



Pflege
PRAXIS

Mit und ohne
SIS®

Jutta König

Dokumentationswahnsinn in der Pflege

Es geht auch anders

4., aktualisierte Auflage

schlütersche



Jutta König

Dokumentationswahnsinn in der Pflege

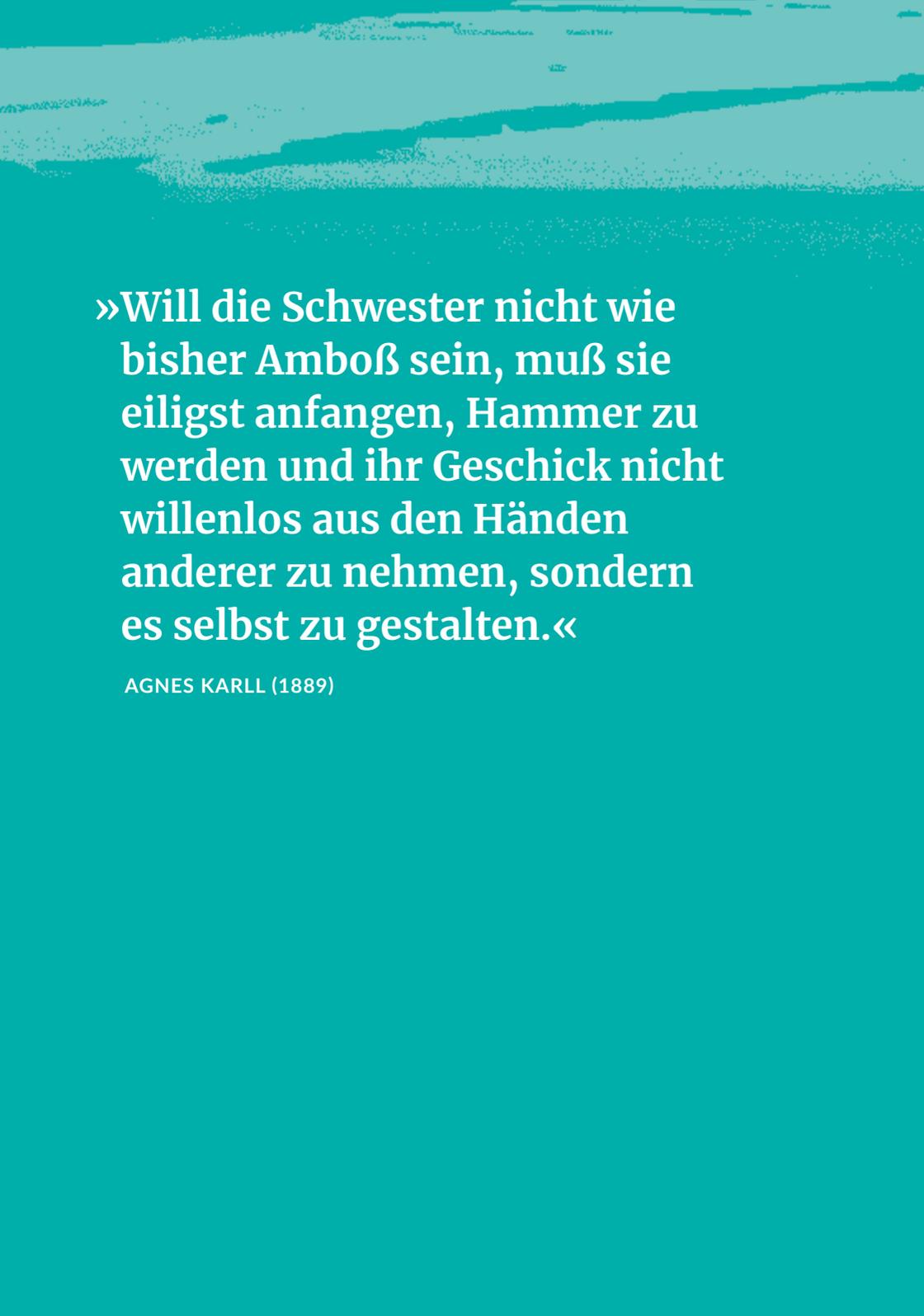
Es geht auch anders

4., aktualisierte Auflage

Mit und ohne
SIS®

schlütersche

Jutta König ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet. Sie unterrichtet Pflegesachverständige und Pflegeberater, arbeitet als Unternehmensberaterin und Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heim- und Betreuungsrecht. Sie ist examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.



**»Will die Schwester nicht wie
bisher Amboß sein, muß sie
eiligst anfangen, Hammer zu
werden und ihr Geschick nicht
willenlos aus den Händen
anderer zu nehmen, sondern
es selbst zu gestalten.«**

AGNES KARLL (1889)



pflegebrief

– die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-8426-0828-3 (Print)

ISBN 978-3-8426-9053-0 (PDF)

ISBN 978-3-8426-9054-7 (EPUB)

© 2020 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors 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.

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.

Titelbild: [salita2010 - stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com)

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Inhalt

Vorwort	8
Einleitung	9
1 Allgemeine Informationen und Grundsätze zur Dokumentation	10
1.1 Die einzelnen Grundsätze und ihre Bedeutung	11
1.2 Welchen Sinn hat eine Pflegedokumentation?	16
1.3 Die Formulare und der Pflegeprozess	18
2 MDK, Heimaufsicht etc. – Wem dient die Pflegedokumentation?	22
2.1 Viel hilft nicht immer viel – zu viel Papier erhöht die Fehlerrate	28
3 Jeder Schritt im Pflegeprozess will überlegt sein	31
3.1 Wir sind Weltmeister der Informationssammlung ..	31
3.2 Der Prozess beginnt mit der Informationssammlung	34
3.3 Pflegekräfte als Erfinder von Problemen	35
3.4 Die Maßnahmen passen nicht zum Problem oder zu den Zielen in der AEDL-Planung	38
3.4.1 Die Sache mit der Trinkmenge	38
3.4.2 Dekubitusgefährdung	40
3.4.3 Übergewicht	40
3.4.4 Inkontinenz	41
3.5 Die Maßnahmen passen nicht zur SIS®	43
3.5.1 Sturzgefährdung	43
3.5.2 Schmerzen	44
3.6 Die Maßnahmen werden verkürzt und nur aufgezählt	44
3.6.1 Sturzgefährdung	44
3.6.2 Kommunikation	46
3.6.3 Nächtliche Unruhe	47

3.6.4	Fixierung	48
3.6.5	Vereinsamung	49
3.6.6	Schmerzeinschätzung	50
3.7	Die Maßnahmen sind oft nicht handlungsleitend ...	52
3.8	In den Maßnahmen befinden sich nur wenig Pflegetmaßnahmen	54
3.8.1	Überflüssige/unnötige Maßnahmen bzw. Maßnahmen, die keine sind	55
3.9	Die Planung der Behandlungspflege ist unsinnig ...	56
3.10	Evaluation bedeutet nicht »unverändert«	59

4 Die Biografie deuten und Probleme erfinden – Anekdoten aus der täglichen Pflegeplanung 64

4.1	Ablehnung wird nicht akzeptiert	64
4.2	Untergewicht wird zum Problem	65
4.3	Probleme, die keine sind	65

5 Lästig und überflüssig – die Doppeldokumentation 69

6 Warum Pflegekräfte mehr tun, als sie müssen 71

6.1	Das Stammblatt	73
6.2	Die Anamnese	74
6.3	Medizinische Verordnungen, Behandlungspflege und ärztliche Verordnungen	76
6.4	Durchführungs- bzw. Leistungsnachweis	77
6.4.1	Ambulant	79
6.4.2	Stationär	80
6.5	Der Pflegebericht	81
6.5.1	Ambulant	82
6.5.2	Stationär	83
6.6	Risikoehebung Dekubitusgefahr	86
6.7	Risikoehebung Mangelernährung	88
6.8	Schmerzmanagement	91
6.8.1	Ambulant	92
6.8.2	Stationär	93
6.9	Sturzrisikoeinschätzung	94

6.10	Assessments	100
6.11	Wunddokumentation	103
6.12	Pflegeplanung	105
6.12.1	Stationär	106
6.12.2	Ambulant	107
7	Weniger ist mehr – Welche Papiere Sie wirklich brauchen	110
8	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung: lese- und anwendungsfreundlich	117
8.1	Variante 1: Verzichten Sie auf die komplette Darstellung des Pflegemodells	120
8.1.1	Beispiel ambulant	121
8.1.2	Beispiel stationär	121
8.1.3	Beispiel (stationär)	125
8.1.4	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung ambulant	132
8.2	Variante 2: Verzichten Sie auf Anamnese- und Biografiebögen	141
8.2.1	Die Fünf-Bereiche-Pflegeplanung stationär	156
9	Verknüpfen Sie BI, SIS® mit der neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfung	166
9.1	Vom Begutachtungsinstrument (BI) zur SIS®	167
10	Schlusswort	170
Literatur		171
Register		173

Vorwort

Dieses Büchlein stiftet an: zum anders Denken, zum Richtungswechsel und zur Abkehr vom blinden Gehorsam. Lassen Sie uns gemeinsam wieder das Richtige tun. Der Pflegebedürftige muss wieder zurück in den Mittelpunkt. Es kann nicht sein, dass der MDK, die Heimaufsicht oder andere sich das Recht nehmen, die Pflegedokumentation in den Mittelpunkt zu stellen. Schon seit einigen Jahren läuft nach meinem Dafürhalten einiges falsch in der Altenpflege. Es kann doch nicht Sinn der Sache sein, 20 verschiedene Papiere in der Dokumentation zu führen oder auf dem EDV-gestützten System durch 30 Masken zu zappen.

Machen Sie mit! Das ist ein Aufruf zur Abkehr vom Dokumentationswahnsinn, unter Beachtung aller Vorgaben und rechtlichen Bedingungen.

Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR), machte an zahlreichen Beispielen deutlich, »mit welcher ausufernden Bürokratie und überbordenden Dokumentationsanforderungen Pflegenden vielfach belastet sind. Dies habe zur Folge, dass für die eigentliche Tätigkeit, die Pflege der Patienten und Bewohner, immer weniger Zeit verbleibe.« Und: Ex-Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler richtete für »Fragen der Entbürokratisierung in der Pflege eine beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesiedelte Ombudsstelle ein. Diese hatte – zeitlich befristet – als Stabsstelle im BMG die unterschiedlichen Anregungen und Vorschläge gesammelt und für ein Gesetzgebungsverfahren aufbereitet.

Ottersheim, im Januar 2020

Jutta König

Einleitung

Wenn jemand sagt »Du musst!«, lernen Sie zu fragen »Wo steht das?« Denn der stillschweigende oder gar voraussetzende Gehorsam der letzten Jahrzehnte hat uns in der Pflege einige Verwirrung und Orientierungslosigkeit gebracht.

Nicht genug, dass es verschiedene Vorgaben von außen gibt. Nicht genug, dass die Institutionen, die uns die Vorgaben machen, sich noch nicht einmal miteinander absprechen. Nein, auch die interne Qualitätssicherung, manchmal selbst die Pflegedienstleitung, haben sich auch noch eigene Maßstäbe gesetzt. Das ist zwar nicht grundlegend falsch, aber alles zusammen ergibt eine Fülle von einander widersprechenden Anforderungen, die an eine Pflegeeinrichtung herangetragen werden. Die Anforderungen betreffen die gesamte Organisation der Einrichtung, insbesondere aber die Mitarbeiter der Pflege, wenn es um die Pflegedokumentation geht.

In den vielen Jahren meiner Tätigkeit als Beraterin und Sachverständige habe ich viel gesehen und erlebt. Eines hat mich dabei all die Jahre begleitet: Der Pflegeprozess funktioniert nicht oder er ist trotz der wachsenden Papierflut nicht vollständig nachvollziehbar abgebildet. Pflegeplanungen entpuppten sich häufig keineswegs als Planungen der täglichen Pflege. Pflegeplanungen werden geschrieben, damit sie auf dem Papier stehen oder dem MDK gezeigt werden können. Eine sinnvolle Planung als Versorgungsrezept für den Pflegebedürftigen fand ich leider eher selten.

Dieses Dilemma hat viele Ursachen und es liegt an Ihnen, liebe Mitarbeiter in der Pflege, dieses Dilemma zu beseitigen. Sie können das! Ich gebe Ihnen die wichtigen Hinweise und zeige Ihnen ganz konkret den Weg, den Sie gehen müssen. Sie werden sehen, dass Sie mehr tun können, als Pflegebedürftige in Schubladen zu stecken. Sie werden erfahren, dass Pflegemodelle durchaus sinnvoll sind, aber eine Pflegeplanung nicht notwendigerweise aus 13 AEDL bestehen muss. Sie werden entdecken, dass die MDK-Prüfung auch ohne seitenlange Pflegeplanung positiv durchlaufen werden kann, vermutlich sogar positiver, als wenn die Planungen stur nach AEDL heruntergeschrieben wurden.

1 Allgemeine Informationen und Grundsätze zur Dokumentation

Eine Dokumentation ist zunächst eine Sammlung von Daten und Fakten. Sie ist Ordnung, Speicherung und Auswertung von Urkunden bzw. schriftlich fixiertem Wissen. Wichtig zu wissen: Es gibt einen Unterschied zwischen administrativer Dokumentation der Verwaltung und der ärztlichen bzw. pflegerischen Dokumentation.¹ Die administrative bezieht sich eher auf Daten der Stammdatenverwaltung oder versicherungsrelevanten Dokumentation während die medizinische bzw. die pflegerische Dokumentation sich mit Inhalten medizinischer oder pflegerischer persönlichen Daten des Betroffenen befasst.

Tab. 1: Grundsätze bei der Dokumentationsführung

Dokumentationswahrheit	Dokumentationsklarheit
Tatsachen	Eindeutig
Wahrheit	Nachvollziehbar
	Aussagefähig
	Echt
	Keine Streichung
	Lesbar

¹ Vgl. Böhme H (1999). Rechtshandbuch für Führungskräfte. Weka Verlag, Kissing

2 MDK, Heimaufsicht etc. – Wem dient die Pflegedokumentation?

Die Anforderungen und Kriterien an die Dokumentation verlangen flexible Denkprozesse, und kaum jemand ist sich wirklich hundertprozentig sicher, wie und was für wen dokumentiert werden muss. Wenn Sie eine MDK-Prüfung hinter sich haben, mussten Sie in der Regel etwas an der Pflegedokumentation verändern. Diese Anpassung, Änderung oder Nachbesserung bedeutet aber nicht, dass die nächste Prüfung besser verläuft. Denn wenn zur nächsten Prüfung andere Prüfer kommen, haben diese auch eine andere Sicht auf die Dinge. Es kommt noch schlimmer: Selbst wenn der MDK-Prüfer bei der Qualitätsprüfung zufrieden ist, bedeutet das nicht, dass es auch der MDK-Gutachter bei der Einstufung ist. Einen Mitarbeiter der Heimaufsicht interessiert wiederum nicht, was den MDK zufriedenstellt, sondern er befolgt eigene Anforderungen.



Auch ein Leitungswechsel hat sofort Änderungen in den Anforderungen der Pflegedokumentation zur Folge. Was bisher nicht beanstandet wurde, wird auf einmal in der Pflegevisite kritisiert. Auch ein interner Qualitätsmanager hat seine eigenen Vorstellungen über das Führen der Akten. Wer sich dann noch freiwillig einer Zertifizierung unterzieht, erlebt weitere Anforderungen, die mitunter bis dato nicht gestellt wurden.

3 Jeder Schritt im Pflegeprozess will überlegt sein

Die Schritte des Pflegeprozesses bauen aufeinander auf, sie müssen aus einem Guss sein, damit der Prozess stimmig ist. In der Praxis hakt es aber an vielen Stellen. Die gesammelten Informationen werden nicht in die Problem- oder Ressourcendarstellung übernommen. Das ist bereits der erste Fehler und dass schon bei Schritt 1 zu Schritt 2 des Prozesses. Dann werden Ziele gesteckt, die bei den vorhandenen Problemen unrealistisch sind. Oder die Ziele passen nicht zu den Maßnahmen, die geplant werden. Dann werden Maßnahmen geplant, die so nicht durchgeführt werden. Teilweise wird manchmal mehr geplant als nachher durchgeführt und abgezeichnet wird. In anderen Fällen, meist bei den Prophylaxen, wird viel mehr abgezeichnet, als geplant wurde. Und schließlich der sechste und letzte Schritt, die Evaluation. Diese steht oft mit keinem anderen Prozessschritt in Verbindung. Dabei ist die Ergebnisdarstellung das Herzstück einer jeden Pflegeplanung.

3.1 Wir sind Weltmeister der Informationssammlung

In Pflegeeinrichtungen, ambulant wie stationär, werden zahllose Informationen erhoben. Aber wie so oft werden aus den gesammelten Informationen keine Rückschlüsse gezogen. Es wird nichts abgeleitet, die Informationen werden nicht mit in die Pflegeplanung übernommen.

Es beginnt bereits mit der Erhebung der Anamnese. Dort werden Vorlieben oder Gewohnheiten aufgenommen, die sich in der Planung später nicht wiederfinden. Es werden Ressourcen erkannt, aus denen später in der Pla-

4 Die Biografie deuten und Probleme erfinden – Anekdoten aus der täglichen Pflegeplanung

Einige Pflegekräfte interpretieren das Wort »Pflegeproblemlösungsprozess« nach eigenem Ermessen und wollen Probleme lösen, die nicht vorhanden sind. Sie erfinden Probleme, um für jede AEDL etwas eintragen zu können. Pflegekräfte werden dabei manchmal zu echten Erfindern von Problemen.

Das zeigen die folgenden Beispiele, die ich in Einrichtungen und ambulanten Diensten gesammelt habe. Es ist eine echte Anekdotensammlung.

4.1 Ablehnung wird nicht akzeptiert

Problem:	Lässt sich ungern waschen, duschen oder baden
Ziel:	Gepflegtes Äußeres Wohlbefinden
Maßnahme:	Ganzkörperpflege im Bett nach Standard, wöchentlich baden oder duschen

Was tun die Pflegekräfte hier? Sie stellen fest, dass der Kunde etwas nicht möchte, setzen sich dann konsequent darüber hinweg und verfolgen ihre eigenen Ziele. Würde man das Ziel »Wohlbefinden« ehrlich verfolgen, müsste man die Maßnahmen umplanen und schreiben »Kunden in Ruhe lassen«, dann klappt es auch mit dem Wohlbefinden.

5 Lästig und überflüssig – die Doppeldokumentation

Das Problem ist nicht nur, dass Pflegekräfte in der Pflegedokumentation viel zu viele und unübersichtliche Dokumentationen führen oder dass Probleme erfunden und zusätzlich unnötige Papiere ausgefüllt werden. Es wird auch noch vieles doppelt oder gar mehrfach dokumentiert. So werden bspw. Lagerungs-/Bewegungsprotokolle minutiös ausgefüllt und die Lagerung zusätzlich noch einmal im Leistungsnachweis quittiert. Es gibt sogar Einrichtungen, die die Getränkezufuhr in einem Protokoll dokumentieren und die Tagesmenge dann noch einmal auf einem separaten Nachweis- oder Durchführungsblatt notieren.

Es gibt Einrichtungen, die bereits mittels EDV dokumentieren, aber noch separate Listen für Ein-/Ausfuhrbilanzen per Hand führen. Zusätzlich wird dann das Handschriftliche in die EDV übertragen. Warum das so gemacht wird, hinterfragen die meisten Einrichtungen gar nicht mehr. Sie tun es einfach.

Neben den Protokollen, auf denen Leistungen detailgetreu dokumentiert werden, die dann auf einem gesonderten Nachweis erneut quittiert werden, findet Doppeldokumentation auch in Pflegeberichten statt. So lese ich in Pflegeberichten Leistungsnachweise wie »wurde geduscht« oder »Verbandswechsel durchgeführt«. Diese Einträge sind unnötig, denn die erbrachte Leistung wurde bereits in einem Durchführungsnachweis quittiert, wieso sollte man sie erneut schreiben?

Neben den Leistungsnachweisen, die für die Einrichtung doppelt oder mehrfach quittiert wurden, wird aber auch für Externe quittiert. So doku-

6 Warum Pflegekräfte mehr tun, als sie müssen

Wie Sie bereits gelesen haben, gibt es nicht viele schriftlich verankerte Anforderungen an die Pflegedokumentation. Das meiste, was Sie bisher gehört haben, sind persönliche Meinungen Einzelner. Meinungsfreiheit ist in Deutschland glücklicherweise ein Grundrecht. Ein Problem gibt es nur, wenn die persönliche Meinung Einzelner als die allein gültige Wahrheit verkauft wird.

Bedenken Sie bitte, jeder MDK-Prüfer fängt mit dem Wissen beim MDK an, das er bis dato erlangt hat. War der Prüfer bisher der Meinung, man müsse eine Planung alle acht Wochen evaluieren, so wird er dies auch bei seinen Prüfungen fordern. Wer vor seiner Tätigkeit beim MDK lange als Hygienefachkraft tätig war, wird dieses Steckenpferd auch in seinen Prüfungen reiten. Das ist menschlich. Wir sind alle von Erfahrungen und Wissen geprägt und eingeübte Routinen stellen wir nicht mehr in Frage. Selbst wenn Prüfer eingearbeitet werden, wird das meiste Grundwissen bereits vorausgesetzt. Deshalb können Einrichtungen auch drei MDK-Prüfer mit drei völlig unterschiedlichen Ansichten erleben.

Eine PDL lernt in ihrer Weiterbildung vieles. Die Weiterbildung reicht von 460 Basisstunden bis 1800 Stunden. Auch hier sollte hinsichtlich der Inhalte ein Unterschied in der Qualität erkennbar sein. Zudem lernt eine PDL alles Mögliche, aber kein Grundwissen mehr.

Beachten Sie bitte auch, dass Ärzte, die beim MDK oder der Heimaufsicht eingesetzt werden, die Erstellung von Pflegeplanungen nicht gelernt haben. Sie werden nach bestem Wissen und Gewissen vorgehen. Heimaufsichts-

7 Weniger ist mehr – Welche Papiere Sie wirklich brauchen

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, gibt es für bestimmte Vordrucke sehr wenig Vorgaben. Jede Einrichtung kann das Pflegemodell umsetzen, das ihr am besten gefällt, ob AEDL, ATL, Orem Roper, RTL etc. Und jede Einrichtung kann das gewählte Modell mit welchem Pflegeprozess auch immer umsetzen: mit der klassischen Planung (Probleme/Ressourcen, Ziele, Maßnahmen) oder anhand des Strukturmodells mit SIS® und Maßnahmenplanung als Kernplanung.

Informationen können Sie auf so vielen Vordrucken sammeln, wie Sie möchten:

- Stammblatt
- Anamnese
- Medizinische Verordnungen/Behandlungspflege/ärztliche Verordnungen
- Ärztlich/pflegerisches Kommunikationsblatt
- Pflegeplanung
- Vitalwerte
- Diabetikerblatt
- Durchführungsnachweis/Leistungsnachweis
- Pflegeberichte
- Biografiebogen
- Hygieneblatt/Jahresübersicht
- Risikoerhebung Dekubitusgefahr
- Risikoerhebung Mangelernährung (z. B. MNA (Mini Nutritional Assessment), empfohlen für geriatrische Einrichtungen, MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), empfohlen für ambulante Bereiche, PEMU

8 Die Fünf-Bereiche- Pflegeplanung: lese- und anwendungsfreundlich

*Heute bin ich so,
morgen werde ich anders sein,
aber niemals werde ich gehorsam.*
Thomas Häntsch (1958)

Die erste Möglichkeit, wie Sie der Dokumentationsflut entkommen, habe ich in den vorhergehenden Kapiteln dargelegt. Im Folgenden widme ich mich der wesentlichen Veränderung der Pflegeplanung. Ich möchte Pflegeplanungen abspecken, lesbarer und anwenderfreundlicher gestalten. Damit ist der erste Schritt zu einer wirklich individuellen Versorgung des Pflegebedürftigen getan, denn niemand liest 13-seitige Pflegeplanungen. Wenn die Planung aber nicht gelesen wird, wird sie auch nicht befolgt. Wenn sie nicht befolgt wird, wird der Kunde von jedem Mitarbeiter anders versorgt.

Wie dargestellt, hat sich bei der Dokumentation vieles erst seit Einführung der Pflegeversicherung entwickelt. Nicht jede Entwicklung war allerdings negativ. Die Qualität der Pflege hat sich seit der Einführung der Pflegeversicherung aus meiner Sicht deutlich verbessert.

Ich selbst habe Anfang der 1980er Jahre meine pflegerische Ausbildung erhalten. Damals war die Zahl der Pflegebedürftigen, die bettlägerig waren – in Relation zur Schwere der Pflege heute –, sehr viel höher. Auch die Zahl der Menschen mit Dekubitus war höher, ebenso wie die Zahl der hochgezogenen Bettgitter zur Nacht. Wir haben Bedarfsmedikamente verteilt, ohne auch nur ansatzweise einen Arzt zu fragen oder uns immer bewusst zu sein, wie welches Mittel wirkt oder welche Wechselwirkungen es haben

9 Verknüpfen Sie BI, SIS[®] mit der neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfung

2019 hat eine gänzlich neue Art der Qualitätsbewertung in der Pflege Einzug gehalten. Der Gesetzgeber wollte keine Noten mehr, sondern eine Bewertung der Qualität beim Klienten. Stationär werden intern Qualitätsindikatoren erhoben, um die Einrichtungen untereinander zu vergleichen. Und die externe Prüfung für die Einrichtungen (ambulant¹⁵, teilstationär und stationär) beziehen sich auf die Ergebnisse bei der Pflege und Betreuung, nicht auf die Dokumentationsergebnisse.

Diese neue Welt in der Qualitätserfassung und -darstellung lässt einen neuen Weg der Dokumentationsdarstellung und Pflegeprozessbearbeitung zu.

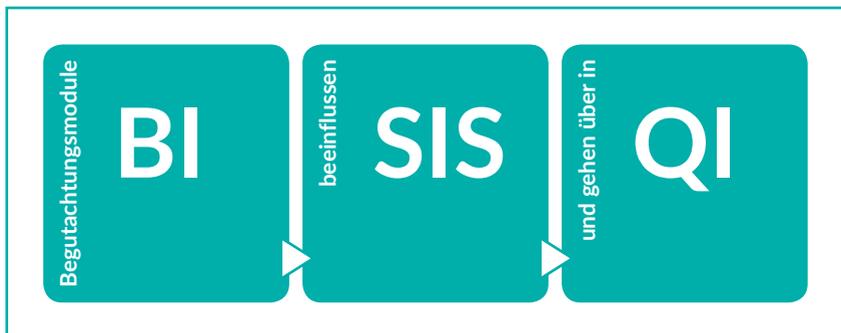


Abb. 6: Die neue Welt der Qualitätserfassung.

¹⁵ Ab Sommer 2020 geplant

10 Schlusswort

*Wer nicht auf der Strecke bleiben will,
muß hin und wieder vom Weg abkommen.*

Kurt Haberstich (1948)

Ich weiß, dass ich Sie mit diesem Buch provoziere. Ich weiß auch, dass ich nicht nach reiner Lehre vorgehe. Ich akzeptiere daher jede Art von Kritik. Aber vergleichen Sie Ihre Art der Dokumentation mit vielleicht 20 Blättern mit dem von mir vorgeschlagenen Weg. Schauen Sie, ob Ihnen in meiner Art, Pflegeplanungen zu betrachten, tatsächlich etwas bei der Pflege Ihres Klienten fehlt.

Es geht um den Pflegebedürftigen und wir müssen all unsere Kraft für dessen optimale, individuelle und besondere Pflege einsetzen. Nach meinem Dafürhalten hat der Klient von meiner Art, die Pflege zu planen, mehr als vom sturen Abarbeiten der 13 AEDL. Der Klient profitiert, wenn ich seine Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten direkt in die Pflegeplanung aufnehme, sofern es in den Bereichen der Pflege relevante Informationen gibt. Wenn seine Bedürfnisse direkt ab dem ersten Tag in die Pflegeplanung aufgenommen werden, besteht einfach eine größere Chance, dass sie auch im Alltag berücksichtigt werden.



Haben Sie Mut. Machen Sie mit. Hinterfragen Sie täglich: WARUM. Und gegenüber Außenstehenden, die etwas von Ihnen fordern, vergessen Sie bitte nie die die Frage »Wo steht das?«

Literatur

- BMG (2015): Handlungsanleitung (Version 1.1) zu 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.
- Böhme H (1999). Rechtshandbuch für Führungskräfte. Weka Verlag, Kissing.
- Büscher A, Wingenfeld K et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht, Osnabrück/Bielefeld
- Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege & EinSTEP (2017): Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege. Version 2.0.
- Fiechter V, Meier M (1998). Pflegeplanung. Recom Verlag, Basel
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2005). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen, 1. Aktualisierung 2017, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009). Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2011a). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017 mit aktualisierter Literaturstudie (1999–2002), Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2011b). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück.

- GKV & MDS (2017): Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15. 04. 2016, geändert durch Beschluss vom 31. 03. 2017, in Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-begutachtungsinstrument.html>
- GKV & MDS (2018): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und der Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018. Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär). Im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen.html>
- MDS (o.J.): Das Neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-neue-begutachtungsinstrument.html>
- Wingenfeld K, Stegbauer C, Willms G, Sternberg RC, Voigt C, Woitzik R (2017): Entwicklung, der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Zweiter Zwischenbericht – Definition zentraler Konzeptbausteine, Bielefeld/Göttingen
- Wingenfeld K, Stegbauer C, Willms G, Sternberg RC, Voigt C, Woitzik R (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld, Göttingen.

Register

- Ablehnung 64
- AEDL 28, 38, 43, 44, 59, 64, 106, 107, 120, 131
- Anamnese 31, 74, 141
- Ärztliche Anordnung 165
- Ärztliche Kommunikationsblatt 114
- Ärztliche Verordnungen 76
- Assessment 32
- ATL 28, 120, 131
- Äußerungen, wertende 14

- Bedürfnisse 26, 130
- Begutachtungsinstrument 167
- Behandlungspflege 76
 - Planung 56
- Bereiche des Lebens 131
- Biografie 64, 141
- BMI 89

- Dekubitusgefahr 86
- Dekubitusgefährdung 40
- Dokumentation 10, 12, 118
 - Grundsätze 10
 - -(s)führung 10
 - -(s)klarheit 10
 - -(s)pflcht 16
 - -(s)wahrheit 10
- Dokumentationswahrheit 11
- Doppeldokumentation 69
- Durchführungs- bzw. Leistungsnachweis 77

- Einschätzungsbögen 113
- Evaluation 59
- Evaluationskreis 63

- Fixierung 48
- Formulare 18

- Haftungsrecht 16
- Handzeichen 78
- Heimaufsicht 17, 22

- Information 17
 - -(s)sammlung 18, 31, 34
- Inkontinenz 41

- Kommunikation 17, 46
- Kontinenzförderung 115
- Krankenbeobachtung 13

- Leistungsnachweis 165
- Leistungstransparenz 17

- Mangelernährung 32, 88
 - Risikoerhebung 88
- Maßnahmen 38, 44, 52, 55
- MDK 17, 22
 - Prüfkatalog 79
- Medizinische Verordnungen 76
- MNA 88
- MUST 88

- Organisationshilfe 17

- PEMU 88
- Pflegebericht 81, 83, 165
 - Einträge 86
- Pflegedokumentation 22
 - Kriterien 17
 - Sinn 16
 - -(s)system 28, 72
- Pflegemodell 120
- Pflegemodelle 120
- Pflegeplanung 25, 105
- Pflegeproblem 35
- Pflegeproblemlösungsprozess 106
- Pflegeprozess 18, 31, 119
 - Schritte 31
- Planungshilfe 17
- Probleme 38, 64
- Professionalität,
 - falsch verstandene 13
- Prüfbogen
 - Defizit 87

- Qualitätsindikatoren 21
- Qualitätsprüfung
 - indikatorengestützte 166
- Qualitätssicherung 17

- Ressourcen 125
- Risiko
 - Assessments 100
- Risikoerfassung
 - Checkliste 102
- Risikoerhebung 86, 97, 165

- Schmerzeinschätzung 33, 50
- Schmerzen 44
- Schmerzmanagement 91
- Selbstverständlichkeiten 15
- Sicherheit 17
- SIS® 20, 25, 28, 107, 167
 - Maßnahmen 43
- Stammblatt 73, 165
- Strukturmodell 20, 59, 106
- Sturzgefährdung 43, 44
- Sturzrisiko 94
 - -einschätzung 32

- Tatsachen 12, 15
- Trinkmenge 38

- Übergewicht 40
- Umschreibungen 13
- Unruhe
 - nächtliche 47
- Untergewicht 65

- Vereinsamung 49
- Vertragsrecht 17
- Vitalzeichenblätter 115

- Wahrnehmung 13
- Wunddokumentation 33, 103
- Wünsche 26

- Ziel 38

Gemeinsamkeiten und Unterschiede entdecken



Jutta König

BI, SIS[®], Expertenstandards & Qualitätsindikatoren

Zusammenhänge erkennen – Fallen vermeiden – perfekt dokumentieren

264 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-987-3
€ 29,95

Auch als E-Book erhältlich

- Klare Struktur: so werden BI, Expertenstandards, SIS[®] und Qualitätsindikatoren sinnvoll miteinander verbunden
- Richtiger Pflegegrad: Die Pflegedokumentation als Grundlage
- Perfekte Dokumentation: Die Qualitätsindikatoren als Maßstab für MDK-Prüfungen

»Das Ende der Verwirrung und der Anfang einer schlanken Struktur.«

Jutta König

Änderungen vorbehalten.



Jetzt zählt nur noch das Ergebnis!



Jutta König | Manuela Reiß

Qualitätsindikatoren und -aspekte für die Altenpflege

**Die neue Qualitätsprüfung kennen
und umsetzen**

200 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-997-2
€ 26,95

Auch als E-Book erhältlich

- Qualitätsindikatoren kennen und sicher umsetzen
- Praxisnahe Strategien rund um die neue Prüfung
- Hilfreiche Tipps zur neuen Art der Pflegedokumentation

»**Alles, was Sie zum Thema »Qualitätsindikatoren«
wissen müssen.**«

Jutta König

Änderungen vorbehalten.

buecher.schluetersche.de



pflegen-online.de

Sicher und schnell dokumentieren

AEDL/ABEDL® oder SIS®? Maßnahmen- statt Pflegeplanung!

Die neue Qualitätsprüfung mit ihren Qualitätsindikatoren... einfacher ist die Aufgabe der Pflegedokumentation nicht geworden.

In der 4., aktualisierten Auflage ihres Buches zeigt Jutta König, wie effizient sich auch unter veränderten Anforderungen mit lediglich fünf Bereichen dokumentieren lässt. Ob SIS® oder AEDL/ABEDL® – die Grundlage bleibt stets die gleiche: der Pflegeprozess. Ist er grundlegend verstanden, wird die Dokumentation wesentlich ressourcenschonender.

Fünf Bereiche reichen aus, um eine komplette, individuelle und aussagekräftige Dokumentation zu führen. Selbstverständlich unter Beachtung aller Vorgaben und rechtlichen Anforderungen.

schlütersche
macht Pflege leichter

Die Autorin

Jutta König ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet.

Sie unterrichtet Pflegesachverständige und Pflegeberater, arbeitet als Unternehmensberaterin und Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heim- und Betreuungsrecht. Sie ist examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.

ISBN 978-3-8426-0828-3

