aktuell und praxisnah*



Karla Kämmer | Jürgen Link

Management in der ambulanten Pflege

Besser organisieren – sicherer führen – kundenorientierter pflegen

168 Seiten, 17,0 x 24,0 cm, Hardcover

ISBN 978-3-89993-358-1

€ 34,95

- Das erste Grundlagenwerk für Pflegedienstleitungen in ambulanten Diensten
- Von der Personalakquise bis zum Marketing – alles was eine PDL wissen muss
- Verlässliches Basiswissen in kompakter Form
- Mit vielen Tipps für Neueinsteiger und Profis



Karla Kämmer (Hrsg.)

Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen

Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken

6., aktualisierte Auflage

512 Seiten, 70 Abbildungen, 17,0 x 24,0 cm, Hardcover

ISBN 978-3-89993-286-7

€ 59,95

- Management 3.0: gesetzliche und gesellschaftliche Anforderungen an das moderne Pflegeheim
- Die Basis für ein zeitgemäßes und entbürokratisiertes Pflegemanagement
- Das kompakte Nachschlagewerk auf aktuellem Stand

Auch als eBooks erhältlich

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.

schlütersche

Pflegereform 2017: *Das müssen Leitungskräfte in der Pflege jetzt wissen!*



**Manuela Ahmann | Anette Pelzer |
Hermann-Josef Ahmann**

Praxisratgeber: das Strukturmodell für die Pflegedokumentation

**Weniger Bürokratie:
Mehr Zeit für die direkte Pflege gewinnen**

168 Seiten, kartoniert, ISBN 978-3-89993-368-0, € 24,95

- Kompakte Vorbereitung auf das Neue Begutachtungsinstrument
- Fallbeispiele zeigen, wie die vier Schritte (Strukturierte Informationssammlung (SIS), Maßnahmenplanung, Berichtsblatt, Evaluation) aufeinander aufbauen



**Thomas Hecker | Jerzy Rasek | Sigrid Molderings |
Eva-Maria Krebs**

Praxisratgeber: die strukturierte Informationssammlung (SIS)

Richtig fragen – kompetent dokumentieren

128 Seiten, kartoniert, ISBN 978-3-89993-370-3, € 24,95

- Der Praxisratgeber für die Arbeit mit der SIS
- Mit vielen Fallbeispielen aus dem pflegerischen Alltag



Jutta König

Das neue Begutachtungsinstrument

**Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK:
gezielt vorbereiten – souverän meistern.**

Verständlich erklärt – perfekt für die Praxis

168 Seiten, kartoniert, ISBN 978-3-89993-367-3, € 24,95

- Pflegereform 2017: Auf Augenhöhe mit dem MDK
- Fit für das neue Begutachtungsinstrument
- Mit konkreten Beispielen aus der Praxis – auch zum PSG II

Auch als eBooks erhältlich

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.

schlütersche

Die Managementbibliothek: *Mit Strategie zum Erfolg*



Karla Kämmer

Personalentwicklung

**Von wertschätzender Haltung
zu wertschöpfender Entwicklung**

- Teams bilden und richtig führen
- Erfolgsfaktor Mitarbeitermotivation
- Soft Skills & Kompetenzen entwickeln

144 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-313-0
€ 12,95 [D]



Christiane Panka

Qualitätssicherung

Pflegebegleitung und Pflegevisite

- Die Grundlagen der Qualität
- Ideal für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess
- Wissenschaftlich fundiert und praxisnah

144 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-314-7
€ 12,95 [D]



Karla Kämmer

Pflegemanagement

Personaleinsatz- und Ablaufplanung

- Mitarbeiterpotenziale entwickeln
- Effizient planen – konsequent umsetzen
- Täglich vernetzt denken und handeln

136 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-311-6
€ 12,95 [D]

Auch als eBooks erhältlich

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.

Handbuch für Leitungskräfte in der Pflege

Es ist eine freiwillige Entscheidung, ob Sie die neue Pflegedokumentation, verschlankt und entbürokratisiert, in Ihrem Unternehmen einführen. Doch das neue Begutachtungsinstrument und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sind eine Verpflichtung. Diese beiden Neuerungen bilden künftig das Herzstück der Pflege: in der praktischen Arbeit und im Management.

Die Reformen in der Pflege brauchen Kenntnis und nachhaltige Umsetzung. Hier finden Sie alles, was Sie dazu brauchen: kompakte Informationen, u.a. rund ums PSG II, das neue Begutachtungsinstrument und die aktualisierten Pflege-Transparenzvereinbarungen.

Dieses Buch hilft Ihnen, zukunftsfähige Strategien zu entwickeln, ökonomisch und organisatorisch auf der Höhe der Zeit zu sein.

Pflegereform kompakt

vom Strukturmodell bis zum Pflegegrad

Die Herausgeberin

Karla Kämmer ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Diplom-Organisationsberaterin, Erwachsenenbildnerin, Lösungsorientierter Coach, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Altenpflegerin. Sie ist seit vielen Jahren im nationalen und internationalen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen aktiv. Zu ihren Schwerpunkten gehört u.a. das Veränderungsmanagement in Einrichtungen.

ISBN 978-3-89993-357-4

