



Eine Veröffentlichung im Rahmen der



## Gesamtübersicht Hefte 1 bis 7

### Heft 1

Vorbemerkungen der Autorinnen und Autoren Einleitung  
 H1-1 Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung in stationären Einrichtungen  
 Register  
 Impressum

### Heft 2 Aufgaben und Anforderungen an Pflegefachkräfte

H2-1 Aufgaben und Anforderungen an Pflegefachkräfte	S. 2
H2-1.1 Organisatorische Tätigkeiten	S. 2
H2-1.2 Fachlich-inhaltliche Tätigkeiten	S. 10
H2-2 Erkennen und Handeln in Notfallsituationen und bei kritischen oder akuten Ereignissen	S. 26
Arbeitshilfen AH2	S. 29

### Heft 3

H3-1 Hilfen zur (Schüler-) Rekrutierung  
 H3-2 Hinweise zur Begleitung der praktischen Ausbildung  
 Arbeitshilfen AH3

### Heft 4

H4-1 Einsatz des Personals  
 H4-2 Hilfen zur Einarbeitung  
 H4-3 Hinweise zur Koordination des Arbeitseinsatzes  
 Arbeitshilfen AH4

### Heft 5

H5-1 Hilfen zum Weitergeben, Generieren und Transfer von Wissen  
 H5-2 Interprofessionelle Zusammenarbeit koordinieren und ausbauen  
 Arbeitshilfen AH5

### Heft 6

H6-1 Hilfen zur Angehörigenarbeit  
 H6-2 Hilfen zur Arbeit mit Freiwilligen  
 Arbeitshilfen AH6

### Heft 7

H7-1 Veränderungen umsetzen  
 H7-2 Hilfen für die Bewohnerorientierung angesichts der Bedarfsentwicklung  
 Arbeitshilfen AH7

## H2-1

# Aufgaben und Anforderungen an Pflegefachkräfte

Bärbel Dangel

Pflegefachliche Aufgaben und Anforderungen lassen sich grundsätzlich in organisatorische und fachlich-inhaltliche Tätigkeiten einteilen.

### H2-1.1 Organisatorische Tätigkeiten

An der Versorgung und Begleitung von pflegebedürftigen Menschen sind immer mehrere Personen, Berufe und Einrichtungen beteiligt. Jeder Kontakt zwischen den Beteiligten ist eine Schnittstelle<sup>1</sup>, die das Risiko mit sich bringt, dass Informationen verloren gehen, unvollständig, nicht rechtzeitig oder auch nicht zutreffend übermittelt werden. Das kann zu Problemen und Versorgungsunterbrechungen für die zu pflegenden Menschen führen. Schnittstellen liegen innerhalb einer Einrichtung vor, zum Beispiel bei Dienstübergaben oder nach außen im Kontakt zu anderen Einrichtungen sowie den Angehörigen oder Vertreterinnen bzw. Vertretern von Berufen, die auch an der Versorgung beteiligt sind.

Übergeordnet und zentral ist es, die versorgende Einrichtung als Lebens- und Wohnort von Bewohnerinnen und Bewohnern zu sehen, zu dem sie bzw. er keine Alternativen haben. Damit ist Bewohnerorientierung ein zentrales Merkmal der Anforderungen an Pflegefachkräfte und für die Versorgung und Begleitung der Bewohnerin und des Bewohners. Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, die Schnittstellen immer auch aus der Sicht der zu pflegenden Menschen und nicht ausschließlich aus Sicht der Einrichtung zu betrachten.

Abbildung H2.1 stellt die beruflichen Kontakte, die Pflegefachkräfte haben, unterschieden nach dem Umfeld des pflegebedürftigen Menschen, den externen an der Versorgung und Begleitung beteiligten Berufe und Einrichtungen und den in einer Pflegeeinrichtung Tätigen zusammen, die für die Gewährleistung einer bewohnerorientierten pflegerischen Versorgung von Bedeutung sind.

Die Pflegefachkraft hat Funktionen auch an den Schnittstellen der vollstationären Einrichtung zur vorherigen Lebens- und Versorgungssituation der Bewohnerin und des Bewohners. Die Art und Weise des Einzugs und das Einleben sind entscheidend dafür, dass Bewohnerinnen und Bewohner den neuen Ort als Lebensmittelpunkt akzeptieren (können). Hier sind auch wichtige Informationen für die Pflegeplanung zu erwarten, zum Beispiel zu den bisherigen Gewohnheiten und Alltagsgestaltung.

---

<sup>1</sup> Eine Schnittstelle bezeichnet einen Handlungs-, Funktions-, Organisations- oder Verantwortungsübergang zum Beispiel zwischen zwei Fachpersonen oder Einrichtungen, bei denen die Inhalte, Zuständigkeiten oder Abläufe zu klären oder zu vereinbaren sind, damit es nicht zu Missverständnissen oder Problemen kommt.

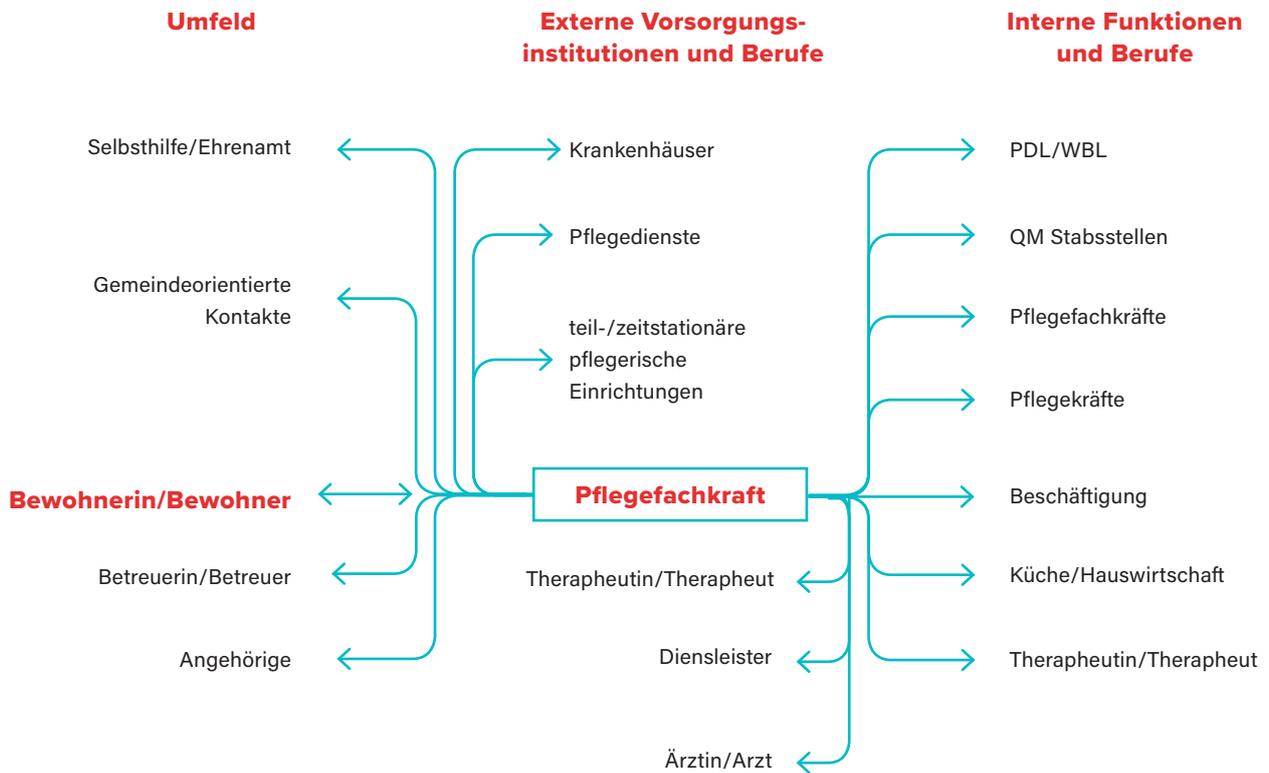


Abbildung H2.1 Interne und externe Kontakte der Pflegefachkraft in vollstationären pflegerischen Einrichtungen (eigene Darstellung)

### 1. Externe Kontakte für Pflegefachkräfte in vollstationären pflegerischen Einrichtungen

Kontakte zu externen Personen und Einrichtungen betreffen

- die Versorgung vor dem Einzug in die stationäre Einrichtung (Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst, Kurzzeitpflege) oder im Krankenhaus (Überleitung in und Rückkehr aus dem Krankenhaus, Einzug nach Krankenhausaufenthalt),
- die Versorgung in der stationären Einrichtung: durch Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Expertinnen und Experten, Dienstleister sowie weitere Fachpersonen.

Die sich daraus ergebenden Informationen lassen sich in drei unterschiedliche Ebenen untergliedern:

- vor dem Einzug in die stationäre Pflegeeinrichtung geht es um Informationen aus dem bisherigen Leben und zur Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner,
- nach dem Einzug in die Pflegeeinrichtung steht die Bedarfs- bzw. Bedürfniserhebung zur Planung einer gewohnten und angemessenen Versorgung im Vordergrund. Beides geschieht im Kontakt mit den pflegenden Angehörigen, dem sozialen und familialen Umfeld, Betreuerinnen und Betreuern, ehrenamtlich Tätigen, der Selbsthilfe oder gemeindeorientierten Aktivitäten.

- Bei Transfers ins Krankenhaus und nach dem Krankenhausaufenthalt werden für die weitere Versorgung relevante Informationen übermittelt.

Das Ziel ist es, Übergänge zwischen den Institutionen so zu gestalten, dass eine kontinuierliche Versorgung für Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet wird. Grundlage sind eine fachliche Erhebung von Informationen, eine kriteriengestützte Kommunikation und festgelegte Verfahrensschritte in der Einrichtung nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Beteiligung der Pflegefachkräfte.

Bei der Arbeit in Modelleinrichtungen ist deutlich geworden, dass es bei Verlegungen von pflegebedürftigen Menschen aus dem Krankenhaus häufig zu Problemen und Informationsverlusten kommt.

**Hintergrund und Problem:** Folgende Aspekte kennzeichnen häufig eine Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Krankenhaus:

- Fehlende oder zu spät übermittelte Informationen zum Entlassungszeitpunkt aus dem Krankenhaus,
- Entlassungen erfolgen zeitlich ungünstig (Freitagnachmittag, zur Mittagszeit),
- Fehlende Informationen zur Versorgung und Situation des Pflegebedürftigen im Krankenhaus,
- keine Mitgabe von Medikamenten,
- keine oder unterschiedliche Informationen zur Medikation,
- keine oder wenig Informationen zur pflegerischen Versorgung im Krankenhaus (keine pflegerischen Überleitungsformulare),
- im Krankenhaus sind die Informationen zur Versorgung und zur Situation der Bewohnerin bzw. des Bewohners nicht berücksichtigt worden,
- in der stationären Pflegeeinrichtung werden Informationen aus dem Krankenhaus zur Versorgung des Pflegebedürftigen unzureichend in die Pflegeplanung aufgenommen und umgesetzt.

### **Konsequenzen**

- Für Bewohnerinnen und Bewohner sind Brüche in der Versorgungskontinuität:
  - fehlende ggf. nicht unmittelbar zu beschaffende Medikamente,
  - Kontaktaufnahme zu Hausarzt bzw. Hausärztin nicht möglich (Freitag),
  - pflegerische Maßnahmen können nicht unmittelbar fortgeführt werden,
  - ärztliche Behandlung kann nicht fortgesetzt werden (Behandlungspflege),
  - erforderliche Zeit für ein Gespräch und die Aufnahme durch die Pflegefachkraft steht nicht zur Verfügung,
  - Angehörige sind ggf. nicht informiert.
- Für Pflegefachkräfte sind die folgenden Aspekte von Bedeutung:
  - Schwierigkeiten und/oder hoher Zeitaufwand, um Medikamente zu beschaffen (neue Medikamente, Verblisterung),
  - Zeitaufwand für Telefonate mit dem Krankenhaus,

- die Rückkehr der Bewohnerin bzw. des Bewohners ist zeitlich nicht eingeplant,
- Bezugspflegefachkraft ist ggf. nicht im Dienst,
- die Pflegefachkraft im Dienst hat keine Zeit, die Bewohnerin bzw. den Bewohner aufzunehmen (weil Verlegung nicht einplanbar war),
- keine Vorbereitung für die Rückkehr der Bewohnerin bzw. des Bewohners möglich (aufgrund kurzfristiger Ankündigung),
- zeitaufwendige Gespräche mit Angehörigen müssen spontan und ungeplant geführt werden.

**Ziel:** Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung bei Verlegung in oder Aufnahme aus dem Krankenhaus

Aufgabe und Ziel ist es, Übergänge bzw. Überleitungen zwischen Krankenhaus und stationärer Pflegeeinrichtung so zu gestalten, dass eine kontinuierliche Versorgung für die Bewohnerschaft gewährleistet wird.

Dafür sind folgende Hinweise hilfreich:

1. In der pflegerischen Einrichtung sollte eine fachliche Überleitungsdokumentation erfolgen (Überleitungsbogen) und festgelegte Verfahrensschritte vorhanden sein, die beschreiben, wie die Überleitung in das Krankenhaus in akuten oder geplanten Situationen erfolgen soll. So ist gewährleistet, dass auch bei akuten Verlegungen das Krankenhaus schnellstmöglich die für eine kontinuierliche Versorgung erforderlichen Informationen erhält.
2. Bei Verlegungen aus dem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung sollten die bestehenden rechtlichen Regelungen für die Entlassung aus der Klinik bekannt sein. Sie können Grundlage sein, um mit Pflegefachkräften und Ärztinnen und Ärzten der Klinik in Kontakt zu treten, um fachlich und begründet die Sachverhalte für die weitere Versorgung bzw. die Probleme, die beim Informationstransfer vorliegen, anzusprechen.

Folgende Maßnahmen können für eine stationäre Pflegeeinrichtung hilfreich sein, Probleme bei der Überleitung ins Krankenhaus zu vermeiden bzw. zu lösen.

**Maßnahme:** Nutzung eines Überleitungsformulars, das fachliche Angaben enthält.

Eine pflegefachliche Überleitung sollte folgende Angaben enthalten:

- zur Person und zu Bezugspersonen, wenn abgestimmt,
- zur pflegerischen Versorgung,
- zur sozialen Lebens- und Wohnsituation,
- zu Ansprechpersonen (Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, usw.),
- pflegefachliche Inhalte im Sinn notwendiger und ausreichender Versorgung in Verbindung mit Selbständigkeit, Ressourcen, Wünschen, Vorlieben und Eigenheiten des Pflegebedürftigen (häufig orientiert an den Verrichtungen oder

- Aktivitäten des täglichen Lebens) einschließlich verbundener und ergänzender Maßnahmen, auch der Förderung, Anleitung, Beratung oder zu rechtlichen Regelungen und Erklärungen, die die Versorgung betreffen,
- Informationen zu spezifischen Pflegebedarfen: Wunden, Schmerzen, usw.,
  - Informationen, die darüber hinaus für die weitere Versorgung relevant sind (Patientenverfügung, andere Regelungen, Allergien, Unverträglichkeiten, implementierte Geräte oder Implantate, Hilfsmittel, usw.),
  - Angaben zur Orientierung und Mobilität.

Ein Überleitungsformular sollte einen übersichtlichen Umfang haben, deshalb ist es sinnvoll, bei besonderen Bedarfen spezifische Dokumentationen, Formulare oder Visualisierungen ergänzend beizulegen (z.B. Wunden; ggf. auch als elektronische Dokumente).

Jede Einrichtung verfügt und nutzt je nach verwendetem Pflegedokumentationssystem Überleitungsformulare. Der folgende Auszug aus einem Überleitungsbogen (vgl. Abbildung H2.2) zeigt, wie beispielsweise die Selbständigkeit bei den täglichen Verrichtungen dokumentiert werden kann.

Name	Auszug aus einem Überleitungsbogen				
Körperpflege	Selbstständig	bedingt selbstständig	teilweise unselbständig	unselbständig	Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hautzustand</b> <input type="checkbox"/> gerötet <input type="checkbox"/> ausgetrocknet <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schuppig <input type="checkbox"/> trocken  Lokalisation: ...  letzte Fuß-/Nagelpflege am: ...
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darm-/Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ressourcen: ...					
Besonderheiten: ...					
Körperpflege ausschließlich durch Frauen <input type="checkbox"/> oder Männer <input type="checkbox"/> gewünscht.					

Abbildung H2.2 Auszug aus dem Überleitungsbogen (eigene Darstellung)

**Maßnahme:** Kenntnis der rechtlichen und fachlichen Grundlagen zur Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung der Bewohnerin bzw. des Bewohners bei der Überleitung aus einem Krankenhaus.

- Kennen der rechtlichen Grundlagen für die Entlassung aus dem Krankenhaus.
- Überprüfen, ob die erhaltenen Informationen und Materialien aus dem Krankenhaus bei der Überleitung des Patienten in die Einrichtung den Kriterien entsprechen.

- Gesprächsgrundlage für die Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus
- Fachlich begründete Argumentation mit Pflegefachkräften im Krankenhaus

Die Kenntnis der fachlichen und rechtlichen Regelungen für eine Entlassung aus dem Krankenhaus kann als Hilfe bei Fragen zu Entlassungen von Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt werden. Bei fehlenden Informationen, „schlecht“ verlaufenden Überleitungen und erforderlichen Nachfragen dient sie als Hilfe für die eingeforderten Begründungen.

Arbeitshilfe AH2-1.1  
Handreichung für  
Pflegefachkräfte bei  
Überleitungen bzw.  
Entlassungen von  
Bewohnerinnen und  
Bewohnern aus dem  
Krankenhaus

Die Handreichung für Pflegefachkräfte bei Überleitungen/Entlassungen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Krankenhaus und Checkliste zur Evaluierung von Überleitungen/Entlassung von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Krankenhaus fassen die wesentlichen Regelungen und Festlegungen zusammen, sie können auf den Wohnbereichen und Einrichtungen hinterlegt werden.

Arbeitshilfe AH2-1.2  
Checkliste zur Evaluierung  
von Überleitungen  
bzw. Entlassungen von  
Bewohnerinnen und  
Bewohnern aus dem  
Krankenhaus

## 2. Einrichtungsinterne Schnittstellen im Netz der versorgenden Berufe

An der Versorgung und Begleitung der in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner arbeiten Angehörige verschiedener Berufe und Funktionen zusammen.

Schnittstellen bestehen in der Regel zwischen:

- Pflegefachkräften und den Fachkräften in Leitungsfunktion (Wohnbereichs-, Pflegedienstleitung) oder Funktionen in der Versorgung (Qualitätsmanagement, weitere Stabsstellen),
- Pflegefachkräften und in der Pflege Tätigen mit einjähriger Ausbildung oder ohne Ausbildung,
- Pflegefachkräften und den Mitarbeitenden der Beschäftigung,
- Pflegefachkräften und den Mitarbeitenden in Küche, Hauswirtschaft und Technik,
- Pflegefachkräften und den Mitarbeitenden aus den therapeutischen Berufen,
- Pflegefachkräften und weiteren Mitarbeitenden,
- Pflegefachkräften und den Bewohnerinnen und Bewohnern im Rahmen der Versorgung.

**Hintergrund und Problem:** Je nach Funktion und Aufgabe nehmen die jeweils Beteiligten die hilfebedürftigen Menschen und ihre Situation verschieden wahr. Sie haben unterschiedlich intensiven Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern und schätzen Situationen vor dem Hintergrund ihrer fachlichen Kompetenz jeweils anders ein.

Die Notwendigkeit des Austauschs wird am Beispiel der „Alltagsbegleitung“ (Beschäftigung) deutlich: Pflegefachkräfte sind im Rahmen der Pflegeprozessplanung zuständig für die Bedarfserhebung, Planung und Evaluation der alltäglichen Aktivitäten der Bewohner und Bewohnerinnen. Die Alltagsgestaltung ist häufig ein von Pflegefachkräften an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der „Beschäft-

tigung“ abgegebener thematischer Bereich. Für die „Zuweisung“ der Bewohnerinnen und Bewohner „zur Beschäftigung“ ist eine Informationssammlung erforderlich: Biografische, berufliche Angaben, Vorlieben usw. der Pflegebedürftigen sollten systematisch Grundlage für die Beschäftigungsaktivitäten sein. Pflegefachkräfte haben so Informationen für diesen Bereich der Alltagsgestaltungen für ihre Bewohnerschaft, sie können Maßnahmen der Alltagsbegleitung bewerten, einbeziehen und haben einen wichtigen Aspekt im Blick.

Informationen zur Beschäftigung sollten nicht beiläufig (in der Pause oder auf dem Flur) zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden. Eingeplante Gesprächsmöglichkeiten in Form von Übergabe- und Auswertungsgesprächen helfen, Informationen zur Umsetzung und Wirkung von alltagsorientierten Maßnahmen regelmäßig und systematisch zu vermitteln.

**Ziel:** Zur Vermeidung von Informationsverlusten ist die Einführung von regelmäßigen Gesprächen, die durch Kriterien strukturiert sind, eine praktikable und effektive Möglichkeit.

Formulare zur strukturierten Gesprächsführung (Gesprächshilfe) und ein Leitfaden helfen, ein Gespräch zur Übergabe oder Auswertung der Maßnahmen der Alltagsbegleitung in festgelegter Zeit durchzuführen.

Ergebnisse eines solchen Vorgehens sind:

- planbarer und effektiver Informationsaustausch zwischen Pflegefachkräften und Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung,
- regelmäßige Termine, an denen jeweils eine festgelegte Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern besprochen werden sollten (nicht alle), erprobt wurden Zeiten von 10 bis 15 Minuten pro Bewohnerin bzw. Bewohner,
- Pflegefachkräfte haben die Möglichkeit, Maßnahmen der Alltagsbegleitung zu evaluieren im Hinblick auf ihre Wirkung und Sinnhaftigkeit und können darüber ein konstruktives Gespräch mit den Mitarbeitenden der Beschäftigung führen.

Ziel kann auch die Schulung von eher unerfahrenen Pflegefachkräften sein. Sie erwerben nach und nach Wissen und Fähigkeiten für das Führen von Gesprächen, die Interpretation der Ergebnisse und eine Vermittlung der Begründungen an die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner.

Diese Form der Evaluation und des strukturierten Gesprächs dient der Versorgungsqualität. Sie kann sowohl bei individuellen Angeboten der Alltagsbegleitung wie auch bei Gruppenaktivitäten angewendet werden.

**Maßnahmen:** Strukturierte Übergaben zwischen Pflegefachkräften und Mitarbeitenden der Beschäftigung

Arbeitshilfe AH2-1.3a  
Gesprächshilfe für  
Pflegefachkräfte für  
Übergabegespräche  
und die Evaluation  
der Aktivitäten in der  
Alltagsbegleitung  
(„Beschäftigung“) –  
Aktivitäten für einzelne  
Bewohnerinnen  
und Bewohner

Arbeitshilfe AH2-1.3b  
Gesprächshilfe für  
Pflegefachkräfte für  
Übergabegespräche  
und die Evaluation  
der Aktivitäten in der  
Alltagsbegleitung  
(„Beschäftigung“) –  
Aktivitäten für Bewohnergruppen

Arbeitshilfe AH2-1.4  
Leitfaden für strukturierte  
Gespräche mit Mitarbeitenden  
der Beschäftigung  
mit dem Ziel des  
Austauschs und der  
Information über  
das Ergebnis und die  
Angemessenheit von  
alltagsorientierten  
Maßnahmen bei  
Bewohnerinnen und  
Bewohnern

Die sogenannte „Beschäftigung“ meint Maßnahmen der bewohnerorientierten Alltagsgestaltung und -umsetzung. Pflegefachkräfte sind in der Verantwortung, über die Informationssammlung bei Bewohnerinnen und Bewohnern Interessen und biografiebezogene Alltagsverläufe und Tätigkeiten zu erheben und diese Informationen an die Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung<sup>2</sup> zu übermitteln.

Durch einen Leitfaden, der Informationen zur Umsetzung von Alltagsorientierung enthält, und ein kurzes Gesprächsprotokoll sollen Pflegefachkräfte kompetent und sicher Übergabegespräche und Auswertungsgespräche führen und fachlich und begründet argumentieren können.

Der Leitfaden gibt eine Struktur vor, wie „Beschäftigung“ durch die Pflegefachkräfte in pflegefachliches Handeln integriert und gesteuert wird. Die Abfolge der Schritte beinhaltet eine systematische Auswertung der Alltagsgestaltung im Gespräch zwischen Pflegefachkräften und Mitarbeitenden der Beschäftigung. Im Hinblick auf Erkennen und Wahrnehmung von Veränderungen oder Merkmalen sollten die Mitarbeitenden der Beschäftigung geschult werden.

**Hintergrund und Problem:** Auch für die Zusammenarbeit von Pflegefachkräften und Pflegekräften besteht die Notwendigkeit des regelmäßigen fachlichen Austauschs.

**Ziel:** Ein regelmäßiger und systematischer Informationsaustausch ist ein wichtiges Element für die Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Pflegekräften. Informations-, und Wissenslücken können vermieden, die Zusammenarbeit verbessert und die Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern kontinuierlich gestaltet werden.

**Maßnahme:** Eine interessante Möglichkeit für einen fachlichen Austausch bieten kollegiale Gespräche.

Arbeitshilfe AH2-1.5  
Protokollformular  
für die Auswertung  
des Pflegeberichts  
als Grundlage des  
kollegialen Gesprächs  
zwischen Pflegefach-  
kraft und Pflegekraft

Die Bezugspflegefachkraft wertet die Pflegeberichte in der Pflegedokumentation der Pflegekräfte anhand eines strukturierten Protokolls aus. Das Protokoll sollte Grundlage für ein gemeinsames Gespräch über die Bewohnerin bzw. den Bewohner sein, der Pflegekraft fachliche Anregungen geben und auf Sachverhalte aufmerksam machen, die verbessert werden sollten.

Ein solches kollegiales (nicht sanktionierendes) Gespräch führt zur Entwicklung und Förderung von Qualifikation, dient der Qualitätssicherung und kann im Rahmen der Delegation von pflegerischen Leistungen an Nicht-Pflegefachkräfte, der Begleitung und Auswertung der delegierten Leistungen eingesetzt werden.

Die Pflegefachkräfte erwerben Fähigkeiten, sich ein Urteil zu bilden, wertschätzend zu kommunizieren und Einschätzungen abzugeben. Sie sind in der Lage, Konsequenzen zum Beispiel für notwendige Schulungen zu formulieren.

Ein so umgesetztes strukturiertes kollegiales Gespräch kann Grundlage für regel-

<sup>2</sup> In den Einrichtungen werden verschiedene Bezeichnungen verwendet: am geläufigsten sind Alltagsbegleitung und Beschäftigung

mäßige Evaluation und Austausch zwischen Pflegefachkraft und Pflegekraft sein, im Hinblick auf:

- den Austausch über Bewohnerinnen und Bewohner,
- das Erkennen von Anleitungs- bzw. Schulungsbedarf bei Pflegekräften,
- den Fortbildungsbedarf bei Pflegekräften,
- den Anlass für Informationen.

Ein strukturiertes kollegiales Gespräch kann auch mit und im Team angewendet werden.

### H2-1.2 Fachlich-inhaltliche Tätigkeiten

Aufgrund der Rahmenregelungen für die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen lassen sich elf Anforderungen an Pflegefachkräfte als Verantwortliche für die pflegerische Leistungserbringung im Rahmen des Versorgungskonzepts der Einrichtung in Übereinstimmungen mit Normen und Regelungen beschreiben.<sup>3</sup>

Die Pflegefachkraft ...

1. ... richtet ihr Handeln an den Bedürfnissen und Entscheidungen des Menschen mit Pflegebedarf aus. (Bewohnerorientierung)
2. ... pflegt sach- und fachkundig, den allgemeinen anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend, umfassend, geplant und reflektiert. Sie bezieht fachlich gesicherte Instrumente in ihr Handeln ein, z.B. Expertenstandards. (Tätigkeit auf gesicherter fachlicher Basis)
3. ... kann pflegerische Aufgaben delegieren, sie leitet Beschäftigte an, die keine Pflegefachkräfte sind, berät, unterstützt, beaufsichtigt und kontrolliert diese. (Fachliche Delegation und Evaluation)
4. ... pflegt eigenständig und eigenverantwortlich in Bedarfserhebung, Planung, Durchführung und Evaluation. Sie wirkt mit bei der Behandlung kranker und alter Menschen, und sie führt ärztliche Verordnungen aus. (Eigenständige Tätigkeit und Mitwirkung)
5. ... berät pflegebedürftige alte Menschen über fachlich begründete Maßnahmen zur Sicherung der pflegerisch-gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung und der Gesundheitsvorsorge. (Pflege- und Versorgungsberatung)
6. ... wirkt auf die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Lebensumfeld hin (pflegerische aktivierende Pflege). Sie aktiviert eigenständige Lebensführung, fördert soziale Kontakte und Teilhabe. Sie wirkt an geriatrischen und geronto-psychiatrischen Rehabilitationskonzepten mit. (Pflegerische Aktivierung und Teilhabe)
7. ... stellt die umfassende und humane Begleitung Sterbender sicher im Einverständnis mit den Pflegebedürftigen. (Fachkompetente und humane Begleitung Sterbender)

<sup>3</sup> Dangel, Bärbel (2015): Anforderungen an Qualifikation und Fähigkeiten von Pflegefachkräften in der pflegerischen Praxis und der beruflichen Ausbildung im Rahmen der Fachkräfteinitiative des LASV, Berlin (unveröffentlichter Bericht)

8. ... stellt einen fach- und normengerechten Umgang mit zulässigen freiheitsentziehenden Maßnahmen sicher. (Beachtung sozialer Normen und Regelungen)

9. ... wirkt an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Begleitung, der Versorgung und der Behandlung mit. (Qualitätssicherung eigenen Handelns)

10. ... beachtet die Zweckbindung der bei ihrer Tätigkeit gewonnenen personenbezogenen Daten und Einzelangaben sowie bestehende datenschutzrechtliche Regelungen für Informationsgewinnung und Informationsweitergabe. (Pflegebedürftigengeheimnis und Datenschutz)

11. ... fördert und begleitet Familien- und Nachbarschaftshilfe, berät pflegende Angehörige und fördert die Selbstpflege. Sie stärkt deren Kompetenz in Angelegenheiten von Pflege und Versorgung. Die Fachkraft fördert die Einbeziehung von Ehrenamt und Selbsthilfe. (Pflegerisches Ehrenamt und Selbsthilfe)

Anforderungen an Pflegefachkräfte auf der Grundlage der berufe- und sozialrechtlichen Regelungen können im Hinblick auf ihre Schwerpunkte in drei Bereiche gegliedert werden:

- Bewohnerorientierung (Anforderung 1, aber mit übergreifender Bedeutung),
- Fachlich-inhaltliche Steuerung der pflegerischen Versorgung durch Pflegefachkräfte (Anforderung 3, 11),
- Kompetenzjustierung und Aufgabenerweiterung von Pflegefachkräften. (Anforderung 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

### **1. Thematischer Bereich: Bewohnerorientierung**

Bewohnerorientierung ist ein konstituierendes Element für das Leben und für die Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf in der stationären Langzeitpflege. Bewohnerinnen und Bewohner ziehen in eine stationäre pflegerische Einrichtung, um dort mit den gegebenenfalls bestehenden Beeinträchtigungen und Einschränkungen selbstbestimmt zu leben.

Der Umsetzung von Bewohnerorientierung in Fachhandeln, Struktur, Organisation und Ablauf des Alltags in einer vollstationären pflegerischen Einrichtung ist ein zentrales Merkmal für die Qualität der Einrichtung und die Zufriedenheit der betroffenen Menschen.

Hintergrund: Die Schaffung von bewohnerorientierten Strukturen in stationären Pflegeeinrichtungen erfordert oft Veränderungen von festgefühten Abläufen und nicht hinterfragten Festlegungen. Tagesabläufe ähneln häufig denjenigen eines Krankenhauses, zum Beispiel durch die Fixierung von Dienst- und Essenszeiten. Die organisatorischen Abläufe prägen den Alltag, Bewohnerinnen und Bewohner passen sich der Struktur an. Sie haben dazu kaum eine Alternative. Diese Konsequenz tritt auch ein, wenn die grundsätzliche Möglichkeit für Pflegebedürftige

besteht, auch zu abweichenden Zeiten aufzustehen, zu Bett zu gehen oder das Essen einzunehmen. Sie bzw. er folgt dieser Strukturierung oder wird an sie angepasst.

Bewohnerorientierung ist eine Herausforderung und ihre Grundlegung ein Lernprozess für alle Beteiligten und die Institution insgesamt, und zwar auf der Ebene der Organisation bzw. Struktur, bezogen auf die Inhalte der Versorgung und die beruflich oder privat Handelnden.

**Ziel:** Bewohnerorientierung ist elementares Ziel der Tätigkeit von Pflegefachkräften, und sie wirkt sich auf alle pflegefachlichen Tätigkeiten aus. Pflegefachkräfte steuern die Versorgung mit dem Ziel, den Bedarf und den Bedürfnissen von Bewohnerinnen und Bewohnern zu entsprechen.

**Maßnahme:** Vorschläge zur Umsetzung von Bewohnerorientierung

Arbeitshilfe AH2-1.6  
Formular zur Selbst-  
überprüfung einer  
bewohnerorientierten  
Tagesgestaltung

→ **die Arbeitsorganisation betreffend**

Abkehr von der Tagesstrukturierung in Schichten und der Festlegung von Tätigkeiten, die in Früh- oder Spätdiensten bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner durchgeführt werden müssen:

- Auflösung der Bindung von Tätigkeiten an Dienstzeiten,
- Einführung von flexiblen Arbeitsabläufen, zum Beispiel in Zeitspannen,
- Personaleinsatz entsprechend des Bedarfs (Einsatz von Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung zu Mahlzeiten).

→ **die Fachlichkeit und Inhalte der Arbeit betreffend**

Umsetzung von Bezugspflege, die ermöglicht, individuell für Bewohnerinnen und Bewohner zu planen und sie zu versorgen.

→ **Gestaltung von Tagesabläufen entsprechend den üblichen Lebensabläufen**

Elemente zur Umsetzung einer bewohnerorientierten Tagesgestaltung sind:

- Zeitspannen für die Mahlzeiten und dazwischen,
- Möglichkeiten, nach eigener Entscheidung zu kommen und zu gehen,
- Aufstehen und zu Bett gehen, wie Bewohnerinnen und Bewohner es wollen,
- Baden bzw. Duschen nach Wunsch,
- regelmäßige Abendaktivitäten (unterhaltend, kulturell, kommunikativ),
- Einbeziehen der Bewohnerinnen und Bewohner in die alltäglichen Abläufe, wenn gewünscht (gemeinsames Essen, Tisch decken, hauswirtschaftliche/handwerkliche/gärtnerische Tätigkeiten)

Elemente zur Realisierung von Bewohnerorientierung sind:

- individuelle Elemente oder die Gestaltung des Zimmers,
- Akzeptanz der Individualität der Wohnenden,
- Wünsche respektieren,
- Kennenlernen der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner ermöglichen oder fördern (soziale Kontakte, Teilhabe),
- Wohnbereiche oder andere Einheiten mit den Bewohnerinnen und Bewohnern gestalten (Orientierung auf Wohngruppen),

- gemeinsamen Aufenthalt von Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglichen,
- gesellige Runden,
- realistische Informationen über Leistungen für Angehörige sowie Bewohnerinnen und Bewohner.

## 2. Thematischer Bereich: Fachlich-inhaltliche Steuerung der pflegerischen Versorgung durch Pflegefachkräfte

Pflegefachliche Aufgaben müssen auf der Grundlage der geregelten Vorgaben des Berufe-, Sozial- und Gesundheitsrechts<sup>4</sup> strukturiert und umgesetzt werden. Das meint die Umsetzung der vier Phasen des Pflegeprozesses (Assessment, Planung, Durchführung, Evaluation). Darin enthalten ist die Steuerung der Versorgung durch Delegation von Tätigkeiten an Nicht-Pflegefachkräfte einschließlich der Anleitung, Begleitung und Überprüfung der Tätigkeiten. Pflegefachkräfte tragen die fachliche Verantwortung für Nichtpflegefachkräfte.

Das heißt, Pflegefachkräfte planen und steuern die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie stellen die Versorgung sicher und verantworten die Versorgungsprozesse unter Einbeziehung von Pflegekräften und anderen Mitarbeitenden unterschiedlicher Qualifikationen. Zu ihren Aufgaben gehören auch die Kommunikation und Steuerung einer kontinuierlichen Versorgung an den Schnittstellen bei Transfers von Bewohnerinnen und Bewohnern zwischen verschiedenen Einrichtungen.

**Hintergrund:** Für die Umsetzung von fachlicher Delegation müssen Rolle und Verantwortung von Pflegefachkräften entsprechend den Vorgaben strukturiert und angewendet werden. Folgende Aspekte kennzeichnen die Situation in der Praxis:

- Unklarheiten von Tätigkeiten zwischen Pflegefachkräften und Pflegekräften,
- nicht oder wenig ausgeprägte berufliche Identität bei Pflegefachkräften,
- der pflegefachliche Beruf wird wenig wertgeschätzt,
- Reduktion des Tätigkeitsspektrums auf Behandlungspflege,
- Unterstellung einer Rangordnung pflegerischer Tätigkeiten nach ihrer (subjektiven) Bedeutung (Hierarchie),
- Umsetzung des Pflegeprozesses wird nicht als selbstverständlicher und grundlegender Gegenstand der Tätigkeit betrachtet,
- Rehabilitation und Förderung sind als zentrales Ziel der pflegefachlichen Tätigkeit wenig ausgeprägt, das Handeln orientiert sich stark auf die Versorgung,
- die fachliche Beziehung zu Bewohnern und Bewohnerinnen gestaltet sich auf Augenhöhe und nicht hierarchisch.

### Delegation als pflegefachliches Steuerungsinstrument

Der Pflegefachkraft obliegt die Verantwortung für die pflegerischen Prozesse im Rahmen der vereinbarten Leistungen. Sie verantwortet Handlungskette und Ergebnisse. Aufgrund der unterschiedlich qualifizierten Pflegekräfte, die mit einer

<sup>4</sup> Ausbildungsziele der Berufegesetze, Leistungen des Sozialrechts, Verpflichtungen des Gesundheitsrechts.

Hilfesausbildung, einer Fortbildung oder ohne vorherige Qualifikation in der pflegerischen Versorgung tätig sind, kommt der Anleitung, Begleitung und Auswertung als Voraussetzung für die Delegation und Übernahme pflegerischer Tätigkeiten hohe Bedeutung zu, die nicht zuletzt in Verantwortung und Haftung mündet.

Grundlage für die Delegation sind berufe-, sozial-, und landesrechtliche Regelungen:<sup>5</sup>

- „Die Fachkraft kann pflegerische Aufgaben delegieren, sie leitet Beschäftigte an, die keine Pflegefachkräfte sind, berät, unterstützt, beaufsichtigt und kontrolliert diese.“
- „Hilfskräfte und angelernte Kräfte werden unter der fachlichen Anleitung und Verantwortung der Fachkraft tätig.“
- Altenpflegehilfskräfte wirken mit „(...) bei der Betreuung, Versorgung und Pflege alter Menschen“. Sie nehmen „(...) pflegerische und soziale Aufgaben unter Anleitung und Verantwortung einer Pflegefachkraft (...)“ wahr. Dies betrifft „(...) die Unterstützung alter Menschen bei ihrer Lebensführung, die fachkundige umfassende Grundpflege, die Hilfe bei der Haushaltsführung, die Unterstützung bei Erhalt und Wiedergewinnung von Fähigkeiten und sozialen Kontakten und die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe“<sup>6</sup>. In den weiteren Rahmen gehören selbstverständlich auch der Erhalt von Selbständigkeit und Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern und wie auch die Hilfen zur Gesundheit.

Es gibt fachliche Leistungen und Prozesse,

- die nicht delegierbar,
- die fakultativ delegierbar,
- und die uneingeschränkt delegierbar sind.

Das Berufe- und Sozialrecht sowie die Qualifikation per Aus- und Weiterbildung legen im Einzelnen die Bedingungen für die Delegation fest. „Wenn die Leistung fester Bestandteil der Ausbildung ist, muss die Qualifikation vor der Delegation nicht mehr geprüft werden.“<sup>7</sup> Dies trifft beispielweise auf Maßnahmen der allgemeinen Pflege (sogenannte Grundpflege) bei ein- oder zweijährig qualifizierten Pflegehilfskräften zu.

Die Delegationsfähigkeit wird im Einzelfall beeinflusst durch:

- die Qualifikation des Delegationsempfängers,
- die Komplexität der Aufgabe,
- ihr Gefahrenpotenzial.

---

5 (§ 3 (1) Nr. 7 AltPflG; § 4 (2) Nr. 5 SQV), Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011, Kap. 2.4.1, S. 7

6 § 2 BbgAltPflHG. Gesetz über den Beruf der Altenpflegehelferin und des Altenpflegehelfers im Land Brandenburg (Brandenburgisches Altenpflegehilfegesetz – BbgAltPflHG) vom 27. Mai 2009, (GVBl.I/09, [Nr. 07], S. 154), geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 15. Juli 2010 (GVBl.I/10, [Nr. 28])

7 Deutscher Bundestag: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Drucksache 16/6339 7. 9. 2007, S. 61

Sorgfaltspflichten bestehen hinsichtlich Auswahlpflicht, Instruktionspflicht, Überwachungspflicht, Kontrollpflicht.<sup>8</sup>

Bei Delegation muss immer die Komplexität des Falls und die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Risikos bzw. die Möglichkeit einer Komplikation mit beachtet werden, was zur Gefährdung von Bewohnerinnen und Bewohnern führen könnte.

Die Übertragung von Tätigkeiten an Pflegekräfte, die über keine Pflegehilfeausbildung (landesrechtlich geregelt, ein-/zweijährig) verfügen, sind demnach immer Einzelfallentscheidungen (bezogen auf Maßnahme und Person).

Grundsätzlich behält die Pflegefachkraft die Verantwortung für die angeordneten pflegerischen Maßnahmen, für die Auswahl der Pflegekraft, die die Maßnahme durchführt. Insofern setzt eine Delegation immer voraus, dass die Pflegefachkraft davon überzeugt ist, dass die Pflegekraft, auf die sie zu übertragen gedenkt, in der Lage ist, die Maßnahmen beim Pflegebedürftigen fachgerecht durchzuführen. Delegation setzt voraus, dass die Pflegefachkraft die pflegerische Hilfskraft gemäß ihrer Qualifikation anleitet, begleitet und die Durchführung evaluiert.

**Ziel:** Vor dem Hintergrund der Anforderungen an die pflegerische Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern und der Notwendigkeit, Maßnahmen zu delegieren, um die Versorgung sicherstellen zu können, geht es darum:

- die Aufgaben der Versorgung zu strukturieren,
- die (beruflichen) Rollen zu klären,
- den Aufgabentransfer transparent und überprüfbar zu gestalten,
- die Prozesse der Versorgung zu steuern,
- Aufgabenkataloge zu hinterlegen und die Erbringung transparent zu gestalten.

**Maßnahme:** Die Einschätzung von in der Einrichtung vorhandenen Maßnahmen der pflegefachlichen Delegation gibt einen Überblick zum Stand der Integration in den pflegerischen Alltag. Dies kann die Grundlage sein für die Etablierung weiterer Aktivitäten. Eine Checkliste dient der Einschätzung der Integration von Delegation in den pflegerischen Alltag.

Arbeitshilfe AH2-1.7  
Checkliste zur Einschätzung, wie das Delegationsprinzip in den pflegerischen Alltag integriert ist

**Maßnahme:** Anleitung und Schulung von Pflegekräften

Weil die pflegerische Versorgung in stationären Einrichtungen durch unterschiedlich qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgt und von der Pflegefachkraft gesteuert wird, ist es sinnvoll, ein strukturiertes Verfahren zur Delegation von pflegerischen Leistungen in der Einrichtung festzulegen, das beispielsweise bei der Einarbeitung der neu Mitarbeitenden, die ohne formale pflegerische Qualifikation in die Arbeit eintreten, im Rahmen der Einarbeitung regelhaft zur Anwendung kommt und in festgelegten zeitlichen Abschnitten evaluiert wird. Die neu Mitarbeitenden können so systematisch auf der Grundlage ihrer vorhandenen Fähigkeiten für Tätigkeiten der Pflege angeleitet und geschult werden.

<sup>8</sup> Deutscher Bundestag: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Drucksache 16/6339 7. 9. 2007, S. 61

Bei der Delegation geht es um:

1. die Einschätzung der Kompetenz der Pflegehilfskräfte
  - Selbst- und Fremdeinschätzung
  - Auswertung und Reflexion des Ergebnisses
  - Festlegung des Lern- bzw. Fortbildungsbedarfs
2. die Auswahl der Pflegekraft entsprechend dem individuellen Pflegebedarf der Bewohnerin bzw. des Bewohners
3. die Koordination und Abstimmung der Zusammenarbeit im pflegerischen Team.

In den Arbeitshilfen ist eine Matrix für die Anleitung und Schulung von Pflegekräften in den täglichen Verrichtungen angelegt, die in die jeweiligen Einarbeitungsmaterialien der Einrichtungen integriert werden kann. →

Arbeitshilfe AH2-1.8  
Matrix zur Anleitung  
und Schulung von  
Pflegekräften

**Maßnahme:** Beschreibung von Aufgaben und Kompetenzen von Pflegefachkräften bei der Delegation

Delegation stellt Anforderungen an Pflegefachkräfte. Sie müssen:

- die Delegation von pflegerischen Aufgaben an Pflegehilfskräfte begründen können,
- die Zielgerichtetheit und Wirksamkeit der Maßnahmen überprüfen können,
- beobachten, befragen oder andere Instrumente einsetzen, um den Lern- und Unterstützungsbedarf der Pflegekraft zu erheben und zu evaluieren,
- die Pflegedokumentation, Übergabegespräche oder andere relevante Quellen als Grundlage nutzen, um die Qualität der Pflege zu überprüfen.

Pflegefachkräfte:

- leiten die pflegerischen Hilfskräfte in der Durchführung pflegerischer Maßnahmen an,
- unterstützen und leiten das Team bei pflegefachlichen Fragestellungen an,
- organisieren und führen Fallbesprechungen durch, um im Team die Pflege abzustimmen und einzuschätzen,
- führen regelmäßige Gespräche mit Pflegekräften zur pflegerischen Versorgung,
- organisieren (teambezogen) problembezogene Fortbildung.

Um die Anforderungen zu erfüllen, helfen einige Kompetenzen, die durch Fortbildung und Übung gut zu stärken sind.

Pflegefachkräfte:

- kennen Prinzipien und Methoden zur Kollegialen Beratung, Anleitung und zum Feedback,
- treffen fachliche Einschätzungen zu Bedarf und Situation der Bewohnerin bzw. des Bewohners,

- können begründete Entscheidungen in der Versorgung treffen,
- können in Alltagssituationen schulen und anleiten,
- beherrschen Reflexion, Begründung, Vermittlung,
- haben Problemlösungskompetenz,
- können bewerten, welche Pflegekräfte die Fähigkeiten haben, die Aufgaben entsprechend vorgegebener Qualitätsmaßstäbe zu erfüllen.

**Maßnahme:** Struktur für das Verfahren der Delegation von pflegerischen Tätigkeiten an Pflegekräfte (bei grundsätzlich delegierbaren Tätigkeiten)

Arbeitshilfe AH2-1.9  
Vorgehen bei der  
Delegation von pflegerischen Tätigkeiten

Ein Vorgehen zur Delegation pflegerischer Tätigkeiten in der Einrichtung festzulegen, ist sinnvoll. Die folgenden vier Schritte geben die Struktur für ein Delegationsverfahren vor.

#### 1. Auswahl von delegierbaren Tätigkeiten an die jeweilige Pflegekraft

- Bitte wählen Sie Tätigkeiten und Situationen aus, für die delegiert werden soll.
- Nennen und beschreiben Sie die Tätigkeit.
- Legen Sie Umfang, Anlass und Bedingungen fest.

#### 2. Kompetenzfeststellung bei Hilfskräften

Kriterien der Feststellung können sein:

- Was wurde gelernt?
- Wie ist die Reflexionsfähigkeit?
- Gibt es einen Bezug zur Situation?
- Wo sehen Sie Risiken?
- Aufnahmefähigkeit bei der Vermittlung oder Anleitung?

#### 3. Anleitungsprozess

- Was wird vermittelt?
- Wie wird vermittelt?
- Wie lange dauert die Phase der Anleitung/Vermittlung?

#### 4. Schritte der begleitenden und abschließenden Evaluation

- Schritte der Prüfung
  - Zeigen und Erläutern, Wissen vermitteln
  - gemeinsame Durchführung
  - Auswertung und ggf. Erläuterung (Wissen „prüfen“)
- Beobachtung der Durchführung (Kriterien der Beobachtung)
- Auswertung und ggf. Erläuterung
- „Prüfung“: Beobachtung, Auswertung und Rückmeldung.

Der Prozess, die Abweichungen und der Umgang mit Konflikten oder Problemen sollten dokumentiert werden.

In den Arbeitshilfen sind Beispiele zu finden für die Zuordnungen von pflegerischen Tätigkeiten aus dem Bereich der täglichen Verrichtungen nach der Quali-

fikation (Pflegefachkraft, einjährig qualifizierte Pflegekraft, Pflegekraft ohne formale pflegerische Ausbildung an-/ungelernt).

Arbeitshilfen  
AH2-1.10a-d  
**Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation**

Die Zuordnung von Tätigkeiten ist schematisch und pragmatisch und muss im Einzelfall und nach Kompetenz entschieden werden. Sie orientiert sich nach den folgenden Kriterien:

- Grundsätzlich gilt, dass Pflegekräfte *ohne formale pflegerische Qualifikation* in der Regel pflegerisch unterstützen, um „normale“ Funktionen bei pflegebedürftigen Menschen zu kompensieren. Das heißt, es geht darum, Hilfe zu leisten in der Unterstützung von alltäglichen Abläufen, zum Beispiel beim Ankleiden zu unterstützen oder beim Gehen zu begleiten. Die Qualifikation orientiert auf ein laienhaftes Verständnis, wenn es darum geht, Sachverhalte wahrzunehmen, die von der Norm oder dem Üblichen abweichen.
- Pflegekräfte *mit einem ein- oder zweijährigen landesrechtlich geregelten Berufsabschluss* sind durch ihre Ausbildung qualifiziert für die Tätigkeiten der allgemeinen Pflege (bezogen auf die täglichen Verrichtungen). Je nach Erfahrung und Fähigkeiten geht es bei der Delegation darum, ihnen über die Ausbildung hinausgehende Fähigkeiten zu vermitteln, die sie in die Lage versetzen, auf fachlicher Grundlage Komplikationen und Risiken zu erkennen und pflegerische Handlungen in weniger komplexen Fällen durchführen zu können.

Pflegefachkräfte übernehmen pflegerische Tätigkeiten

- im Kontext akuter Krankheitsereignisse und -verläufe, anderer Ereignisse (z.B. Sturz), unklarer Situationen,
- bei einer veränderten Situation (z.B. nach Krankenhausentlassung), die durch Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit, die Versorgung oder institutionelle Transfers bedingt ist,
- bei Einzug der Bewohnerin bzw. des Bewohners, um ihre bzw. seine Situation, den Zustand, die Fähigkeiten bei den täglichen Verrichtungen einschätzen zu können,
- aufgrund eines (kritischen) Lebensereignisses,
- aufgrund von Krankheit bestehenden Symptomen, Phänomenen, Syndromen (z.B. Schluckstörungen, Pneumonie, Atemwegsproblematiken, usw.), Dekubiti, Wunden, usw.,
- bei vorliegenden Risiken,
- im Rahmen der palliativen Versorgung in der Sterbephase,
- im Rahmen von pflegerisch-rehabilitativen komplexen Aufgaben,
- bei komplexen Versorgungssituationen.

### **3. Thematischer Bereich: Kompetenzausrichtung und Aufgabenerweiterung von Pflegefachkräften**

Neue Anforderungen bedingen die Überprüfung vorhandener Kompetenzen, die Vermittlung und das Training von fachlichen Tätigkeitsbereichen, die bislang eher weniger umgesetzt wurden, und machen eine fachliche Ausrichtung des Han-

delns aufgrund der neuen Rahmenbedingungen erforderlich. Das betrifft beispielsweise:

- die Pflegeprozessplanung und Dokumentation (die Dokumentation der Pflege muss in allen ihren Phasen transparent, begründet und valide sein),
- die Umsetzung der fachlichen Grundlagen (zum Beispiel die Expertenstandards in ihrer Zielsetzung, Umsetzung und Evaluation).

Bei den Rahmenbedingungen der pflegerischen Leistungserbringung liegen Schwerpunkte auf „neuen“ fachlichen Tätigkeiten:

- Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern und Angehörigen, Förderung und Empowerment der Bewohnerin bzw. des Bewohners, um Selbständigkeit zu erhalten und sie bzw. ihn in die Lage zu versetzen, solange wie möglich sich selbst zu versorgen.
- Selbsthilfegruppen und Ehrenamtliche sind wichtige ergänzende Akteure für die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie bringen Abwechslung und Alltagssichten für die Bewohnerin bzw. den Bewohner, gestatten Teilhabe und Anschluss an ein Leben außerhalb der Einrichtung.
- Versorgung ‚auf Augenhöhe‘ heißt beispielsweise, auf eine beruflich gleichrangige Kommunikations- und Verhaltensebene im Hinblick auf jeweils spezifische Fachlichkeit mit Ärztinnen und Ärzten zu kommen. Dazu ist es erforderlich, fachsprachlich, begründet und exakt zu agieren.

### 3.1. Pflegeprozessplanung und Dokumentation

Der Pflegeprozess mit seinen Phasen ist die festgelegte Grundlage des pflegerischen Handelns. Auf dieser Basis findet die pflegfachliche Steuerung der Versorgung statt. Eine „funktionierende“ Kommunikation, eine zutreffende Dokumentation (Pflegedokumentation), festgelegte Zuständigkeiten und Verantwortungen sind Voraussetzung für die Umsetzung.

**Hintergrund:** Häufig bestehen Unklarheiten in einer Einrichtung, wer, was, wie in der Pflegedokumentation dokumentiert, mit der Konsequenz, dass manche Informationen nicht festgehalten, andere mehrfach niedergeschrieben werden und im Ergebnis gegebenenfalls nicht verfügbar sind. Zur Sicherung der Informationen sollte verbindlich festgelegt sein, wie die Dokumentation erfolgt.

Die Pflegeprozessplanung obliegt in ihren Phasen den Pflegefachkräften, auch in der Dokumentation. Fachpersonen dokumentieren im Rahmen der jeweiligen Phasen die Inhalte des Pflegeprozesses, also die Sammlung von Informationen, die Zielsetzung des Handelns, die Planung der Maßnahmen und die Evaluation.

**Ziel:** Klärung und einrichtungsinterne Festschreibung von Zuständigkeiten für die Dokumentation

#### Was wird im Pflegebericht dokumentiert?

Im Pflegebericht werden im Hinblick auf die jeweilige Bewohnerin bzw. den jewei-

Arbeitshilfe AH2-1.11  
Vorschlag zur Festlegung der Zuständigkeit, Anlass und Dichte bei der Dokumentation

Arbeitshilfe AH2-1.12  
Vorschlag zur Sicherung der Informationsübermittlung durch die verbindliche Nutzung von Verweisungssystemen

ligen Bewohner Besonderheiten, Abweichungen von den geplanten Maßnahmen, auftretende Ereignisse und fachliche Wahrnehmungen aufgenommen.

### **Wer dokumentiert?**

Eine Dokumentation durch Pflegekräfte erfolgt auch dann im Pflegebericht, wenn die Pflegekraft die Pflegefachkraft mündlich über einen Sachverhalt in Kenntnis gesetzt hat.

Die Pflegefachkraft dokumentiert das Ergebnis der Prüfung des durch die Pflegekraft dokumentierten Sachverhalts. Nur so ist der zeitliche Ablauf von Ereignissen und die Vollständigkeit von Informationen gesichert.

### **Der Pflegeprozess als alltäglicher Gegenstand pflegefachlicher Tätigkeit**

**Hintergrund:** Das Arbeiten auf der Grundlage des Pflegeprozesses ist für Pflegefachberufe und in den Ausbildungsgesetzen seit langem verbindlich geregelt. Dennoch ist der Pflegeprozess mit seinen systematisch ablaufenden und logischen Phasen nicht immer als fachliches Arbeitsinstrument und „Handwerkszeug“ in der Praxis der Pflegefachkräfte etabliert.

Die Strukturierung und Dokumentation des Pflegeprozesses hat häufig den Charakter einer durch die Prüfeinrichtungen auferlegten Pflicht, der nachgekommen wird. Dabei liegt eine umgekehrte Logik zugrunde: der Pflegeprozess ist ein fachliches Instrument, das in der Pflege genutzt wird, um systematisch Situation und Bedarf von Patientinnen bzw. Patienten und pflegebedürftigen Menschen zu erheben, Ziele (der Pflege gemeinsam mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner) festzulegen und entsprechende Maßnahmen zu planen, die regelmäßig im Hinblick auf ihre Wirkung überprüft und überarbeitet werden.

In der pflegerischen Praxis stationärer Pflegeeinrichtungen gilt „der Pflegeprozess“ häufig als „lästige“ Dokumentationspflicht, die von der „eigentlichen“ Tätigkeit, „dem Pflegen“, abhält. Die fachliche Einschätzung von Bedarfen und ihre Umsetzung in Ziele und Maßnahmen, die (im Rahmen einer definierten Zeitspanne) auf ihre Wirkung überprüft werden, ist Ausdruck verantwortlichen und eigenständigen fachlichen Handelns. Ein so umgesetzter, regelmäßig und aktuell geführter Pflegeprozess ist dokumentationsarm, wenn die Informationen jeweils weiterführenden Charakter haben und nicht die „ewige Wiederkehr des Gleichen“ sind.

Bei einer den fachlichen Kriterien entsprechenden und aussagekräftigen Pflegeplanung (Aktualität, Übereinstimmen von Bedarf, Problem, Ziel, Maßnahme; Ziele bewohnerorientiert) ist keine Abzeichnung der Einzelmaßnahmen erforderlich. Sinnvoll ist es, in einer einrichtungsinternen Richtlinie hierzu Vereinbarungen zu treffen.

Maßgeblich ist, dass die Pflegeplanung

- auf der Basis des tatsächlichen Bedarfs einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners erstellt ist,
  - ▶ das heißt: nicht pauschaliert „gut gekleidet, Wohlfühlen“, usw.
- aktuell ist, das heißt, auch einen veränderten Bedarf aufgenommen hat und regelhaft aufnimmt,
  - ▶ das heißt: aufgrund der Überprüfung/Evaluation ändern sich Ziele und Maßnahmen
- konkret ist hinsichtlich der Bewohnerin bzw. des Bewohners, ihrer bzw. seiner Ziele und Maßnahmen,
  - ▶ das heißt: nicht pauschaliert „gut gekleidet, Wohlfühlen,“ der Bewohnerin bzw. dem Bewohner entsprechende Maßnahmen benannt
- regelmäßig und angemessen, entsprechend der Ziele evaluiert und angepasst wird,
  - ▶ das heißt nicht pauschal und alle drei Monate, sondern bezogen auf die der jeweiligen Zielsetzung individuell hinterlegten Zeitdauern und regelmäßig erfolgt
- im Rahmen der Maßnahmen die erforderlichen Prophylaxen, Beschäftigung, usw. aufnimmt.

Wichtige Voraussetzung ist, dass Pflegefachkräfte den Pflegeprozess als ein fachliches und systematisches Steuerungsinstrument sehen und es im pflegerischen Alltag umsetzen. Die Umsetzung und das Arbeiten aufgrund der Struktur des Pflegeprozesses ist verbindlich und Ausdruck von Pflegefachlichkeit. Eine systematisch erhobene und geplante Pflege ist Grundlage für Begründung, Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz pflegefachlichen Handelns, und zwar unabhängig von der in der Einrichtung gewählten Form der Pflegedokumentation.

**Ziel:** Der Pflegeprozess mit seinen Phasen soll als pflegefachliche Grundlage umgesetzt werden.

**Maßnahme:** Kollegiales pflegefachliches Gespräch auf der Grundlage der Elemente des Pflegeprozess (Kollegiale Pflegevisite)

Arbeitshilfe AH2-1.13  
Formular für die  
Durchführung einer  
kollegialen Pflegevisite  
auf der Grundlage  
der Elemente des  
Pflegeprozesses

Ein kollegiales Gespräch in Form einer kollegialen Pflegevisite über die Pflegeprozessplanung und Pflegedokumentation ist ausdrücklich kein Instrument der Kontrolle oder Grundlage für Schuld- oder Fehlerzuweisung. Es zielt vielmehr darauf, Pflegefachkräfte auf der Grundlage der Pflegeprozessplanung, die Basis pflegefachlicher Tätigkeit ist, miteinander in ein systematisches Gespräch zu bringen. Auf diese Weise werden die Phasen des Pflegeprozesses selbstverständlicher Teil des fachlichen Denkens und Handelns.

Die Kollegiale Pflegevisite beinhaltet formale und inhaltliche Aspekte:

- Aktualität der Aktenführung,
- problematische, ungewöhnliche Befunde werden überprüft, nachgemessen, beobachtet,
- Übereinstimmung von Informationen im Pflegebericht und der Befunddokumentation,
- Konsequenzen aufgrund der Befunde,
- Dokumentation bei abweichenden Werten entsprechend der Relevanz,
- Dokumentation von Verläufen,
- Arbeiten mit den Reitern,
- Nutzung der jeweils zutreffenden Formulare,
- Informationsweitergabe an die nachfolgenden Dienste,
- einheitliche oder unterschiedliche Nutzung der Pflegedokumentation und Formulare im Kollegium,
- Zuständigkeiten aufgrund der Dokumentation,
- Pflegebericht,
  - fachliche Korrektheit der Formulierungen
  - Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Formulierungen
  - Dokumentation von Auffälligkeiten und Ereignissen
- Pflegeplanung,
  - Assessment (Gegenstand des Erhobenen und Dokumentierten, Biografieorientierung, Gewohnheiten, Alltagsgestaltung, Soziale Kontakte, Ressourcen, Angaben zu Krankheit und Versorgung)
  - Informationen des Assessments als Grundlage der Planung
  - Planung (Zielformulierung, Umsetzung der relevanten Probleme, Zielüberprüfung, Modifikation der Ziele, Alltagsgestaltung als Gegenstand der Planung)
  - Durchführung (individuelle Maßnahmen, Angemessenheit der Maßnahmen, Sichtweise der Maßnahmenformulierung)
  - Evaluation (Häufigkeit, Modifikation aufgrund des Ergebnisses; Maßnahme/Ziel)
- Logik des Pflegeprozesses,
- Individualität, Aktualität, Bedarfs- bzw. Bedürfnisorientierung der Pflegeplanung,
- Gesamteinschätzung und Konsequenzen aus der Visitierung.

**Vorteile der kollegialen Pflegevisite sind:**

- Kernelemente der pflegefachlichen Tätigkeit werden zum Gegenstand fachlichen Austauschs und Auseinandersetzung (statt lästiger Dokumentation),
- Grundlage für fachliche Gespräche, fachliche Beratungen (mit Angehörigen, Bewohnerinnen und Bewohnern, anderen an der Versorgung Beteiligten, usw.),
- Erörterungen von Entscheidungen, die Bewohnerinnen bzw. Bewohner betreffen,
- Fortbildungsbedarf ist erkennbar,

- stellt Transparenz der pflegerischen Versorgung her,
- hilft pflegerische Sachverhalte argumentativ zu vertreten,
- stärkt die fachsprachliche Kommunikation,
- ist nützlich bei der Kommunikation mit Angehörigen und Ärzten bzw. Ärztinnen,
- lässt bei Pflegefachkräften kommunikative und beratende Kompetenzen entstehen,
- Pflegevisite wird nicht als Sanktions- oder Kontrollinstrument betrachtet,
- fachlicher Dialog entsteht,
- ist Ausdruck von Qualität der internen Qualitätssicherung.

Für den Einsatz der kollegialen Pflegevisite sind unterschiedliche Varianten möglich:

1. Eine Pflegefachkraft visitiert und nutzt das Ergebnis für das kollegiale Gespräch (mit einer Pflegefachkraft oder mehreren Pflegefachkräften).
2. Die visitierende Pflegefachkraft wertet mit der Bezugspflegefachkraft gemeinsam die Pflegedokumentation anhand des Instruments aus.
3. Pflegefachkräfte führen gemeinsam eine Visite durch.

### 3.2 Aktuelle fachliche Grundlagen und Expertenstandards

Eine pflegerische Tätigkeit soll auf gesicherter fachlicher Basis erfolgen. Das heißt, dass die Wirkung oder der Erfolg einer Maßnahme belegt sind (Evidenzbasierung). Expertenstandards sind evidenzbasierte pflegerische Instrumente, die für das jeweilige Thema den gegenwärtigen und anerkannten pflegewissenschaftlichen und pflegerischen Stand darstellen.

**Hintergrund:** Die Expertenstandards sind in der Regel in den pflegerischen Einrichtungen vorhanden und im Rahmen des Qualitätsmanagements in die pflegerische Tätigkeit als Instrumente zur Risikoehebung integriert. Expertenstandards sind mehr als Instrumente zur Risikoehebung. Pflegefachkräften muss der Hintergrund und die Funktion von Expertenstandards bekannt sein.

**Ziel:** Integration von Expertenstandards in den pflegerischen Alltag

Expertenstandards sind den Pflegefachkräften bekannt und vertraut. Sie sollen die Expertenstandards in ihre alltägliche pflegerische Praxis integrieren können. Ausschließlich auf die Umsetzung wichtiger Aspekte (Risikoehebung) reduzierte Aufbereitungen der Expertenstandards durch zentrale Instanzen der Einrichtung (z.B. Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement, usw.) machen wenig Sinn.

**Maßnahmen:** Aufnahme von Expertenstandards in den Wissens- und Umsetzungsbestand der Pflegefachkräfte

1. Umsetzung von kollegialen Fortbildungen im Team: „Pflegefachkräfte bilden Pflegefachkräfte fort“

*a) alle Pflegefachkräfte sind beteiligt*

Im Rahmen von einrichtungsinternen Fortbildungseinheiten übernimmt jede Pflegefachkraft ein für die pflegefachliche Praxis wichtiges Thema, bereitet es auf und stellt es den Teamkolleginnen und den Kollegen vor. Im Hinblick auf die Umsetzung der Expertenstandards bedeutet dies, Aspekte eines Expertenstandards zu thematisieren und hierzu eine Fortbildung der Kolleginnen und Kollegen durchzuführen. Dies können zum Beispiel sein:

- in der Fachliteratur zu findende Erhebungsinstrumente zur Erfassung des Bedarfs bei Schmerz, Ernährung usw. werden vorgestellt. Verbunden ist das Ziel zu reflektieren, ob und wie im pflegerischen Alltag Instrumente verwendet werden, den Wissensstands der Pflegefachkräfte zum jeweiligen Thema zu aktualisieren,
- aktuelle Erkenntnisse zu einem Expertenstandard können präsentiert werden, zum Beispiel nach einer Aktualisierung des Standards durch die Expertinnen und Experten.

*b) wenig Aufwand*

Diese Fortbildungen können mit wenig Zeitaufwand (30 bis 45 Minuten) realisiert werden (z.B. erweiterte Teamsitzung). Umfangreiche Themen (wie beispielsweise ein neuer Expertenstandard) können aufgeteilt und in mehreren Sitzungen unter einer bestimmten Fragestellung vorgestellt werden.

*c) regelmäßiges und kontinuierliches Angebot*

Die Fortbildungen finden regelmäßig statt und die Pflegefachkräfte sind verpflichtet, Themen nach Wahl zu übernehmen. Eine solche Form des Wissenserwerbs und der Vermittlung erhöht die Wirkung deutlich.

*d) Pflegefachkräfte sind auf dem Stand des Wissens und kompetent in der Wissensvermittlung*

Durch die Aufbereitung und Darstellung des Themas erwerben und sichern die Fachkräfte wichtige Kompetenzen, auch für die Beratung von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und ihren Angehörigen und für die interprofessionellen Gespräche.

2. Vorhalten von aktueller Fachliteratur

In der Einrichtung sollte Fachliteratur (Lehr- und Fachbücher, Fachzeitschriften) vorhanden und den Pflegefachkräften bekannt und zugänglich sein.

3. Checkliste für die Bestandaufnahme zur Integration aktueller Themen und Expertenstandards in den pflegefachlichen Alltag

Durch Kriterien lässt sich schnell prüfen, ob und inwieweit Expertenstandards und aktuelles pflegefachliches Wissen im pflegefachlichen Alltag umgesetzt werden. ----->

Arbeitshilfe AH2-1.14  
**Checkliste für eine Bestandaufnahme zur Integration aktueller Themen und Expertenstandards in den pflegefachlichen Alltag**

### 3.3 Beratung von Bewohnern und Bewohnerinnen sowie Angehörigen, Hilfen für Gespräch und Kommunikation

Bärbel Dangel, Patrick Karpa

**Hintergrund:** Beratung von Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen hat in den letzten Jahren in ihrer Bedeutung zugenommen. Beratung ist wichtig, um Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen in die Lage zu versetzen, Entscheidungen treffen und die Konsequenzen der Entscheidungen verstehen und nachvollziehen zu können (zum Beispiel, wenn es um Maßnahmen der Sturzvermeidung geht). Ein zweiter, immer wichtiger werdender Aspekt kommt der Beratung im Zusammenhang des Erhaltens von Fähigkeiten und Selbstständigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern zu. Durch Beratung können Maßnahmen, die der Stärkung der Selbstversorgung und Eigenverantwortung dienen, erörtert werden. Beratung ist auch eine im Rahmen der Risikoeinschätzung und Risikobewertung verbindlich durchzuführende Maßnahme.

In Gesprächen mit den Autoren haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufiger den Wunsch geäußert, zu bestimmten Themen relevante Begriffe und Kriterien zusammengestellt und vermittelt zu bekommen, mit denen Themen der alltäglichen Fachpflege strukturiert oder Informationsgespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder Bewohnerinnen und Bewohnern geführt werden können.

Arbeitshilfen  
AH2-1.15a-g

← Hierzu machen wir im Folgenden einige Vorschläge zu den folgenden Themen: ▬

- Allgemeines zum Beratungsgespräch,
- wie Sie eine Beratung oder ein Gespräch beginnen können,
- Strukturbereiche der Arbeitshilfe - Karteikarten für die Beratung zu den Thematiken
  - Pflegehilfsmittelversorgung,
  - Vorstellung der Pflegeeinrichtung,
  - Prophylaxen,
  - Pflegebedürftigkeit und Demenz,
  - Leistungen der Pflegeversicherung.

**Ziel:** Pflegefachkräfte sollen in der Wahrnehmung ihrer Aufgabe, Pflegebedürftige und Angehörige zu beraten, durch die Aufbereitung von typischen Aspekten des Beratungsgesprächs und häufig vorkommender Themen unterstützt werden.

**Maßnahmen:** Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten.‘<sup>9</sup> ■

<sup>9</sup> Das Format ‚Karteikarte‘ war ausdrückliche Anregung aus der Praxis, um die Möglichkeit zu erhalten, sich mit dem jeweiligen Thema schnell und gut handhabbar beschäftigen zu können.

## H2-2 Erkennen und Handeln in Notfallsituationen und bei kritischen oder akuten Ereignissen

Patrick Karpa, Bärbel Dangel

### Hintergrund

Grundlage für die Entwicklung der kriteriengestützten Arbeitshilfen zur Einschätzung von akuten oder kritischen Ereignissen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sind viele Berichte oder Aussagen der Pflegefachkräfte aus der Praxis. Hierbei zeigt sich, dass es zum einen Unterschiede im pflegerischen Fachwissen und zum anderen Probleme beim routinierten und souveränen Ablauf gibt, die sich auf das Erkennen und Handeln bei kritischen Ereignissen und deren Symptomen beziehen. Weiter wird häufig berichtet, dass auf Erfahrungswissen von vorangegangenen kritischen Situationen oder Notfällen bei Bewohnerinnen und Bewohnern zurückgegriffen wird und dieses Wissen als Grundlage der zu treffenden Entscheidungen dient. Handlungsleitend sind also Erfahrungen und Erlebnisse aus der beruflichen Praxis und weniger ein strukturiertes bzw. kriterienbetontes Vorgehen. Häufig wurde von der sogenannten Entscheidung „aus dem Bauchgefühl“ (Intuition) berichtet.

In einer kritischen oder potenziell bedrohlichen Situation ist es wichtig, dass Entscheidungen rational, nachvollziehbar, zügig bzw. unverzüglich, pflegefachlich begründet und routiniert getroffen und im Anschluss präzise dokumentiert werden. Aufgrund der Zunahme der wechselnden Zusammensetzung von Teams bzw. Schichtgruppen ist nicht davon auszugehen, dass stets eine sehr erfahrene Pflegefachkraft mit ausgeprägtem Fachwissen vor Ort ist bzw. berufsunerfahrenen Pflegefachkräften zu jeder Zeit mit Rat zur Verfügung stehen. Somit ist für die Versorgungskontinuität der Bewohnerinnen und Bewohner wichtig, dass jede Pflegefachkraft über den gleichen Kenntnisstand und ein dementsprechendes Handlungsrepertoire bei kritischen Ereignissen verfügt.

Entscheidend für die Alarmierung des Hausarztes oder der Hausärztin bzw. der Notärztin bzw. des Notarztes sollte aus Sicht von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht die rechtliche Absicherung der Pflegefachkraft sein, sondern ihre Entscheidung aufgrund fachlich gestützter Kriterien, wenn es der Zustand der Bewohnerin bzw. des Bewohners notwendig macht. Anzumerken ist, dass die rechtlichen Grundlagen nicht eindeutig sind, wie sich eine Pflegefachkraft in bestimmten Situationen zu verhalten hat. Somit ist es sinnvoll, kriteriengestützte Instrumente zur Entscheidungsfindung auf gesicherter pflegefachlicher Basis zu nutzen.

Während vieler Schulungen zum Umgang mit den Notfalldokumentationsbögen wurde deutlich, dass auch die Kommunikation und der Umgang mit Fachbegrifflichkeiten sowie die Schilderung der Symptomatik einer Bewohnerin bzw. eines

Bewohners in sehr unterschiedlicher Qualität und oft unsicher erfolgen. Vor allem das Anwenden von Fachbegriffen und die genaue Schilderung eines Ereignisses sind bei der Übergabe an das Personal des Rettungsdienstes, an die Hausärztin oder den Notarzt von hoher Bedeutung.

Ein weiterer Schulungsbedarf der Fachkräfte lässt sich bei der Definition von Normwerten, typischen Symptomenkomplexen von Krankheiten sowie pflegerisch einzuleitenden Maßnahmen erkennen. Kenntnisse von Medikamentenwirkungen bzw. Nebenwirkungen, die kritische Ereignisse hervorrufen können, sind nicht solide bei allen Pflegefachkräften vorhanden. Oft wird geschildert, dass Notärztinnen bzw. Notärzte und Rettungsdienstpersonal die Einschätzung der Pflegefachkräfte in Frage stellen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit eines kriteriengestützten Assessments zur Erfassung von kritischen Ereignissen, um die Argumentation und Einschätzung der Pflegefachkräfte zu stützen.

Arbeitshilfen AH2-2.1a-e

### Zielsetzung der Arbeitshilfen

Arbeitshilfe AH2-2.2  
Schulungsmatrix für  
Pflegekräfte zu kritischen  
Ereignissen

Aus der *Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner* tragen die zusammengestellten Arbeitshilfen dazu bei, dass die Gewährleistung von Sicherheit (richtiges Erkennen und Handeln) gesteigert wird, Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten und Krankenhauseinweisungen nur dann erfolgen zu lassen, wenn diese unbedingt erforderlich sind. Letzteres wiederum ist ein Beitrag, die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen nicht zu verschlechtern, da jeder nicht erforderliche Krankenhausaufenthalt die Lebensqualität, wenn auch nur aktuell, reduziert und mit Belastungen der Bewohnerinnen und Bewohner verbunden ist (z.B. Transporte, ungewohnte Umgebung, Ängste, Stress, usw.).

*Pflegefachkräfte* bekommen Sicherheit bei der Einschätzung kritischer Ereignisse, können die Kombination von Symptomenkomplexen beurteilen sowie angemessene Schlussfolgerungen treffen und aufgrund eines strukturierten Vorgehens die Maßnahmen gezielt und richtig einleiten.

Die fachliche Kommunikation wird gefördert, Akzeptanz bei anderen Berufsgruppen (z.B. Notärztinnen und Notärzten, Hausärztinnen und Hausärzten) sowie bei Angehörigen werden gesteigert, der Schulungs- oder Übungsbedarf der Pflegefachkraft kann erkannt und erfasst werden. Ablaufschemata bieten den Pflegefachkräften unabhängig von Situationsfaktoren (z.B. Berufserfahrung) ein Handlungsrepertoire. Die Dokumentationsbögen dienen zur strukturierten Erfassung einer kritischen Situation, der präzisen Übergabe an Kolleginnen und Kollegen und anderen Berufsgruppen und können zur retrospektiven Auswertung des Ereignisses als Grundlage herangezogen werden. Die Handlungskompetenz der Pflegefachkräfte und fachlich sicheres Handeln können durch Verwendung der strukturierten Instrumente bei kritischen Ereignissen gestärkt werden.

Aus der *Perspektive der Pflegedienstleitung* bieten die hier vorgelegten Arbeitshilfen den Vorteil, dass Verfahren bei kritischen Ereignissen festgelegt sind, un-

angemessene Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern vermieden sowie Schulungs- und Qualifikationsbedarf der Pflegefachkräfte sichtbar werden. Die Dokumentationsbögen bieten aufgrund der fachlich einschlägigen Kriterien im Einzelfall Nachweis und Begründung und können als Qualitätsmerkmal angesehen werden.

Aus *ökonomischer* Sicht können Kosten reduziert oder vermieden werden. Kosten können bei allen an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner Beteiligten entstehen. Dazu zählen beispielsweise Abschlagszahlungen, wenn sich die Bewohnerin bzw. der Bewohner im Krankenhaus aufhält, Notarzteinsatzkosten (zum Teil Einsatz eines Rettungshubschraubers), Kosten für Rücktransporte in die Einrichtung oder Kosten für Hausbesuche von der Hausärztin bzw. des Hausarztes.

Die Materialien können vielschichtig eingesetzt werden, z.B. zur Dokumentation, zu einer Entscheidungsfindung, als Schulungs- bzw. Übungsgrundlage, als kompaktes Nachschlagewerk oder zur retrospektiven Auswertung eines Ereignisses. ■

# Arbeitshilfen AH2

**S. 31**

Arbeitshilfe AH2-1.1  
**Handreichung für Pflegefachkräfte bei Überleitungen bzw. Entlassungen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Krankenhaus**

Bärbel Dangel

**S. 33**

Arbeitshilfe AH2-1.2  
**Checkliste zur Evaluierung von Überleitungen bzw. Entlassungen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Krankenhaus**

Bärbel Dangel

**S. 34**

Arbeitshilfe AH2-1.3a  
**Gesprächshilfe für Pflegefachkräfte für Übergabegespräche und die Evaluation der Aktivitäten in der Alltagsbegleitung („Beschäftigung“) – Aktivitäten für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner**

Bärbel Dangel

**S. 37**

Arbeitshilfe AH2-1.3b  
**Gesprächshilfe für Pflegefachkräfte für Übergabegespräche und die Evaluation der Aktivitäten in der Alltagsbegleitung („Beschäftigung“) – Aktivitäten für Bewohnergruppen**

Bärbel Dangel

**S. 40**

Arbeitshilfe AH2-1.4  
**Leitfaden für strukturierte Gespräche mit Mitarbeitenden der Beschäftigung mit dem Ziel des Austauschs und der Information über das Ergebnis und die Angemessenheit von alltagsorientierten Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern**

Bärbel Dangel

**S. 43**

Arbeitshilfe AH2-1.5  
**Protokollformular für die Auswertung des Pflegeberichts als Grundlage des kollegialen Gesprächs zwischen Pflegefachkraft und Pflegekraft**

Bärbel Dangel

**S. 45**

Arbeitshilfe AH2-1.6  
**Formular zur Selbstüberprüfung einer bewohnerorientierten Tagesgestaltung**

Bärbel Dangel

**S. 46**

Arbeitshilfe AH2-1.7  
**Checkliste zur Einschätzung, wie das Delegationsprinzip in den pflegerischen Alltag integriert ist**

Bärbel Dangel

**S. 47**

Arbeitshilfe AH2-1.8  
**Matrix zur Anleitung und Schulung von Pflegekräften**

Bärbel Dangel

**S. 49**

Arbeitshilfe AH2-1.9  
**Vorgehen bei der Delegation von pflegerischen Tätigkeiten**

Bärbel Dangel

**S. 50**

Arbeitshilfe AH2-1.10a  
**Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation – Körperpflege**

Bärbel Dangel

**S. 53**

Arbeitshilfe AH2-1.10b  
**Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation – Mobilität und Transfers**

Bärbel Dangel

**S. 55**

Arbeitshilfe AH2-1.10c  
**Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation – Ausscheidung**

Bärbel Dangel

**S. 57**

Arbeitshilfe AH2-1.10d  
**Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation – Ernährung**

Bärbel Dangel

**S. 59**

Arbeitshilfe AH2-1.11  
**Vorschlag zur Festlegung der Zuständigkeit, Anlass und Dichte bei der Dokumentation**

Bärbel Dangel

**S. 60**

Arbeitshilfe AH2-1.12  
**Vorschlag zur Sicherung der Informationsübermittlung durch die verbindliche Nutzung von Verweisungssystemen**

Bärbel Dangel

**S. 61**

Arbeitshilfe AH2-1.13  
**Formular für die Durchführung einer kollegialen Pflegevisite auf der Grundlage der Elemente des Pflegeprozesses**

Bärbel Dangel

**S. 67**

Arbeitshilfe AH2-1.14  
**Checkliste für eine Bestandaufnahme zur Integration aktueller Themen und Expertenstandards in den pflegfachlichen Alltag**

Bärbel Dangel

**S. 68**

Arbeitshilfe AH2-1.15a  
**Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten‘ – Allgemeines zum Beratungsgespräch**

Bärbel Dangel

**S. 69**

Arbeitshilfe AH2-1.15b  
**Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten‘ – Beginn eines Beratungsgesprächs**

Bärbel Dangel

**S. 70**

Arbeitshilfe AH2-1.15c  
**Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten‘ – Beratungsgespräch zum Thema Pflegehilfsmittel**

Bärbel Dangel

**S. 71**

Arbeitshilfe AH2-1.15d  
**Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten‘ – Beratungsgespräch zum Thema Vorstellen der Pflegeeinrichtung**

Bärbel Dangel

**S. 72**

Arbeitshilfe AH2-1.15e  
**Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten‘ – Beratungsgespräch zum Thema Prophylaxen**

Bärbel Dangel

**S. 73**

Arbeitshilfe AH2-1.15f  
**Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten‘ – Beratungsgespräch zum Thema Pflegebedürftigkeit und Demenz**

Bärbel Dangel

**S. 74**

Arbeitshilfe AH2-1.15g  
**Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ‚Karteikarten‘ – Beratungsgespräch zum Thema Leistungen der Pflegeversicherung**

Bärbel Dangel

**S. 75**

**Erläuterungen zu den Arbeitshilfen AH2-2**

Patrick Karpa,  
Bärbel Dangel

**S. 79**

Arbeitshilfe AH2-2.1a  
**Kriterien für Notfallindikationen**

Patrick Karpa,  
Bärbel Dangel

**S. 80**

Arbeitshilfe AH2-2.1b  
**Notfalldokumentationsbogen Vitalzeichen**

Patrick Karpa,  
Bärbel Dangel

**S. 83**

Arbeitshilfe AH2-2.1c  
**Notfalldokumentationsbogen Organsysteme**

Patrick Karpa,  
Bärbel Dangel

**S. 86**

Arbeitshilfe AH2-2.2  
**Schulungsmatrix für Pflegekräfte zu kritischen Ereignissen**

Patrick Karpa,  
Bärbel Dangel

**S. 90**

Arbeitshilfe AH2-3  
**Literaturverzeichnis**

Bärbel Dangel

## Handreichung für Pflegefachkräfte bei Überleitungen bzw. Entlassungen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Krankenhaus

Bärbel Dangel

### I. Pflegerischer Entlassungsprozess nach dem Expertenstandard

#### Entlassungsmanagement und Dokumentation der Überleitung

Durch den Expertenstandard Entlassungsmanagement ist ein prozesshaftes Verfahren beschrieben, wie systematisch der Entlassungsprozess im Hinblick auf die Pflege umgesetzt wird. **Die Umsetzung des „Expertenstandards Entlassungsmanagement“ ist Aufgabe der Pflegefachkräfte im Krankenhaus.** Unabhängig davon können die im Expertenstandard formulierten Ergebniskriterien von Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen genutzt werden, um „zu prüfen“ inwieweit die Überleitung aus dem Krankenhaus diesen Kriterien entspricht, um auf dieser Grundlage zum Beispiel mit der Pflegefachkraft im Krankenhaus ein Gespräch über die Überleitung zu führen. Bei regionalen Treffen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern kann auf der Basis dieser Kriterien ein Austausch zu Überleitungen zwischen den Einrichtungen stattfinden.

Pflegefachliche Grundlage für die Entlassung aus dem Krankenhaus ist der Expertenstandard Entlassungsmanagement.<sup>1</sup> Demnach findet eine Überleitung aus dem Krankenhaus geplant statt und beinhaltet die **Erhebung des Bedarfs der Versorgung**, den der hilfebedürftige Mensch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus haben wird. Aufgrund dieses Bedarfs erfolgt die **Planung und Maßnahmen zur Durchführung** werden festgelegt. Schwerpunkte sind in diesem Zusammenhang die **Beratung, Information und Schulung** von Patientinnen bzw. Patienten und ihren Angehörigen. Maßnahmen zur weiteren Versorgung werden koordiniert. **Vor der Entlassung überprüft die Pflegefachkraft im Krankenhaus**, ob alle Maßnahmen zur Entlassung durchgeführt sind. **Nach der Entlassung** nimmt die Pflegefachkraft **telefonischen Kontakt zu Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Einrichtung** auf, um zu prüfen, ob die Überleitung wie geplant verlaufen ist.

Bei Verlegungen aus dem Krankenhaus sollte ein **pflegerischer Überleitungsbogen** vorliegen, der erforderliche Angaben zur Pflege im Krankenhaus fachlich übermittelt.

**Das heißt:** Entlassungstermine sind geplant und mit den weiterversorgenden Einrichtungen abgestimmt, für eine Entlassung erforderliche Hilfsmittel sind beantragt und angekommen, die weitere oder veränderte Versorgung ist vorab mit der Pflegefachkraft der stationären pflegerischen Einrichtung kommuniziert (zum Beispiel: Anleitungen oder Schulungen im Hinblick auf bestimmte Tätigkeiten).

### II. Rechtliche Regelungen für die Entlassung aus dem Krankenhaus

#### 1. Versorgungsmanagement zur Sicherung der Kontinuität der Versorgung

Krankenhäuser sind verpflichtet, zur Sicherung der Kontinuität der Versorgung ein Versorgungsmanagement (§ 11 (4) SGB V) für Patienten mit weiterem Bedarf an Versorgung durchzuführen. „Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen.“ Die Pflegeeinrichtungen sind in das Versorgungsmanagement einzubeziehen.<sup>2</sup>

Für Pflegeeinrichtungen heißt das:

- Krankenhäuser übermitteln Informationen (Pflegeüberleitungsbericht, Medikamentenplan, usw.),
- die Pflegeeinrichtungen werden vor der Entlassung einbezogen.

<sup>1</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement, 1. Aktualisierung, Osnabrück (Eigenverlag)

<sup>2</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5) (letzter Zugriff am 23.10.2018)

## 2. Ärztliches Entlassmanagement

Ein ärztliches Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung (§ 39 (1a) SGB V) umfasst bei Bedarf:<sup>3</sup>

- die Verordnung von Arzneimitteln (kleinste Packungsgröße) durch das Krankenhaus,
- Verordnung von Heilmitteln (für sieben Tage) durch das Krankenhaus,
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege (für sieben Tage) durch das Krankenhaus,
- Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (für sieben Tage) durch das Krankenhaus.<sup>4</sup>

## 3. Medikamentenplan

Seit dem 1.10.2016 haben Versicherte, die gleichzeitig drei oder mehr Medikamente einnehmen, einen „Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform (...)“ Den Belangen blinder und sehbehinderter Patienten ist bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen (§ 31a (1) SGB V).<sup>5</sup>

Der Medikationsplan enthält:

- alle verordneten Arzneimittel,
- alle vom Versicherten ohne Verordnung angewendeten Arzneimittel,
- Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation relevant sind. (§ 31a (2) SGB V). Der Medikationsplan ist nach Änderungen durch den Arzt zu aktualisieren.

Die verbindliche Mitgabe eines Medikamentenplans gilt auch bei der Entlassung von pflegebedürftigen Menschen aus dem Krankenhaus.<sup>6</sup>

## 4. Mitgabe von Medikamenten aus dem Krankenhaus bei der Entlassung der Bewohnerin oder des Bewohners aus dem Krankenhaus

- An Freitagen (vor dem Wochenende) und vor Feiertagen darf die zur Überbrückung entsprechende Menge an Arzneimittel aus dem Krankenhaus mitgegeben werden (§ 14 (7) Apothekengesetz).
- Unter festgelegten Bedingungen können Betäubungsmittel aus dem Krankenhaus mitgegeben werden (§ 13 (1a) BtMG).

Bei einem nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarf von ambulant zu versorgenden Palliativpatientinnen und -patienten darf die Ärztin bzw. der Arzt diesem die hierfür erforderlichen Betäubungsmittel in Form von Fertigarzneimitteln überlassen, soweit und solange der Bedarf der Patientin bzw. des Patienten durch eine Verschreibung nicht rechtzeitig gedeckt werden kann; die Höchstüberlassungsmenge darf den Dreitagesbedarf nicht überschreiten. Der Bedarf kann durch eine Verschreibung nicht rechtzeitig gedeckt werden, wenn das erforderliche Betäubungsmittel:

- in Apotheken aus einem bestimmten Umkreis nicht vorhanden ist,
- durch Personen, die die Patientin bzw. den Patienten versorgen, nicht beschafft werden kann,
- durch Patientin oder Patienten nicht beschafft werden kann.

Das Verfahren der Verschreibung ist detailliert festgelegt (§ 13 (1a) BtMG).

Rechtliche Regelungen und ihre Ausgestaltungen werden häufig aktualisiert und überarbeitet. Deshalb ist erforderlich, die Aktualität der gesetzlichen Grundlagen und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu prüfen.<sup>7</sup>

3 §§ 39 (1a) und 92 (1) SGB V. § 16a Verordnung von Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeiM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2011, zuletzt geändert am 21. September 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.11.2017 B1, in Kraft getreten am 01. Januar 2018. § 4a Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entlassmanagements. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) in der Fassung vom 14. November 2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 27.01.2014 B4, in Kraft getreten am 28. Januar 2014, zuletzt geändert am 20. Oktober 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.12.2016 B5, in Kraft getreten am 24. Dezember 2016. § 7 Zusammenarbeit mit Pflegediensten/Krankenhäusern. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 24.11.2017, in Kraft getreten am 25. November 2017. § 3a. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/ AM-RL) in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 Nr. 49a, zuletzt geändert am 17. November 2017, veröffentlicht BAnz AT 17.01.2018 B1, in Kraft getreten am 18. Januar 2018.

4 Der Vollständigkeit halber aufgeführt, für diesen Zusammenhang nachrangig.

5 Zur Ausgestaltung der Regelung liegt eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung K.d.ö.R., der Bundesärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern und dem Deutschen Apothekerverband e.V. vor: Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP).

6 Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 17.10.2016.

7 Bundesgesetze sind immer aktuell verfügbar unter [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de) (letzter Zugriff am 23.10.2018). Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind zu finden unter <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien> (letzter Zugriff am 23.10.2018).

## Arbeitshilfe AH2-1.2

# Checkliste zur Evaluierung von Überleitungen bzw. Entlassungen von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Krankenhaus

### Bärbel Dangel

Durch die Verwendung einer Checkliste für die Fortsetzung der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern nach dem Krankenhausaufenthalt, kann deutlich werden, wo Informationsbedarf und/oder Informationsdefizite bestehen.

Die Ergebnisse der Checkliste weisen jeweils auf die geregelten Inhalte zum pflegerischen und ärztlichen Entlassungsmanagement und zur Verpflichtung eines Versorgungsmanagements hin. Das Wissen um den jeweiligen Sachverhalt ermöglicht der Pflegefachkraft, in der stationären Pflegeeinrichtung fundiert das Gespräch zu suchen.

		trifft zu
1.	Ein pflegerischer Überleitungsbogen ist gemeinsam mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner aus dem Krankenhaus angekommen oder wurde vorher übermittelt.	<input type="checkbox"/>
2.	Der pflegerische Überleitungsbogen ist fachlich und aussagekräftig, so dass die pflegerische Versorgung unmittelbar anknüpfen kann.	<input type="checkbox"/>
3.	Informationen zur pflegerischen Versorgung, zum Beispiel zu Beratung oder Übungen im Umgang mit Medikamenten/Insulin/Schmerzen wurden übermittelt.	<input type="checkbox"/>
4.	Notwendige Hilfsmittel sind im Krankenhaus beantragt worden.	<input type="checkbox"/>
5.	Der Entlassungstermin ist abgestimmt worden.	<input type="checkbox"/>
6.	Ein Evaluationsanruf aus dem Krankenhaus hat stattgefunden.	<input type="checkbox"/>
7.	Der Entlassungstermin ist rechtzeitig bekannt gewesen. <i>(Rechtzeitig bedeutet: Die Pflegefachkraft hatte Zeit, die Bewohnerin bzw. den Bewohner aufzunehmen, seine Pflege und Versorgung in den Alltag zu integrieren und die notwendigen organisatorischen und inhaltlichen Schritte zu unternehmen.)</i>	<input type="checkbox"/>
8.	Die Bewohnerin bzw. der Bewohner hat einen Medikamentenplan erhalten.	<input type="checkbox"/>
9.	Medikamente sind in ausreichender Zahl (Überbrückung) vor dem Wochenende oder Feiertagen mitgegeben worden.	<input type="checkbox"/>
10.	Im Bedarfsfall hat die Bewohnerin bzw. der Bewohner eine Verordnung für Arzneimittel (N1) vom Krankenhaus erhalten.	<input type="checkbox"/>
11.	Im Bedarfsfall hat die Bewohnerin bzw. der Bewohner eine Verordnung für Heilmittel vom Krankenhaus erhalten.	<input type="checkbox"/>

## Arbeitshilfe AH2-1.3a

# Gesprächshilfe für Pflegefachkräfte für Übergabegespräche und die Evaluation der Aktivitäten in der Alltagsbegleitung („Beschäftigung“) – Aktivitäten für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner

Bärbel Dangel

Wichtig für das Gespräch ist, dass

- den Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung bzw. Beschäftigung deutlich ist, dass es um eine Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner geht, die dem Alltag, den Gewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner oder ihren Wünschen entspricht,
- Aktivitäten der „Beschäftigung“ individuelles, zielorientiertes und geplantes Handeln ist, das in seinem Ergebnis durch die Pflegefachkraft überprüft wird,
- das Gespräch eine Gelegenheit zum fachlichen Austausch und zur Information bzw. Anleitung der Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung ist.

	Aspekte, die bei der Befragung zur Sprache kommen könnten, um Sachverhalte zu konkretisieren	Notizen
<b>Information</b>		
<p><b>1. Nachfragen, welche Aktivitäten mit der jeweiligen Bewohnerin/ dem jeweiligen Bewohner unternommen wurden</b></p> <p><i>Welche Aktivitäten wurden mit Frau/ Herr X. durchgeführt/erprobt/ besprochen ...?</i></p>		
<p>Begründung für die Auswahl der Maßnahmen?</p> <p><i>Warum haben Sie diese Aktivitäten gewählt?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wunsch der Bewohnerin/ des Bewohners</li> <li>gezeigtes oder beobachtetes Interesse der Bewohnerin/ des Bewohners</li> </ul>	
<p>Reaktion der Bewohnerin/ des Bewohners auf die Aktivitäten?</p> <p><i>Wie reagiert die Bewohnerin/ der Bewohner auf diese Aktivitäten?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>freut sich</li> <li>ist aktiv</li> <li>es geht ihr/ihm gut</li> <li>kein Interesse</li> </ul>	
<p>Nachfragen, woran sich diese Einschätzung zeigt</p> <p><i>Woran haben Sie bemerkt, dass die Bewohnerin/der Bewohner mit der Maßnahme zufrieden ist?</i></p> <p><i>Wie stellen Sie fest, dass die angewendete Maßnahme sinnvoll, richtig, usw. war?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unruhe</li> <li>Unkonzentriertheit</li> <li>kein Blickkontakt zum Geschehen</li> </ul>	

	<b>Aspekte, die bei der Befragung zur Sprache kommen könnten, um Sachverhalte zu konkretisieren</b>	<b>Notizen</b>
<b>Reaktion und Bewohnerorientierung</b>		
<p><b>2. Aktivitäten und Reaktion der Bewohnerin/ des Bewohners</b></p> <p><i>Welche Aktivitäten übernimmt die Bewohnerin/der Bewohner? Was hat Frau X. gestern Nachmittag getan? Wie reagiert Herr Y. auf die handwerklichen Angebote? ...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schälen von Gemüse</li> <li>▪ interessiert Dabeisein</li> <li>▪ ist aktiv dabei</li> <li>▪ spricht über die Aktivität</li> <li>▪ erzählt von früher</li> <li>▪ gibt anderen Hinweise</li> <li>▪ ist eher unbeteiligt</li> <li>▪ nimmt nur nach Aufforderung teil</li> </ul>	
<p><b>3. Zeigen lassen von Produkten, die Bewohnerin/Bewohner erstellt hat</b></p> <p><i>Mich interessiert, was Frau M. hergestellt hat, bitte zeigen Sie mir doch den Strickstrumpf!</i></p> <p><i>Das ist ja interessant, dass Frau M. so begeistert kocht. Wann kochen Sie das nächste Mal? Ich würde gerne vorbeikommen.</i></p>		
<p><b>4. Fragen, die darauf zielen zu erfahren, ob die Aktivitäten/Beschäftigung erfolgen, weil die Alltagsbegleitung die Bedürfnisse oder Gewohnheiten der Bewohnerin/des Bewohners kennt</b></p> <p><i>Kann Frau X. trotz ihrer eingeschränkten Beweglichkeit in den Fingern stricken?</i></p> <p><i>Haben Sie besondere Nadeln?</i></p> <p><i>Liest Herr N. Zeitung oder interessiert er sich für aktuelle Nachrichten (hat er früher getan)?</i></p>		
<b>Auswertung und Rückkopplung eigener Wahrnehmungen/Reflexion</b>		
<p><b>5. Fragen nach Veränderungen oder Ungewöhnlichem</b></p> <p><i>Gibt es Veränderungen im Verhalten bzw. in der Aktivität bei der Bewohnerin/dem Bewohner?</i></p> <p><i>Verhält der Bewohner sich anders?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freude</li> <li>▪ „wirkt wacher“</li> <li>▪ „wirkt beteiligter“</li> <li>▪ fragt nach dem nächsten Treffen</li> <li>▪ Kontakte zwischen Bewohnerinnen und Bewohner haben sich ergeben</li> </ul>	

	<b>Aspekte, die bei der Befragung zur Sprache kommen könnten, um Sachverhalte zu konkretisieren</b>	<b>Notizen</b>
<p><b>6. Nachfragen, ob ein anderes Vorgehen erprobt wurde, wenn die Bewohnerin/der Bewohner nicht reagiert auf die Angebote?</b></p> <p><i>Haben Sie versucht,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>mit anderen Angeboten Herrn X. anzusprechen?</i></li> <li>▪ <i>zu anderen Zeiten Angebote zu machen?</i></li> <li>▪ <i>andere Gruppenzusammensetzungen (große Gruppe/kleine Gruppe) einzurichten?</i></li> </ul>		
<p><b>7. Eigene Einschätzung und Wahrnehmung zur Bewohnerin/zum Bewohner vermitteln und im Gespräch darlegen</b></p> <p><i>Mir ist aufgefallen, dass Frau M. die Stricknadeln nicht halten kann, dass sie hilflos mit der Wolle in der Hand sitzt. Wie sehen Sie das?</i></p> <p><i>Ich sehe, dass Frau V. unbeteiligt/eher schlafend in der Gruppe sitzt. Ist die Runde für sie zu groß? Ist es ihr zu laut?</i></p>		

**Tabelle AH2.1**

## Arbeitshilfe AH2-1.3b

# Gesprächshilfe für Pflegefachkräfte für Übergabegespräche und die Evaluation der Aktivitäten in der Alltagsbegleitung („Beschäftigung“) – Aktivitäten für Bewohnergruppen

Bärbel Dangel

Wichtig für das Gespräch ist, dass

- den Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung bzw. Beschäftigung deutlich ist, dass es um eine Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner geht, die dem jeweiligen Alltag, den Gewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner oder ihren Wünschen entspricht,
- Aktivitäten der „Beschäftigung“ individuelles, zielorientiertes und geplantes Handeln sind, dass diese durch die Pflegefachkraft überprüft werden – auch bei Gruppenaktivitäten,
- das Gespräch eine Gelegenheit zum fachlichen Austausch und zur Information bzw. Anleitung Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung ist.

	Aspekte, die bei der Befragung zur Sprache kommen könnten, um Sachverhalte zu konkretisieren	Notizen
<b>Information</b>		
<p><b>1. Nachfragen, welche Gruppenaktivitäten der jeweiligen Bewohnerin/ dem jeweiligen Bewohner angeboten wurden</b></p> <p><i>Welche Gruppenangebote sind mit Herrn X. durchgeführt/erprobt/besprochen ... worden?</i></p>		
<p>Begründung für die Auswahl der Maßnahmen?</p> <p><i>Warum haben Sie dieses Gruppenangebot gewählt?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wunsch der Bewohnerin/ des Bewohners</li> <li>gezeigtes oder beobachtetes Interesse der Bewohnerin/ des Bewohners</li> <li>hat über das Thema gesprochen</li> </ul>	
<p>Reaktion des Bewohners auf die Aktivitäten?</p> <p><i>Wie reagiert die Bewohnerin auf diese Aktivitäten?</i></p> <p><i>Wie kommt sie in der Gruppe zurecht?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>freut sich</li> <li>ist aktiv</li> <li>es geht ihr/ihm gut</li> <li>kein Interesse</li> <li>aktives Gruppenmitglied</li> <li>nimmt Kontakt auf zu anderen</li> </ul>	
<p>Nachfragen, woran sich diese Einschätzung zeigt</p> <p><i>Woran haben Sie bemerkt, dass die Bewohnerin/der Bewohner mit der Maßnahme zufrieden ist?</i></p> <p><i>Wie stellen Sie fest, dass die angewendete Maßnahme sinnvoll, richtig, ... war?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unruhe</li> <li>Unkonzentriertheit</li> <li>kein Blickkontakt zum Geschehen spricht mit den anderen Bewohnerinnen/Bewohnern darüber</li> </ul>	

	<b>Aspekte, die bei der Befragung zur Sprache kommen könnten, um Sachverhalte zu konkretisieren</b>	<b>Notizen</b>
<b>Reaktion und Bewohnerorientierung</b>		
<p><b>2. Aktivitäten und Reaktion der Bewohnerin/des Bewohners</b></p> <p><i>Wie verhält sich die Bewohnerin/der Bewohner in der Gruppe?</i></p> <p><i>Welche Aktivitäten hat Frau X. gestern Nachmittag in der Kochgruppe gezeigt?</i></p> <p><i>Wie reagiert Herr Y. auf die Musik, auf das gemeinsame Singen?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schälen von Gemüse</li> <li>▪ interessiert Dabeisein</li> <li>▪ ist aktiv dabei</li> <li>▪ spricht über die Aktivität</li> <li>▪ erzählt von früher</li> <li>▪ gibt anderen Hinweise</li> <li>▪ ist eher unbeteiligt</li> <li>▪ zurückgezogen</li> <li>▪ nimmt nur nach Aufforderung teil</li> </ul>	
<p><b>3. Zeigen lassen von Produkten, die Bewohnerinnen/Bewohner erstellt hat</b></p> <p><i>Mich interessiert, was Frau M. hergestellt hat, bitte zeigen Sie mir doch den Strickstrumpf!</i></p> <p><i>Das ist ja interessant, dass Frau M. so begeistert in der Kochgruppe dabei ist. Wann kochen Sie das nächste Mal? Ich würde gerne vorbeikommen.</i></p>		
<p><b>4. Fragen, die darauf zielen zu erfahren, ob die Aktivitäten/Beschäftigung erfolgen, weil die Alltagsbegleitung die Bedürfnisse oder Gewohnheiten der Bewohnerin/des Bewohners kennt</b></p> <p><i>Kann Frau X. trotz ihrer eingeschränkten Beweglichkeit in den Fingern das Gemüse schälen?</i></p> <p><i>Singt Herr N. mit oder interessiert er sich für Musik (geht aus seiner Biografie nicht hervor)?</i></p>		
<b>Auswertung und Rückkopplung eigener Wahrnehmungen/Reflexion</b>		
<p><b>5. Fragen nach Veränderungen oder Ungewöhnlichem</b></p> <p><i>Gibt es Veränderungen im Verhalten bzw. in der Aktivität bei der Bewohnerin/dem Bewohner?</i></p> <p><i>Verhält die Bewohnerin/der Bewohner sich anders?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freude</li> <li>▪ „wirkt wacher“</li> <li>▪ „wirkt beteiligter“</li> <li>▪ fragt nach dem nächsten Treffen</li> <li>▪ Kontakte zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern haben sich ergeben</li> </ul>	

	<b>Aspekte, die bei der Befragung zur Sprache kommen könnten, um Sachverhalte zu konkretisieren</b>	<b>Notizen</b>
<p><b>6. Nachfragen, ob ein anderes Vorgehen erprobt wurde, wenn die Bewohnerin/der Bewohner nicht reagiert auf die Angebote?</b></p> <p><i>Haben Sie versucht,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>mit anderen Angeboten Herrn X. anzusprechen?</i></li> <li>▪ <i>zu anderen Zeiten Angebote zu machen?</i></li> <li>▪ <i>andere Gruppenzusammensetzungen (große Gruppe/kleine Gruppe) einzurichten?</i></li> </ul>		
<p><b>7. Eigene Einschätzung und Wahrnehmung zu Bewohnerin/ Bewohner vermitteln und im Gespräch darlegen</b></p> <p><i>Mir ist aufgefallen, dass Frau M. in der Kochgruppe unbeteiligt dabei sitzt. Wie sehen Sie das?</i></p> <p><i>Herr B. faltet während der Vorleserunde Taschentücher? Vielleicht würde er gerne handwerklich etwas tun. Was meinen Sie?</i></p> <p><i>Ich sehe, dass Frau V. unbeteiligt/eher schlafend in der Gruppe sitzt. Ist die Runde für sie zu groß? Ist es ihr zu laut?</i></p>		

Tabelle AH2.2

## Arbeitshilfe AH2-1.4

# Leitfaden für strukturierte Gespräche mit Mitarbeitenden der Beschäftigung<sup>1</sup> mit dem Ziel des Austauschs und der Information über das Ergebnis und die Angemessenheit von alltagsorientierten Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern

Bärbel Dangel

Der Leitfaden gliedert sich in fünf Schritte:

### 1. Feststellung des Bedarfs und der Wünsche von Bewohnerinnen und Bewohnern

Der folgende Grundsatz sollte für die Beschäftigung von und mit Menschen handlungsleitend sein: Die Beschäftigung sollte einen biografischen Bezug zum pflegebedürftigen Menschen, zu früheren Lebensbedingungen oder beruflichen Bezügen haben. Damit ergibt sich ein Sinnbezug zu dem, womit sie/er sich beschäftigen kann/soll. Zwei Herangehensweisen für die Erhebung des Bedarfs und der Wünsche an Alltagsaktivitäten sollten gewählt und umgesetzt werden:

- **(Relevante) Kenntnisse aus dem bisherigen Leben der Bewohnerin bzw. des Bewohners**
  - Wie/wo hat die Bewohnerin bzw. der Bewohner gelebt?
  - Was ist über ihre/seine Herkunft bekannt?
  - Was waren ihre/seine berufliche Tätigkeit(en)?
  - Wie sind frühere Alltage verlaufen?
  - „Hobbies“, Vorlieben, Eigenheiten, Interessen?
- **Was kann die Bewohnerin bzw. der Bewohner? Womit hat sie/er möglicherweise welche Probleme? Wo bestehen ggf. Abneigungen?**
  - Was bereitet ihr/ihm Freude, Genugtuung, Zufriedenheit?
  - Bei welchen Aktivitäten/Themen erweckt man Aufmerksamkeit? Woran kann man anknüpfen?
  - Was will die Bewohnerin bzw. der Bewohner? Was will sie/er nicht?

### Mögliche Bereiche des Anknüpfens an „früher“ können sein:

- Aktivitäten aus dem Kontext Haushalt, Ernährung, Kochen/Backen

Hier kann es um die folgenden Inhalte gehen:

- Planung der Mahlzeiten: Was wollen wir essen/kochen/backen?
- Hier geht es nicht darum, ausschließlich Bewohnerinnen und Bewohner auf mitmachen, helfen, beschäftigen anzusprechen, die noch kochen können, sondern auch Pflegebedürftige, die die Fähigkeit zu kochen nicht mehr haben oder möglicherweise nie hatten. Sie sollen im Gespräch beteiligt werden.
- Aufgrund routinierter und ‚früh‘ geprägter, erlernter und ausgeübter Handlungen (Schälen von Kartoffeln, Gemüse, Obst, den Tisch decken oder wischen, Servietten falten usw.) werden Aktivitäten des Alltags wie selbstverständlich ermöglicht und quasi beiläufig umgesetzt.
- Gleiches gilt für Alltagsaktivitäten, die im Haushalt regelhaft anfallen: Aufräumen, Wäsche ‚machen‘, usw.
- **Es kann Lesen, Vorlesen, Zuhören oder Hörbücher betreffen,** und zwar in aktiver oder passiver Rolle. Damit ist zugleich „Gemeinschaftlichkeit“ verbunden.
- **Hörspielen im Radio folgen, Musiksendungen ermöglichen**  
Auswertung der Radioprogramme (Sender stellen Monatsprogramme zur Verfügung) und entsprechende zeitliche Planung oder Reihung der Aktivitäten. Ausschließliches Hören aktiviert und belastet weniger als visuelles und auditives Wahrnehmen.
- **Gespräche bei den Mahlzeiten zu regionalen Ereignissen**  
anregen und führen (Zeitung) (Nicht selten waren „früher“ Gespräche beim Essen untersagt.)
- **Handarbeiten und Handwerk zwischen**  
den festliegenden Tageterminen in Ruhe ermöglichen.  
Festlegen von (gemeinschaftlichen) Aktivitäten, zu denen man gebeten wird oder die festgelegt sind. (Zum Beispiel an einer Strickgruppe könnten auch Menschen teilnehmen, die nicht in der Pflegeeinrichtung leben (Ehrenamtliche, Angehörige, Gäste).

<sup>1</sup> In den Einrichtungen werden verschiedene Bezeichnungen verwendet: am geläufigsten sind Alltagsbegleitung und Beschäftigung.

Handwerkliche Aktivitäten anregen und ausführen: Auch hier geht es darum, (noch) vorhandene Kompetenzen einzubeziehen. Beispielsweise kann ein Bewohner oder eine Bewohnerin möglicherweise erklären, wie man ein Hochbeet baut, auch wenn er es selbst nicht mehr umsetzen kann.

- **Aktivitäten im Garten und Beschäftigung mit Pflanzen** (beobachtend, gestaltend, nicht zweckgebunden). Dies kann zum Beispiel sein: Das Bepflanzen von Blumenkästen, Anlegen eines Beetes, eines Hochbeetes, Rasenpflege, Blumen einsetzen, usw. Gespräche über Pflanzen, Pflanzungen, Verträglichkeiten, Schädlinge, Wachstum, Blüten, Früchte, usw.
- **Einbeziehung und Umgang mit Tieren**  
Die Formen der Einbeziehung von Tieren in den Alltag können sehr unterschiedlich sein wie auch das Ziel, das mit dem Einsatz der Tiere verbunden ist.  
Es kann um sehr unterschiedliche Tiere gehen, die für die Einrichtung angeschafft und dort versorgt und gehalten werden oder die nur zeitlich begrenzt in der Einrichtung sind (Hasen, Hunde, Katzen, Schafe, Pferde, Kleintiere, usw.).

## 2. Dokumentation und Planung der Maßnahmen in der Pflegeplanung

Die Erhebung und weitere Beobachtungen müssen in die Pflegedokumentation aufgenommen werden. Sie sind Gegenstand der Bedarfserhebung, Planung, Festlegung von Maßnahmen und Evaluation. Durch das Kennenlernen der Bewohnerinnen und Bewohner im Umgang mit den alltäglichen Aktivitäten werden sich Maßnahmen verändern, was im Rahmen der Evaluation erhoben werden muss. Die Evaluation ist immer auch ein Anlass für ein Gespräch, und es ergeben sich neue Hinweise zu möglichen Aktivitäten.

Dokumentiert werden soll eine mögliche Maßnahme (Interesse an Gartenarbeit, Tieren, Musik, usw.), ihre Ausrichtung, Intensität und Häufigkeit.

Festlegungen der Pflegefachkraft sind wichtig, da nur sie den Zustand, die Belastbarkeit und die Reaktion der Bewohnerin bzw. des Bewohners verlässlich fachlich einschätzen können. Bei der regulären Überprüfung der Maßnahmen, können Änderungen (weniger häufig, häufiger) vorgenommen werden.

## 3. Kommunikation und Vermittlung der für die jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner erhobenen Themen an die Alltagsbegleitung

Im Rahmen einer regelmäßig stattfindenden Übergabe werden die Mitarbeitenden der Alltagsbegleitung von der Bezugspflegefachkraft über Interessen und Wünsche der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner informiert. Die Pflegefachkräfte schlagen Maßnahmen oder Themenbereiche vor (zum Beispiel Kochen, Teilnahme an der Vorbereitung des Essens, Lesen, usw.), begründen ihren Vorschlag und legen Ziel und Erwartung fest, die mit der Maßnahme erreicht werden sollen (Integration in eine Bewohnergruppe, Förderung der Lebensqualität, Stabilisierung von Fähigkeiten, Erproben von Fähigkeiten, usw.). Die Pflegefachkräfte informieren aufgrund ihrer Erhebung der Anamnese über die vorhandenen Fähigkeiten und den „Zustand“ der Bewohnerin bzw. des Bewohners. Sie binden Wahrnehmungen und Erfahrungen der Alltagsbegleiterinnen und -begleiter ein.

## 4. Beobachtung der Umsetzung im Alltag

Bei der Arbeit im Alltag des Wohnbereichs soll darauf geachtet werden, wie Bewohnerinnen und Bewohner mit der Alltagsaktivität „zurechtkommen“. Diese Information soll an die Pflegefachkräfte rückvermittelt werden.

## 5. Überprüfen der Wirkung der Maßnahme und der Dokumentation

Die Alltagsaktivitäten und ihre Folgen werden nach einem festgelegten Zeitabschnitt auf ihre Anwendung und Wirkung überprüft.

- Formen der Überprüfung können sein:
  - eine Befragung, ein Gespräch mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner im Hinblick auf die Maßnahme,
  - das Zeigenlassen des Ergebnisses, des Ablaufs, der Situation der Umsetzung,
  - eine vertiefte Nachfrage bei Mitarbeitenden der Beschäftigung: Was wird in den letzten Tagen mit Bewohnerin (genau) durchgeführt und warum?
  - das Prüfen, wie die Bewohnerin, der Bewohner einbezogen ist, was sie/er tatsächlich macht,
  - ein Nachfragen, warum diese Maßnahme ausgewählt wurde, welche Alternativen möglicherweise bestehen, warum diese Maßnahme so umgesetzt wird, und was dafür spricht, dies so zu tun.
- **Aspekte für die Evaluation im Gespräch der Pflegefachkräfte mit den Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleitern**  
Wichtige Voraussetzung ist die Kenntnis darüber, wie der Bedarf eingeschätzt wird und welche Informationen zu Bewohnerinnen und Bewohnern an die Alltagsbegleiterin vermittelt wurden, so zum Beispiel:
  - dass der Alltagsbegleiterin bzw. dem Alltagsbegleiter deutlich ist, dass es um eine Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner geht, einem nach ihren Bedürfnissen gestalteten Alltag, der den Gewohnheiten und den Lebensgeschichten der Bewohnerinnen und Bewohner oder ihren Wünschen entspricht,
  - dass es um individuelles, zielgerichtetes und geplantes Handeln geht, das Folgen und/oder Wirkungen hat, die der Überprüfung unterliegen.

- Gespräch und Nachfrage, welche Aktivitäten mit den jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohnern unternommen wurden:
  - Wie ist die Begründung für die Auswahl der Maßnahmen?  
*(Warum wurde diese Aktivität und nicht eine andere gewählt?)*
  - Wie reagiert die Bewohnerin/der Bewohner auf diese Aktivitäten?  
*(Sie/er freut sich, ist aktiv, es geht ihr/ihm gut, sie/er hat kein Interesse, ist ganz passiv, beschwert sich oder protestiert, usw.)*
  - Wichtig ist zu klären, woran sich diese Einschätzung zeigt.
  - Welche Aktivitäten übernimmt die Bewohnerin bzw. der Bewohner?  
*(Zum Beispiel Schälen von Gemüse oder Kartoffeln, interessiert Dabeisein oder Übernahme von Handlungen.)*
  - Produkte, die die Bewohnerin bzw. der Bewohner erstellt hat, durch die Alltagsbegleitung und/oder die Bewohnerin/den Bewohner zeigen und erläutern lassen.
  - Vor dem Hintergrund der Kenntnis der Fähigkeiten der Bewohnerin bzw. des Bewohners zu fragen:  
*Kann Frau X. dies oder jenes, usw.? Hat Herr Z. dies oder jenes gemacht, usw.?*
  
- **Gibt es Veränderungen im Verhalten, in der Aktivität bei der Bewohnerin bzw. dem Bewohner?**  
*(Freude, hat mehr Interesse, „kommt eher aus sich heraus“, ist „zugänglicher“, „wirkt wacher“, „wirkt beteiligter“, usw.).*
  
- **Nachfragen nach möglichen oder angebotenen Alternativen:**  
*Wurde ein anderes Vorgehen erprobt, wie war die Reaktion?  
Hat die Bewohnerin bzw. der Bewohner nicht reagiert auf die Angebote?*
  
- Wichtig ist, die **Einschätzung und Wahrnehmung der Alltagsbegleiterinnen bzw. des Alltagsbegleiters** zu Bewohnerin/Bewohner zu vermitteln, im Gespräch darzulegen und – soweit möglich – „zu verstehen“ oder zu deuten.

## Arbeitshilfe AH2-1.5

# Protokollformular für die Auswertung des Pflegeberichts als Grundlage des kollegialen Gesprächs zwischen Pflegefachkraft und Pflegekraft

Bärbel Dangel

Wohngruppe/-bereich

---

Datum des Gesprächs

---

Bewohnerin/Bewohner

---

Pflegekraft/Pflegekräfte

---

Pflegefachkraft

---

### 1. Sind die Informationen im Pflegebericht verständlich und aussagekräftig?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

### 2. Werden Verläufe nach Ereignissen (z.B. Sturz, Fieber) im Pflegebericht dokumentiert?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

### 3. Sind Handlungen, die aus einer Situation folgen, eindeutig aufgeschrieben?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

### 4. Sind Handlungshinweise (z.B. nach Besonderheiten) vermerkt?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---



## Arbeitshilfe AH2-1.6

# Formular zur Selbstüberprüfung einer bewohnerorientierten Tagesgestaltung

Bärbel Dangel

Eine kriteriengestützte Betrachtung der Abläufe in der Einrichtung ergibt einen Eindruck, ob und wie Bewohnerorientierung umgesetzt ist. Kriterien helfen, einen Anlass oder eine Situation konkret zu benennen. Das Ergebnis kann anregen, über Veränderungen in den Abläufen oder bezogen auf eine Situation zu diskutieren oder sie vorzunehmen. Die Kriterien können auch Hinweise geben, um über „Kleinigkeiten“ zu sprechen und Veränderungen zu erproben. Folgende Kriterien können beispielsweise eingesetzt werden:

### Vorhandene bewohnerorientierte Organisation der Abläufe

In der Einrichtung bzw. im Wohnbereich liegen keine genau festgelegten Zeiten, sondern Zeiträume für die alltäglichen Verrichtungen (z.B. Essen, Kaffee, usw.) vor.	<input type="checkbox"/>
In der Einrichtung bzw. im Wohnbereich gibt es keine festgelegten, für alle Bewohner und Bewohnerinnen verbindlichen Weckzeiten/keine Zeiten des ‚Zubettgehens‘	<input type="checkbox"/>
Eine flexible, dem Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechende Dienstplanung (Arbeitszeit, Verteilung der Arbeit über den Tag) wird (zum Teil) umgesetzt.	<input type="checkbox"/>
Eine individuelle Tagesstrukturierung für jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner ist in der Dokumentation vorhanden (keine Textbausteine oder stereotype Formulierungen) und wird umgesetzt.	<input type="checkbox"/>

### Haltung, Wahrnehmung, Umgang mit Situationen/Bewohnerinnen und Bewohnern

Die Atmosphäre in der Einrichtung bzw. im Wohnbereich ist offen und auf Teilhabe ausgerichtet.	<input type="checkbox"/>
Sachverhalte werden nicht festgelegt oder vorgegeben, sondern mit Bewohnerinnen und Bewohnern ausgehandelt oder abgestimmt.	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen, Ereignisse usw. werden der Bewohnerin bzw. dem Bewohner und den Angehörigen erläutert und begründet.	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten der individuellen Lebensgestaltung für Bewohnerinnen und Bewohner bestehen (Garten, Tiere, usw.).	<input type="checkbox"/>
Kommunikation erfolgt auf Augenhöhe, gesellschaftlich übliche Formen werden eingehalten, der Umgang wahrt die Distanz.	<input type="checkbox"/>

### Bedürfnisse der Bewohnerin bzw. des Bewohners im Alltag, der Tagesplanung und -gestaltung bei der Pflegeplanung und bei der Umsetzung pflegerischen Handelns: Gestaltung und Ablauf der Tage

Tagesabläufe in der Einrichtung bzw. im Wohnbereich sind lebendig, alltäglich, verlaufen unterschiedlich und nicht ‚nach Programm‘;Bewohnerin bzw. Bewohner sind aktiv handelnde Personen.	<input type="checkbox"/>
Sachverhalte werden nicht festgelegt oder vorgegeben, sondern mit Bewohnerinnen und Bewohnern ausgehandelt oder abgestimmt.	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsangebote sind abwechslungsreich, am Alltag und an der Biografie orientiert; es gibt nicht nur pauschale Angebote, nicht nur stereotype Angebote, sie haben Bezug zur jeweiligen Person.	<input type="checkbox"/>
Routinemäßig finden wechselnde und alltagsorientierte Abendaktivitäten statt (gemeinsames Fernsehen, Filme, Lesen, Gespräche, eine Kleinigkeit zum Essen).	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine Flexibilität in Abläufen und Angeboten.	<input type="checkbox"/>

## Arbeitshilfe AH2-1.7

### Checkliste zur Einschätzung, wie das Delegationsprinzip in den pflegerischen Alltag integriert ist

Bärbel Dangel

Kriterien zur Einschätzung der Integration von Delegation in den pflegerischen Alltag	trifft zu
Arbeitsplatz- und Stellenbeschreibungen dokumentieren die Verantwortlichkeiten.	<input type="checkbox"/>
Ein Einarbeitungskonzept, das spezifisch für die jeweiligen Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergruppen ausgerichtet ist, liegt vor.	<input type="checkbox"/>
Eine Festlegung der an Pflegekräfte delegierbaren Leistungen ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
Ein Verfahren liegt vor, das inhaltlich und zeitlich beschreibt, wie die Delegation pflegerischer Maßnahmen an Nichtpflegefachkräfte erfolgt.	<input type="checkbox"/>
Jede Bezugs-Pflegefachkraft delegiert an die Pflegekräfte, die ihren Bewohnerinnen und Bewohnern zugeordnet sind.	<input type="checkbox"/>
Pflegefachkräfte leiten die pflegerischen Hilfskräfte in der Durchführung pflegerischer Maßnahmen an.	<input type="checkbox"/>
Eine Kollegiale Beratung, Unterstützung und Anleitung im Team bei pflegefachlichen Fragestellungen finden statt.	<input type="checkbox"/>
Pflegefachkräfte unterstützen die pflegerischen Hilfskräfte bei der Selbsteinschätzung ihrer Kompetenzen. Sie reflektieren mit ihnen deren Lern- und Fortbildungsbedarf.	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Gespräche zwischen Pflegefachkräften und Pflegekräften finden statt. Gegenstand ist die pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>
Pflegefachkräfte wählen entsprechend des individuellen Pflegebedarfs der Bewohnerin bzw. des Bewohners eine pflegerische Hilfskraft zur Delegation der Aufgabe aus.	<input type="checkbox"/>
Die Pflegefachkraft koordiniert die Zusammenarbeit aller Beteiligten und stimmt sie ab.	<input type="checkbox"/>
Erhebung, Planung, Durchführung und Evaluation der Pflege und die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation sind Aufgaben der Pflegefachkraft.	<input type="checkbox"/>
Die Pflegefachkraft organisiert und führt Fallbesprechungen zur Abstimmung und Einschätzung der Pflege im Team durch.	<input type="checkbox"/>

## Matrix zur Anleitung und Schulung von Pflegekräften

Bärbel Dangel

Name der verantwortlichen Pflegefachkraft:								
Name der zu schulenden Pflegekraft:								
Wohnbereich:								
Potenziell delegierbare Tätigkeit	Wissensvermittlung und Schulungsinhalt	Zeigen/ Erläutern	Anleitung/ Demonstration	Abfrage des theoretischen Wissens	aufgrund der Schulung delegationsfähig	Datum der Evaluation	Evaluationsintervall	Handzeichen
(Beschreibung)	(Datum, Inhalt, Dauer und genutzte Medien)	(Datum + Bemerkung)	(Datum + Bemerkung)	(Datum + Bemerkung)	(Datum) (Ja/nein)	(Datum) (Bemerkung)	(z.B. monatlich, halbjährlich)	(Kürzel der PFK)
<b>Beispiel I: Körperpflege</b>  (Hilfe/Anleitung am Waschbecken, mobile/r Bewohnerin/ Bewohner)	27.1.2018  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätze der Mobilisation</li> <li>• Sturzprophylaxe</li> <li>• Grundsätze der Körperpflege/ Hautpflege</li> <li>• Hautbeobachtung</li> <li>• 60 Minuten</li> <li>• Video und Vortrag</li> </ul>	28.1.2018  3x gezeigt an Frau X und dabei erläutert	30.1.2018  Hilfskraft wirkt unsicher im Handling	30.1.2018  Unsicherheiten bei Maßnahmen der Sturzprophylaxe	30.1.2018  nein	7.2.2018  erneute Wissensvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wöchentlich</li> <li>• Beginn mit Schulung</li> </ul>	Vorname, Nachname
<b>Beispiel II: Körperpflege</b>  (Hilfe im Bett, mit liegender PEG, ohne Wundinfektion)	28.12.2017  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang von Bewohnerinnen/Bewohnern mit PEG</li> <li>• Grundsätze der Beobachtung eines Verbands/ Hautareale</li> <li>• Erläuterung der Risikoerkennung von pflegerischen Komplikationen</li> <li>• Bedeutung der Mund-/Zahn-pflege</li> <li>• 180 Minuten</li> <li>• Lehrbuch XY, Vortrag, Flipchart</li> </ul>	29.12.2017  4x gezeigt und zusätzlich erläutert an Herrn Y	30.12.2017  Pflegekraft ist sicher im Umgang, erkennt Rötung um den Verband, beachtet hängendes Ernährungssystem und führt leichte Oberkörperhochlagerung durch	3.1.2018  kann alle gestellten Fragen beantworten, kennt die Informationspflicht an die Pflegefachkraft	3.1.2018  ja	3.7.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• halbjährlich</li> <li>• Abfrage des theoretischen Wissens und Demonstration an Bewohnerin/ Bewohner</li> </ul>	Vorname, Nachname
<b>Beispiel III: Hilfestellung bei Bewohnerin/ Bewohner mit potenzieller Gefahr der Aspiration</b>	3.3.2017  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinweise Schluckstörungen</li> <li>• Besonderheiten bei der Hilfestellung</li> <li>• Umgang mit Aspirationsgefahr</li> <li>• Maßnahmen bei Aspiration</li> <li>• 120 Minuten</li> <li>• Erläuterung durch Logopädin/Logopäde, Video, Vortrag</li> </ul>	5.3.2017  1x gezeigt und erläutert	6.3.2017  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegekraft beachtet alle Maßnahmen, äußert jedoch den Wunsch, nochmals alles unter Aufsicht zu demonstrieren</li> </ul> 7.3.2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fehler, Pflegekraft äußert, sicher im Umgang zu sein</li> </ul>	8.3.2017  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragestellungen werden korrekt beantwortet</li> <li>• Notfallverhalten bei Aspiration sicher erläutert</li> </ul>	8.3.2017  ja	8.7.2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quartalsweise</li> <li>• im Rahmen einer Pflegevisite</li> </ul>	Vorname, Nachname

Potenziell delegierbare Tätigkeit	Wissensvermittlung und Schulungsinhalt	Zeigen/ Erläutern	Anleitung/ Demonstration	Abfrage des theoretischen Wissens	aufgrund der Schulung delegationsfähig	Datum der Evaluation	Evaluationsintervall	Handzeichen
(Beschreibung)	(Datum, Inhalt, Dauer und genutzte Medien)	(Datum + Bemerkung)	(Datum + Bemerkung)	(Datum + Bemerkung)	(Datum) (Ja/nein)	(Datum) (Bemerkung)	(z.B. monatlich, halbjährlich)	(Kürzel der PFK)
<b>Beispiel IV: Hilfe beim Duschen mobiler Bewohnerin/ mobilen Bewohners</b>	5.5.2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sturzvorsorge</li> <li>· Sturzgefahren</li> <li>· Hautbeobachtung</li> <li>· 120 Minuten</li> <li>· Schulung durch Vortrag und Video</li> </ul>	6.5.2018 2x Bewohnerin/ Bewohner geduscht und erläutert	7.5.2018 Hilfskraft hat zwei Bewohnerinnen/ Bewohner unter Aufsicht geduscht  8.5.2018 Hilfskraft hat zwei Bewohnerinnen/ Bewohner unter Aufsicht geduscht	9.5.2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>· Hilfskraft weiß über Gefahren und Hautbeobachtung</li> <li>· erkennt laienhaft Hautveränderungen</li> </ul>	9.5.2018 ja	9.11.2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>· halbjährlich</li> <li>· im Rahmen einer Pflegevisite</li> </ul>	Vorname, Nachname
<b>Beispiel V: Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme bei Bewohnerinnen/ Bewohnern mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus</b>	4.4.2017 <ul style="list-style-type: none"> <li>· Kenntnisse der Besonderheiten bei Insulininjektionen</li> <li>· Erkennung einer Unterzuckerung, z.B. Symptome, Ursachen</li> <li>· Wichtigkeit der Nahrungsaufnahme ungünstig wirkende Lebensmittel</li> <li>· Wirkung Insulin</li> <li>· 60 Minuten</li> <li>· Vortrag von Diabetologin/ Diabetologen, Informationsbroschüren</li> </ul>	5.4.2017 Bewohnerin/ Bewohner mit Diabetes benannt	5.4.2017 Pflegekraft beachtet theoretische Grundlagen	6.4.2017 <ul style="list-style-type: none"> <li>· theoretische Grundlagen können sicher erläutert werden</li> <li>· kennt Anzeichen einer Unterzuckerung</li> </ul>	6.4.2017 ja	6.8.2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>· quartalsweise</li> <li>· durch teilnehmende Beobachtung</li> </ul>	Vorname, Nachname

Tabelle AH2.3

### Bärbel Dangel

Die folgenden vier Schritte geben die Struktur für ein Delegationsverfahren vor.

#### 1. Auswahl von Tätigkeiten, die an die jeweilige Pflegekraft delegiert werden können

- Bitte wählen Sie Tätigkeiten und Situationen aus, für die delegiert werden soll.
- Nennen und beschreiben Sie die Tätigkeit.
- Legen Sie Umfang, Anlass und Bedingungen fest.

#### 2. Kompetenzfeststellung bei Hilfskräften

Kriterien der Feststellung können sein:

- Was wurde gelernt?
- Wie ist die Reflexionsfähigkeit?
- Gibt es einen Bezug zur Situation?
- Wo sehen Sie Risiken?
- Aufnahmefähigkeit bei der Vermittlung oder Anleitung

#### 3. Anleitungsprozess

- Was wird vermittelt?
- Wie wird vermittelt?
- Wie lange dauert die Phase der Anleitung bzw. Vermittlung?

#### 4. Schritte der begleitenden und abschließenden Evaluation

- Schritte der Prüfung
  - Zeigen und Erläutern, Wissen vermitteln
  - gemeinsame Durchführung
  - Auswertung und ggf. Erläuterung (Wissen „prüfen“)
- Beobachtung der Durchführung (Kriterien der Beobachtung)
- Auswertung und ggf. Erläuterung
- „Prüfung“: Beobachtung, Auswertung und Rückmeldung.

Dokumentation des Prozesses, der Abweichungen, Umgang mit Konflikten und Problemen.

Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation – Körperpflege

Bärbel Dangel

\* Ein- oder zweijährig qualifizierte Pflegekräfte werden qualifiziert, dass sie in der Lage sind, Risiken, Komplikationen auf fachlicher Grundlage einzuordnen und pflegerische Prophylaxen bei nicht komplexen Situationen umzusetzen.

\*\* Ohne formale Qualifikation: ungelernete oder angelernte Pflegekraft, zum Beispiel 100/200 Stunden-Kurs (Pflege).

\*\*\* Schulungen von Pflegekräften zielen auf ein laienhaftes Verständnis von Sachverhalten und Handlungen, vermitteln Fähigkeiten zum Wahrnehmen von Situationen, die von der Normalität abweichen.

Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten	Pflegefachkraft	Pflegekraft (einjährig, examiniert)	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*	Pflegekraft ohne formale Qualifikation**	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***
Körperpflege (Hilfe/Anleitung am Waschbecken, mobiler Bewohnerinnen/ Bewohner)		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätze der Mobilisation</li> <li>Sturzprophylaxe (laienhaft)</li> <li>Grundsätze der Körperpflege/Hautpflege</li> <li>Hautbeobachtung (laienhaft)</li> </ul>
Körperpflege (Hilfe/Anleitung am Bett sitzend, mobiler Bewohnerinnen/ Bewohner)		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sturzprophylaxe (laienhaft)</li> <li>Grundsätze der Körperpflege/ Hautpflege</li> <li>Hautbeobachtung (laienhaft)</li> </ul>
Körperpflege (Hilfe/Anleitung im Bett ohne Transfer)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prophylaxen</li> <li>Risikoerkennung pflegerischer Komplikationen</li> </ul>	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	
Körperpflege (im Bett in der Sterbephase)	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umgang/Bedürfnisse Sterbender</li> <li>Besonderheiten bei Sterbenden</li> </ul>	Nein	
Körperpflege (Hilfe im Bett, mit liegendem Blasenverweilkatheter)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umgang Blasenverweilkatheter</li> <li>Katheterpflege</li> <li>Beurteilung Urin</li> <li>Prophylaxen</li> <li>Risikoerkennung pflegerischer Komplikationen</li> </ul>	Nein	

<b>Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten</b>	<b>Pflegefachkraft</b>	<b>Pflegekraft (einjährig, examiniert)</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*</b>	<b>Pflegekraft ohne formale Qualifikation**</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***</b>
Körperpflege (Hilfe im Bett, mit liegender PEG ohne Wundinfektion)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umgang von Bewohnerinnen/Bewohnern mit PEG</li> <li>Beobachtung Verband</li> <li>Prophylaxen</li> <li>Risikoerkennung pflegerischer Komplikationen</li> </ul>	Nein	
Körperpflege (im Bett, bei Unterstützung der Bewohnerin/des Bewohners + ein genanntes Merkmal) <ul style="list-style-type: none"> <li>Dekubitus</li> <li>schwere Kontraktur</li> <li>Intertrigo</li> <li>Pneumonie</li> <li>PEG</li> <li>Blasenkatheter</li> <li>Verbandwechsel</li> </ul>	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Umgang mit schwerstpflegebedürftigen Bewohnerinnen/Bewohnern	Nein	
Körperpflege (im Bett, vollständige Übernahme + ein genanntes Merkmal) <ul style="list-style-type: none"> <li>Dekubitus</li> <li>schwere Kontraktur</li> <li>Intertrigo</li> <li>Pneumonie</li> <li>PEG</li> <li>Blasenkatheter</li> <li>Verbandwechsel</li> </ul>	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Umgang mit schwerstpflegebedürftigen Bewohnerinnen/Bewohnern	Nein	
Hilfe beim Duschen mobiler Bewohnerinnen/Bewohner		Ja		Ja, Assistenz, wenn zwei Personen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sturzprophylaxe (laienhaft)</li> <li>Hautbeobachtung (laienhaft)</li> </ul>
Hilfe beim Baden mobiler Bewohnerinnen/Bewohner		Ja		Ja, Assistenz, wenn zwei Personen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sturzprophylaxe (laienhaft)</li> <li>Hautbeobachtung (laienhaft)</li> </ul>
Hilfe/Anleitung bei der Körperpflege bei mobilen Bewohnerinnen/Bewohnern mit besonderer religiöser oder sexueller Präferenz		Ja	Umgang mit besonderer religiöser oder sexueller Präferenz	Ja	Umgang mit besonderer religiöser oder sexueller Präferenz
Fingernagelpflege		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätze/Durchführung Nagelpflege</li> <li>Beobachtung Nägel</li> </ul>
Haarwäsche mobiler Bewohnerinnen/Bewohner am Waschbecken		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätze der Haarpflege</li> <li>Hautbeobachtung (laienhaft)</li> </ul>

<b>Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten</b>	<b>Pflegefachkraft</b>	<b>Pflegekraft (einjährig, examiniert)</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*</b>	<b>Pflegekraft ohne formale Qualifikation**</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***</b>
Rasur eines Bewohners (ohne Antikoagulantien)		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätze/ Durchführung Rasur</li> <li>▪ Hautbeobachtung Gesicht</li> </ul>
Hilfe bei der Körperpflege bei Bewohnerinnen/ Bewohnern mit leichter Demenz		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang mit Demenz</li> <li>▪ Pflegerische Phänomene bei Demenz</li> </ul>
Hilfe bei der Körperpflege bei mittlerer bis schwerer Demenz (MMST 0-19 Pkt.)		Ja	Umgang/Besonderheiten bei Bewohnerinnen/ Bewohnern mit Demenz	Nein	
Vollständige Übernahme der Körperpflege bei Bewohnerinnen/ Bewohnern mit schwerer Demenz	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig		Nein	
Vollständige Übernahme der Körperpflege bei Bewohnerinnen/ Bewohnern mit multiresistenten Keimen, z.B. VRE, MRSA, ESBL, usw.	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Besonderheiten beim Umgang mit Multiresistenten Keimen	Nein	

Tabelle AH2.4

Bärbel Dangel

\* Ein- oder zweijährig qualifizierte Pflegekräfte werden qualifiziert, dass sie in der Lage sind, Risiken, Komplikationen auf fachlicher Grundlage einzuordnen und pflegerische Prophylaxen bei nicht komplexen Situationen umzusetzen.

\*\* Ohne formale Qualifikation: ungelernete oder angelernte Pflegekraft, zum Beispiel 100/200 Stunden-Kurs (Pflege).

\*\*\* Schulungen von Pflegekräften zielen auf ein laienhaftes Verständnis von Sachverhalten und Handlungen, vermitteln Fähigkeiten zum Wahrnehmen von Situationen, die von der Normalität abweichen.

Zu beachten ist, dass bei nicht gesichertem Stehen des Bewohners (Standunsicherheit, Standlabilität, kein stabiles Festhalten, usw.) grundsätzlich Transfers durch zwei Personen erfolgen müssen.

Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten	Pflegefachkraft	Pflegekraft (einjährig, examiniert)	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*	Pflegekraft ohne formale Qualifikation**	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***
Hilfe beim Aufstehen/ Gehen (kein/geringes Sturzrisiko)		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätze der Mobilisation</li> <li>Sturzprophylaxe (laienhaft)</li> <li>Umgang mit Sturzgefahr (laienhaft), Maßnahmen</li> </ul>
Hilfe beim Aufstehen/ Gehen (hohes Sturzrisiko)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sturzvermeidung</li> <li>Umgang mit Hilfsmittel</li> <li>Erstmaßnahmen bei Sturz</li> </ul>	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Umgang mit Sturzgefahr (laienhaft), Maßnahmen
Hilfe beim Aufstehen/ Gehen (sehr hohes Risiko)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sturzvermeidung</li> <li>Umgang mit Hilfsmittel</li> <li>Erstmaßnahmen bei Sturz</li> </ul>	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Umgang mit Sturzgefahr (laienhaft), Maßnahmen
Transfer in den Stuhl/Rollstuhl mit Hebegerät	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Einweisung/Umgang mit dem Hebegerät	Nein	
Transfer in den Rollstuhl (kein/geringes Sturzrisiko)		Ja	Umgang mit dem Rollstuhl	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsätze des Transfers</li> <li>Umgang mit dem Rollstuhl</li> <li>Umgang mit Sturzgefahr (laienhaft), Maßnahmen</li> </ul>
Transfer in den Rollstuhl (hohes Sturzrisiko)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umgang mit dem Rollstuhl</li> <li>Sturzvermeidung</li> <li>Umgang mit Hilfsmittel</li> <li>Erstmaßnahmen bei Sturz</li> </ul>	Nein	

<b>Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten</b>	<b>Pflegefachkraft</b>	<b>Pflegekraft (einjährig, examiniert)</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*</b>	<b>Pflegekraft ohne formale Qualifikation**</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***</b>
Transfer in den Rollstuhl (sehr hohes Sturzrisiko)	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig		Nein	
Transfer in den Rollstuhl bei spastischen Lähmungen	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besonderheiten im Umgang mit Spastik/Lähmungen</li> <li>▪ rückengerechtes Arbeiten</li> </ul>	Nein	
Transfer in den Rollstuhl bei Bewohnerinnen/Bewohnern mit Zu-/Ableitungen	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Besonderheiten im Umgang mit Zu-/Ableitungen	Nein	
Lagerungsmaßnahmen bei bettlägerigen Bewohnerinnen/Bewohnern	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätze/Besonderheiten von Lagerungsmaßnahmen</li> <li>▪ rückengerechtes Arbeiten</li> </ul>	Nein	
Transfer/Lagerungsmaßnahmen von Bewohnerinnen/Bewohnern in der Sterbephase	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang/Bedürfnisse Sterbender</li> <li>▪ Besonderheiten bei Sterbenden</li> </ul>	Nein	
Transfer/Lagerung von Bewohnerinnen/Bewohnern mit akuter Krankheit, z.B. Fieber, Zustandsverschlechterung	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	Besonderheiten in der entsprechenden Situation	Nein	

**Tabelle AH2.5**

## Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation – Ausscheidung

Bärbel Dangel

\* Ein- oder zweijährig qualifizierte Pflegekräfte werden qualifiziert, dass sie in der Lage sind, Risiken, Komplikationen auf fachlicher Grundlage einzuordnen und pflegerische Prophylaxen bei nicht komplexen Situationen umzusetzen.

\*\* Ohne formale Qualifikation: ungelernte oder angelernte Pflegekraft, zum Beispiel 100/200 Stunden-Kurs (Pflege).

\*\*\* Schulungen von Pflegekräften zielen auf ein laienhaftes Verständnis von Sachverhalten und Handlungen, vermitteln Fähigkeiten zum Wahrnehmen von Situationen, die von der Normalität abweichen.

Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten	Pflegefachkraft	Pflegekraft (einjährig, examiniert)	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*	Pflegekraft ohne formale Qualifikation**	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***
Begleitung zur Toilette		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beobachtung von Ausscheidungen (laienhaft)</li> <li>▪ Intimsphäre</li> <li>▪ Maßnahmen zur Hilfestellung</li> </ul>
Versorgung mit einer Urinflasche		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beobachtung von Ausscheidungen (laienhaft)</li> <li>▪ Intimsphäre</li> <li>▪ Maßnahmen zur Hilfestellung</li> </ul>
Unterstützung von Bewohnerinnen/Bewohnern bei der Nutzung eines Toilettenstuhls (Transfer + Hilfe)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang Toilettenstuhl</li> <li>▪ Beobachtung von Ausscheidungen</li> </ul>	Assistenz, wenn zwei Personen nötig	
Entleerung eines Urinbeutels		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hygienische Grundsätze</li> <li>▪ Beobachtung von Ausscheidungen</li> </ul>	Nein	
Hilfe bei der Benutzung Steckbecken im Bett		Ja	Umgang mit Steckbecken	Nein	
Vollständige Übernahme bei der Nutzung eines Steckbeckens	Ja	Assistenz, wenn zwei Personen nötig sind		Nein	
Versorgung einer Bewohnerin/eines Bewohners mit Inkontinenzeinlagen		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intimsphäre</li> <li>▪ Handling/ Umgang mit Inkontinenzmaterial</li> <li>▪ Beobachtung von Ausscheidungen (laienhaft)</li> </ul>
Versorgung einer Bewohnerin/eines Bewohners mit Inkontinenzhosen		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intimhygiene</li> <li>▪ Beobachtung der Ausscheidungen</li> </ul>	Nein	

<b>Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten</b>	<b>Pflegefachkraft</b>	<b>Pflegekraft (einjährig, examiniert)</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*</b>	<b>Pflegekraft ohne formale Qualifikation**</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***</b>
Versorgung mit Inkontinenzmaterial bei infektiösen Darmerkrankungen		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ besondere hygienische Maßnahmen</li> <li>▪ Beobachtung der Ausscheidungen</li> </ul>	Nein	
Versorgung einer Bewohnerin/eines Bewohners bei Erbrechen		Ja	Beobachtung von Erbrechen	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang/Besonderheiten bei Bewohnerinnen/ Bewohnern mit Erbrechen</li> <li>▪ Beobachtung von Erbrechen (laienhaft)</li> </ul>

Tabelle AH2.6

## Zuordnung von pflegerischen Tätigkeiten nach Qualifikation – Ernährung

Bärbel Dangel

\* Ein- oder zweijährig qualifizierte Pflegekräfte werden qualifiziert, dass sie in der Lage sind, Risiken, Komplikationen auf fachlicher Grundlage einzuordnen und pflegerische Prophylaxen bei nicht komplexen Situationen umzusetzen.

\*\* Ohne formale Qualifikation: ungelernete oder angelernte Pflegekraft, zum Beispiel 100/200 Stunden-Kurs (Pflege).

\*\*\* Schulungen von Pflegekräften zielen auf ein laienhaftes Verständnis von Sachverhalten und Handlungen, vermitteln Fähigkeiten zum Wahrnehmen von Situationen, die von der Normalität abweichen.

Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten	Pflegefachkraft	Pflegekraft (einjährig, examiniert)	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*	Pflegekraft ohne formale Qualifikation**	Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***
Hilfestellung Bewohnerin/ Bewohner mit manifesten Schluckstörungen/Aspiration in der Anamnese/ Biografie	Ja	Nein		Nein	
Hilfestellung bei Bewohnerin/Bewohner mit potenzieller Gefahr der Aspiration		Ja, nach Einschätzung der Gefahr durch Pflegefachkraft	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweise Schluckstörungen</li> <li>▪ Besonderheiten bei der Hilfestellung</li> <li>▪ Umgang mit Aspirationsgefahr</li> <li>▪ Maßnahmen bei Aspiration</li> </ul>	Nein	
Hilfestellung Bewohnerin/ Bewohner in der Sterbephase (Bewohnerin/Bewohner ausreichend wach)		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ess-/Trinkgewohnheiten in der Sterbephase</li> <li>▪ Umgang mit Sterbenden</li> </ul>	Nein	
Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bei Bewohnerinnen/Bewohnern mit Demenz		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beobachtung der Nahrungsaufnahme</li> <li>▪ Umgang mit Nahrungsverweigerung</li> </ul>	Nein	
Allgemeine Beobachtung bei der Nahrungsaufnahme		Ja		Ja	Grundsätze der Hilfestellung und Anleitung
Beobachtung des Ernährungszustands		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Merkmale Gewichtszunahme bzw. -abnahme</li> <li>▪ Anzeichen Mangelernährung/ Adipositas</li> <li>▪ Exsikkosezeichen</li> </ul>	Nein	

<b>Grundsätzlich delegierbare Tätigkeiten</b>	<b>Pflegefachkraft</b>	<b>Pflegekraft (einjährig, examiniert)</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft*</b>	<b>Pflegekraft ohne formale Qualifikation**</b>	<b>Erforderliche Schulung durch Pflegefachkraft***</b>
Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme bei Bewohnerinnen/ Bewohnern mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kenntnisse Besonderheiten bei Insulininjektionen</li> <li>▪ Erkennung einer Unterzuckerung</li> </ul>	Nein	
Tätigkeiten im Zusammenhang der Mahlzeitengestaltung		Ja		Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kenntnisse Tischkultur</li> <li>▪ Anleitung und Motivation von Bewohnerinnen/Bewohnern</li> </ul>

Tabelle AH2.7

<b>Zuständigkeit für die Dokumentation im Pflegebericht</b>	<b>Anlass</b>	<b>Kriterien/Dichte der Verlaufsdokumentation</b>
<b>Beteiligte und Verantwortliche</b>	<b>Ein Ereignis oder Befund wird bei Bewohnerin/beim Bewohner festgestellt</b>	<b>Dichte der Verlaufsdokumentation hängt ab von der:</b>
<p>Verantwortung für den Dokumentationsprozess liegt bei der (Bezugs-) Pflegefachkraft</p> <p>Je nach Ereignis dokumentieren Pflegefachkräfte, Pflegekräfte und Mitarbeitende der Beschäftigung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegekräfte notieren Sachverhalte, die sie wahrgenommen haben; <i>Beispiel: Frau X. hat wenig gegessen, äußert Übelkeit, Pflegefachkraft ist informiert</i></li> <li>▪ Pflegefachkraft dokumentiert nach Kontakt zu Bewohnerin/Bewohner ihre fachliche Wahrnehmung und die daraus folgenden Aktivitäten</li> </ul>	<p>Eine Verlaufsdokumentation ist elementar und verbindlich</p>	<p>Schwere des Ereignisses/Befunds: sinnvoll ist festzulegen, in welcher Frequenz das Befinden der Bewohnerin/des Bewohners überprüft und dokumentiert wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ akute Situation (schnell ansteigendes Fieber, hohe Blutdruckwerte, akute Übelkeit, usw.) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ engmaschige Überwachung und Dokumentation</li> </ul> </li> <li>▪ weniger akute Ereignisse/Befunde (Übelkeit, Müdigkeit, Aufregung nach Streit mit Angehörigem) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ regelmäßige Überwachung/Beobachtung und Dokumentation</li> </ul> </li> <li>▪ bei manifesten Ereignissen/Befunden (Erkältung, usw.) regelmäßige Bewertung und Dokumentation des Zustands pro Dienst</li> </ul>
		<b>Festgelegte Dauer der Beobachtung</b>
		<p>beispielsweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nach Krankenhausaufenthalt (drei Tage)</li> <li>▪ nach Einzug der Bewohnerin/des Bewohners (eine Woche)</li> <li>▪ nach Sturz (drei Tage)</li> </ul>
	<p>In jedem Fall soll der Verlauf der Dokumentation ersichtlich werden lassen, dass die Situation, die Anlass für die Dokumentation war, abschließend bearbeitet wurde; beispielsweise: Zustand von Frau X. hat sich normalisiert,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maßnahmen der Pflegeplanung wurden verändert,</li> <li>▪ Arzt bzw. Ärztin wurde informiert,</li> <li>▪ Frau X. geht es wieder gut</li> </ul>	

Tabelle AH2.8

## Arbeitshilfe AH2-1.12

# Vorschlag zur Sicherung der Informationsübermittlung durch die verbindliche Nutzung von Verweisungssystemen

Bärbel Dangel

Die Dokumentation muss durch ein System der Verweisungen gesichert werden, um zu gewährleisten, dass die spezifischen Informationen von denjenigen gelesen und bearbeitet werden, die jeweils beteiligt und/oder verantwortlich sind. Bei der computer- wie auch der papiergestützten Dokumentation sind in der Regel Reitersysteme vorgesehen, die spezifisch nach Zeiten bzw. Diensten und Funktionen definiert und eingesetzt werden können. So zum Beispiel folgendermaßen:

- **spezifische, jeweils wechselseitige Informationen**
  - von Pflegefachkräften für Pflegefachkräfte,
  - von Pflegefachkräften für Pflegekräfte,
  - Informationen für Wohnbereichs- und Pflegedienstleitung,
  - Informationen für weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z.B. aus den Bereichen Therapie, Beschäftigung, usw.).
  
- **Festzulegen ist, wie lange eine Information „stehen bleiben muss“**
  - bis zum nächsten Dienst,
  - für eine bestimmte Zeit (eine Woche, drei Tage); in diesen Fällen ist es wichtig, ein Datum zu hinterlegen und zu klären, wer die Information „löscht“.
  
- **Einbindung von einrichtungsexternen Fachpersonen oder ehrenamtlich Tätigen (verbunden mit entsprechenden Lese- und Schreibrechten)**
  - Ärztinnen und Ärzte,
  - Physio-, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden, usw.

Damit verbunden ist auch das „Abzeichnen“ der Nachricht (gelesen, bearbeitet). Mit der Nutzung eines solchen Informations- und Verweisungssystems kann gezielt und verbindlich kommuniziert werden, Lücken des Informationsflusses können geschlossen werden.

Diese in dieser Arbeitshilfe hinterlegte Struktur kann in den Einrichtungen konkretisiert werden und als „Aushang“ die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informieren, wie mit Informationen in der Einrichtung verfahren werden soll.

## Arbeitshilfe AH2-1.13

# Formular für die Durchführung einer kollegialen Pflegevisite auf der Grundlage der Elemente des Pflegeprozesses

Bärbel Dangel

Wohngruppe/-bereich

---

Datum des Gesprächs

---

Bewohnerin/Bewohner

---

Pflegefachkraft

---

Pflegevisite durchgeführt von

---

## I. Dokumentation allgemein

### 1. Sind Befunde und Pflegeergebnisse korrekt dokumentiert?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

### 2. Sind Nachmessungen erfolgt bei ungewöhnlichen oder problematischen Messwerten

(Gewicht, Blutdruck, Blutzucker, Temperatur)?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

### 3. Stimmen die Informationen in Pflegebericht und Befund- bzw. Ergebnisdokumentation überein?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**4. Sind Konsequenzen bzw. Maßnahmen formuliert aufgrund der Messwerte bzw. Ergebnisse (z.B. erneute Kontrolle, Ärztin bzw. Arzt kontaktiert, usw.)?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**5. Werden „kritische“ Werte und Abweichungen von der individuellen Norm der Bewohnerin bzw. des Bewohners entsprechend ihrer Bedeutung dokumentiert?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**6. Werden Verläufe dokumentiert?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**7. Wird mit „Reitern“ gearbeitet?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**8. Werden die jeweils dafür vorgesehenen Formulare genutzt?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**9. Sind Hinweise bzw. Informationen für die nachfolgenden Dienste formuliert?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**10. Nutzen die Kolleginnen und Kollegen die Pflegedokumentation gleichermaßen:  
Werden Informationen auf identischen Formblättern dokumentiert (Dokumentationsroutine)?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**11. Sind die Zuständigkeiten ausweislich der Dokumentation geklärt?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**12. Sind die Formulierungen im Pflegebericht fachlich korrekt?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**13. Sind die Formulierungen im Pflegebericht verständlich und nachvollziehbar?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

**14. Werden Ereignisse bzw. Auffälligkeiten dokumentiert?**

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

---

## II. Pflegeplanung

### Ist die Planung der Pflege mit der Bewohnerin bzw. dem Bewohner durchgeführt worden?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

### Woraus geht dies hervor?

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

ja  nein

Begründung:

---

---

### 1. Informationssammlung (Assessment)

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

#### Sind alle Bedarfe der Bewohnerin bzw. des Bewohners erhoben und dokumentiert?

- Biografisch relevante Daten: Werden nur Fakten aus dem Leben dokumentiert?
- Sind Gewohnheiten/Eigenheiten/Vorlieben dokumentiert?
- Ist die Gestaltung des Alltags dokumentiert?
- Sind soziale Kontakte dokumentiert?
- Sind ‚Hobbies‘ dokumentiert?
- Sind Ressourcen dokumentiert?
- Gibt es krankheiten- und versorgungsrelevante Angaben?
- Sind die erhobenen Informationen Grundlage der Pflegeplanung?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Begründung:

---

---

---

### 2. Planung

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

- Sind bewohnerindividuelle Ziele formuliert?
- Sind die relevanten Probleme aufgriffen und in Ziele umgesetzt worden?
- Sind Ziele formuliert, die mit einem zeitnahen Datum versehen sind?
- Werden die Ziele zeitnah überprüft?
- Nach welcher Zeitdauer?
- Führt dies zur Veränderung der Zielformulierung?
- Ist die Alltagsgestaltung Bestandteil der Planung?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<hr/>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Begründung:

---

---

---

### 3. Durchführung

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

- Sind die formulierten Maßnahmen individuell  ja  nein
- Sind die formulierten Maßnahmen angemessen, um das Ziel zu erreichen?  ja  nein
- Sind die Maßnahmen aus Sicht der Pflegefachkräfte oder aus Sicht der Bewohnerin bzw. des Bewohners definiert? Es geht um die Erreichung weitmöglicher Selbständigkeit der Bewohnerin bzw. des Bewohners.)  ja  nein

Begründung:

---

---

---

### 4. Evaluation

(Bitte kreuzen Sie an und begründen Sie in jedem Fall Ihre Bewertung)

- Wie häufig wird evaluiert?  ja  nein
- Führt die Evaluation zur Änderung der Maßnahmen?  ja  nein
- Führt die Evaluation zur Änderung der Zielsetzung?  ja  nein

Begründung:

---

---

---

- Ist die Logik des Pflegeprozesses eingehalten?  ja  nein

Begründung:

---

---

---

- Sind die Planungen der Pflege individuell?  ja  nein

Begründung:

---

---

---

- Sind die Planungen aktuell?  ja  nein

Begründung:

---

---

---

- Spiegeln die Planungen Bedarf und Bedürfnis der Bewohnerin bzw. des Bewohners wieder?  ja  nein

Begründung:

---

---

---



## Checkliste für eine Bestandaufnahme zur Integration aktueller Themen und Expertenstandards in den pflegfachlichen Alltag

Bärbel Dangel

Fachliteratur/aktuelle fachliche Themen	trifft zu
Sind Fachbücher, Fachzeitschriften in der Einrichtung gedruckt oder online vorhanden und nutzbar?	<input type="checkbox"/>
Werden aktuelle fachliche Themen in internen Fortbildungen behandelt?	<input type="checkbox"/>
<b>Expertenstandards</b>	
Sind Expertenstandards Gegenstand im Pflegeprozess?	<input type="checkbox"/>
Sind Expertenstandards Gegenstand von Fortbildungen?	<input type="checkbox"/>
<b>Erhebung von Risiken</b>	
Liegen Bedarfserhebungsinstrumente für die jeweiligen Themen/Risiken aufgrund der Expertenstandards vor (Schmerz, Ernährung, Sturz, usw.)?	<input type="checkbox"/>
Findet eine regelmäßige Erhebung der entsprechenden Risiken und Bedarfe bei den Pflegebedürftigen statt? Ergeben sie Unterschiede oder werden Befunde nur fortgeschrieben? <i>Beispiel: Erfolgt eine regelmäßige Beobachtung des „Sturzgefährdungszustands“ (Schuhwerk, Wahrnehmungen im Alltag, Beweglichkeit, ‚Krankenbeobachtung‘, Gestaltung des Fußbodens, Sehfähigkeit, usw.) im Pflegebericht, in der Pflegeplanung?</i>	<input type="checkbox"/>
Findet eine Einschätzung des Risikos auch anlassbezogen statt, z.B. bei akuter Krankheit, abnehmender Mobilität, werden Hautproblematiken beachtet („Nässe“, Ernährung, usw.)?	<input type="checkbox"/>
Erfolgt die Umsetzung der erkannten Risiken in die Maßnahmenplanung und wird diese zeitnah und regelmäßig überprüft? <i>Beispiel: Welche Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Reduktion des Dekubitusrisikos werden durchgeführt?</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Dokumentation der Risiken</b>	
Werden die relevanten Kriterien aufgrund regelmäßiger Beobachtungen des Zustands (Körperpflege, Essen, Wahrnehmungen im Alltag, Beweglichkeit; ‚Krankenbeobachtung‘) im Pflegebericht, in der Pflegeplanung dokumentiert, und zwar mittels fachsprachlicher Beschreibung (und Bewertung)?	<input type="checkbox"/>
Übereinstimmung der Erhebung aufgrund der Kriterien mit sonstigen Befunden/Bedarfen (Dokumentation)?	<input type="checkbox"/>
Findet eine Berichterstattung über Verlauf/Wirkung angewendeter Maßnahmen in der Pflegedokumentation statt?	<input type="checkbox"/>
Erfolgt eine pflegfachliche Reaktion auf dokumentierte Hinweise? Wie sieht diese aus? Schlägt sie sich nieder in der Pflegeplanung bzw. im Pflegebericht? Sind Konsequenzen formuliert? <i>Beispiel: Erhält die Pflegekraft von der Pflegefachkraft einen Hinweis zum Umgang mit der individuellen Dekubitusgefährdung der Bewohnerin bzw. des Bewohners (Information, Anleitung, Aufklärung)?</i>	<input type="checkbox"/>
Sind Dokumentationsformulare (Lagerung, Trinken, usw.) von der Pflegefachkraft angelegt, ausgewertet und in Beziehung zur Situation der Bewohnerin bzw. des Bewohners gebracht? Und ist dies auch ersichtlich in der Pflegeplanung?	<input type="checkbox"/>

## Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete 'Karteikarten' – Allgemeines zum Beratungsgespräch

Bärbel Dangel

### Allgemeines zum Beratungsgespräch

- Auswahl des geeigneten/förderlichen Beratungsorts und Zeitpunkt
- Nutzung von Medien/Materialien, z.B. Bücher, Broschüren, Flipchart
- keine „eingeklemmten“ Termine unter Zeitdruck
- keine „Schreibtischsituation“, keine erkennbare Hierarchie zwischen Beraterin bzw. Berater und Angehörigem
- Eigene Haltung im Gespräch verdeutlichen:
  - Respekt, Toleranz, Empathie entgegenbringen
  - symmetrische Kommunikation
- Bewerten Sie nicht
  - keine ungebetenen Ratschläge erteilen, nicht anweisen oder gar „befehlen“, keine wichtigen oder relevanten Informationen zurückhalten
  - Anpassung der Beratung an Kenntnisstand und die Sprache des zu Beratenden, Nachfragen zur Verständlichkeit
  - Empowerment statt „... wir machen das für Sie ...“
- Seien Sie authentisch!
- Ressourcenerhebung:  
Bitte beobachten Sie aufmerksam und nehmen Sie genau Reaktionen, Fragen, Verhalten wahr.
- Wissens- bzw. Kompetenzbedarfe des zu Beratenden erkennen
  - offene Haltung einnehmen, Augenkontakt wahren
  - aktives Zuhören
  - Thema, Ziel und Rahmen festlegen
  - Fragestellungen/Fragetechniken in Anwendung prüfen, z.B. offen, explorativ, (weniger) geschlossene Fragen, (nicht) suggestiv
- Reflektieren oder Vermitteln von Alternativen
- Erfassen Sie die Hauptprobleme des zu Beratenden, eine Rangordnung
  - der Problematiken nach Bedeutung, Dringlichkeit (subjektiv, objektiv)
  - mögliche Lösungswege aufzeigen
- Orientierungs-, Selbsthilfefähigkeit bzw. Problemlösungsfähigkeit des zu Beratenden fördern

## Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete 'Karteikarten' – Beginn eines Beratungsgesprächs

Bärbel Dangel

### Wie Sie eine Beratung oder ein Gespräch beginnen können

Begrüßen Sie den zu Beratenden (normal)

Lassen Sie den zu Beratenden sein Anliegen bzw. seine Situation schildern

Was ist Ihr Anliegen an uns?

Wünschen Sie Informationen oder Beratung?

Zu welcher Thematik wollen Sie eine Beratung?

Wobei haben Sie Unsicherheiten oder Hilfebedarf?

Haben Sie konkrete Fragen?

Was interessiert Sie besonders?

Machen Ihnen bestimmte Situationen Probleme oder Angst?

Wozu und wie kann ich Ihnen Hilfe anbieten?

Mit welchem Thema haben Sie im Umgang Probleme?

Wie bzw. wobei kann ich Sie sonst noch unterstützen?

Welche Fragen beschäftigen Sie darüber hinaus?

## Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ,Karteikarten' – Beratungsgespräch zum Thema Pflegehilfsmittel

Bärbel Dangel

**Beratungsthematik:** Pflegehilfsmittelversorgung

### Beratungsinhalte

- Erfordernis, Nutzungshintergrund, Notwendigkeit eines Hilfsmittels
- Arten, Formen, Ausprägungen, Qualität von Pflegehilfsmitteln
- Anleitung, Einweisung, Besonderheiten der Nutzung
- Vor- und Nachteile der einzelnen Pflegehilfsmittel im Umgang
- Unterschiede der einzelnen verfügbaren Hilfsmittel (Funktion, Leistung, Qualität, Herstellerunterschiede; welches ist wann und für wen geeignet)
- Finanzierung der Pflegehilfsmittel
- Gebrauch, Einweisung, Pflege, Wartung, Abnutzung der Pflegehilfsmittel
- Alternativen/zusätzliche Möglichkeiten zum Pflegehilfsmittel.

### Mögliche Fragestellungen

- Wissen Sie, was ein Pflegehilfsmittel ist?
- Wofür benötigen Sie ein Hilfsmittel? Wobei soll es hilfreich sein?
- Welches Hilfsmittel ist Ihrer Meinung nach für Sie hilfreich?
- Zu welchem Pflegehilfsmittel benötigen Sie eine Beratung, Einweisung, Training?
- Ist Ihnen bekannt, wie und von wem Sie ein Pflegehilfsmittel erhalten (Kauf, Verschreibung, Herstellung)?
- Wissen Sie, wozu ein Pflegehilfsmittel genutzt wird/werden kann und wozu eher nicht?
- Kennen Sie die Vorteile bzw. Nachteile bzw. Alternativen?
- Wobei soll bzw. kann ich Ihnen Information oder Unterstützung geben?
- Haben Sie Fragen zur Antragstellung, Beschaffung, Finanzierung?
- Benötigen Sie Unterstützung bei der Anwendung bzw. Gebrauch, Pflege, Wartung?

### Externer Link

GKV Spitzenverband

[https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen\\_input.action](https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action) (letzter Zugriff am 24.10.2018)

## Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ,Karteikarten' – Beratungsgespräch zum Thema Vorstellen der Pflegeeinrichtung

Bärbel Dangel

**Beratungsthematik:** Vorstellung der Pflegeeinrichtung

### **Beratungsinhalte**

- Erläuterung einer vollstationären Pflegeeinrichtung
- Träger/Ausrichtung, geschichtlicher Hintergrund (Trägerorientierung, Region, Anbindung, Zugänglichkeit, vorgehaltene Versorgung, Spezialisierung, fachliche und soziale Angebote)
- Ansprechperson(en)
- Heimvertrag
- Leistungen/Konzeption der Einrichtung
- Besondere Leistungsangebote
- Struktur einer Pflegeeinrichtung
- Fachpersonen, beteiligte Berufe
- Tagesstrukturierung, Nachtdienste
- Einbeziehung, Mitwirken der Angehörigen in der vollstationären Versorgung
- Finanzierung der Einrichtung
- Selbstkosten: einrichtungseinheitlicher Eigenanteil, Investitionskosten, Ausbildungsumlage, usw.
- Alternativen/Ergänzungen zur vollstationären Versorgung
- Entlastungsangebote für Angehörige
- Bewohnerorientierung, Erfahrungsberichte, Ergebnisse von Qualitätsprüfungen
- Angebote zur Verselbständigung
- Offenheit der Versorgung für individuelle Bedürfnisse.

### **Mögliche Fragestellungen**

- Über welche Informationen zur Einrichtung oder zum Einrichtungstyp verfügen Sie bereits?
- Haben Sie bereits eigene Erfahrungen, welche?
- Sind Sie an einem Probewohnen interessiert?
- Legen Sie Wert auf die Ausstattung mit eigenen Gegenständen?
- Welche Interessen, Vorlieben, Gewohnheiten haben Sie? Wie gedenken Sie, diese unter den Bedingungen eines Heims unterzubringen bzw. zu nutzen?
- Kennen Sie die Finanzierung des Einrichtungsplatzes?
- Wobei kann ich Ihnen behilflich sein?
- Sind Ihnen die Leistungen der Einrichtung bekannt?
- Welche Informationen haben Sie zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. Sozialhilfe?
- Welche Erwartungen haben Sie an uns?
- Welche Erfahrung haben Sie mit (eigener, fremder) Pflegebedürftigkeit?
- Wissen Sie, wobei Sie uns unterstützen können bzw. was Sie selbst tun können?

## Arbeitshilfe AH2-1.15e

# Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ,Karteikarten' – Beratungsgespräch zum Thema Prophylaxen

**Bärbel Dangel**

### **Beratungsthematik:** Prophylaxen

z.B. Dekubitus, Kontraktur, Thrombose, Intertrigo, Pneumonie und Aspiration, Soor- und Parotitis, Sturz, Dehydratation, Schmerz, Förderung Harnkontinenz, Mobilitätsförderung, Förderung der Selbstversorgung, Lagerung

### **Beratungsinhalte**

- Was ist eine Prophylaxe? Erläuterung des Hintergrunds
- Definition des Problems
- Zielstellung
- Welche Probleme bzw. Risiken, Indikatoren existieren?
- Symptome bzw. pflegerische Phänomene
- Risikoeinschätzung, wie und womit?
- durchzuführende pflegerische Maßnahmen, deren Notwendigkeit und Form
- unterschiedliche Unterstützungsangebote bzw. Alternativen erläutern
- Förderung der Eigeninitiative und Selbsthilfe
- Möglichkeiten der Mitwirkung
- unterstützende Angebote im Haus

### **Mögliche Fragestellungen**

- Wissen Sie mit den Begriffen etwas anzufangen?
- Kennen Sie die Notwendigkeit einer Prophylaxe?
- Sind Ihnen mögliche Folgen oder Wirkungen bekannt?
- Haben Sie Kenntnis über Möglichkeiten, selbst vorzubeugen?
- Wollen Sie Informationsmaterial, Beispiele, Demonstrationen oder Filme zum Thema?
- Wobei können Sie uns unterstützen?

## Hilfen zu Gespräch und Kommunikation durch thematisch geordnete ,Karteikarten' – Beratungsgespräch zum Thema Pflegebedürftigkeit und Demenz

Bärbel Dangel

**Beratungsthematik:** Pflegebedürftigkeit und Demenz

### **Beratungsinhalte**

- Symptome, Verständnis der Krankheit(en), mögliche „Ursachen“ der Krankheit, Entwicklung
- Erkennen, Feststellung und Verlauf
- pflegerische Erfordernisse und Möglichkeiten, Zielstellung, Wirkungen der pflegerischen Maßnahmen
- Umgang und Begleitung
- spezielle Angebote für Angehörige
- alternative Wohn- und Lebensformen
- spezielle pflegerische Konzepte
- Möglichkeiten der Förderung bzw. Erhaltung der vorhandenen Ressourcen und des konfliktfreien Umgangs

### **Mögliche Fragestellungen**

- Welchen Informationsbedarf haben Sie zu dieser Thematik?
- Was sind die Probleme im Alltag, was bereitet Ihnen Schwierigkeiten im Umgang?
- Welche Fähigkeiten sind besonders eingeschränkt, was bedarf der besonderen Aufmerksamkeit?
- Welche Erfahrungen, positiv, problematisch, haben Sie im Alltag gemacht?
- Kennen Sie zusätzliche Angebote der Hilfe oder Entlastung für sich?
- Was soll beim Erkrankten erreicht werden? Wie sehen Sie die weitere Entwicklung?
- An welche weiteren erforderlichen Hilfen denken Sie?

### **Externer Link**

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
<http://www.wegweiser-demenz.de> (letzter Zugriff am 24.10.2018)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.  
<https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html> (letzter Zugriff am 24.10.2018)

**Beratungsthematik:** Leistungen der Pflegeversicherung

**Beratungsinhalte**

- Begriff der Pflegebedürftigkeit; Leistungen: teilstationär, vollstationär ...
- Antragstellung
- „Höherstufungsverfahren“
- Begutachtungsverfahren des MDK/Begutachtungsassessment
- Pflegegrade I-V und Leistungen
- Kosten der vollstationären Pflege und deren Finanzierung
- Erläuterung der zur Verfügung stehenden Leistungen, Möglichkeiten der Beratung

**Mögliche Fragestellungen**

- Stehen Sie vor einer Antragstellung?
- Muss möglicherweise relativ schnell eine Lösung zum Übergang gefunden werden?
- Haben Sie Informationen zur Begutachtung, zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung?
- Welche Leistungen nutzen bzw. nutzten Sie bisher?
- Kennen Sie die Ihnen zur Verfügung stehenden Leistungen?
- Kennen Sie Beratungsmöglichkeiten?
- Welchen Informations- und Beratungsbedarf haben Sie, wobei soll unterstützt werden?

**Externer Link**

- Bürgertelefon zur Pflegeversicherung des Bundesgesundheitsministeriums 030 / 340 60 66 – 02
- Internetseite des Bundesministerium für Gesundheit  
<http://www.pflegestaerkerkennungsgesetz.de/> (letzter Zugriff am 24.10.2018)
- Sozialgesetzbuch XI  
[https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/) (letzter Zugriff am 24.10.2018)

# Erläuterungen zu den Arbeitshilfen AH2-2

Patrick Karpa, Bärbel Dangel

In den folgenden Abschnitten werden die angelegten Arbeitshilfen bezogen auf das kriteriengestützte Erkennen und Erfassen von kritischen Situationen bei Bewohnerinnen und Bewohnern kurz erläutert. Die Arbeitshilfen sind exemplarisch und können individuell und einrichtungsspezifisch von Fach- und Leitungskräften oder Expertinnen und Experten weiterentwickelt und vervollständigt werden.

Arbeitshilfe AH2-2.1a  
Kriterien für Notfall-  
indikationen

## 1. Bogen der Notarztindikationen

Zu den fünf Kategorien Atmung, Bewusstsein, Herz/Kreislauf, sonstige Schädigungen und Schmerzen existieren jeweils separate, beispielhafte Zustandsbeschreibungen, die eine Notarztindikation darstellen bzw. einen Notarzteinsatz rechtfertigen können. Jeweils im grau unterlegten Feld ist der zu verwendende „Notfallbogen“ hinterlegt. In unten aufgeführter Tabelle sind Beispielkrankheitsbilder den jeweiligen fünf Kategorien zugeordnet.<sup>1</sup>

### Kriterien der Atemnot (Dyspnoe)

Die Einteilung erfolgt nach der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA)<sup>2</sup>

- I normale körperliche Belastung
- II Luftnot bei stärkerer Belastung
- III Luftnot bei geringer Belastung
- IV Luftnot in Ruhe

Zu den spezifischen Symptomen bei Atemnot gehören unter anderem ‚Blubbern‘ und Rasseln, Brodeln und Gurgeln, Pfeifen sowie Giemen. Zur unspezifischen Symptomatik der Atemnot zählen motorische Unruhe, Angst, Schwitzen, Blaufärbung (Zyanose) von Lippen sowie Fingerkuppen, Blutdruckanstieg oder -abfall, beschleunigter oder verlangsamer Pulsschlag (Tachy-/Bradykardie) sowie Beklemmungsgefühl.<sup>3</sup>

### Kriterien der Kreislaufinsuffizienz (Schock)

Zu den Allgemeinsymptomen der Kreislaufinsuffizienz zählen unter anderem Blutdruckabfall, beschleunigter Puls (Tachykardie), Bewusstseinsstörungen und meist blasse kaltschweißige, aber auch rote, warme Haut (je nach Schockform).<sup>4</sup>

AH2-2.1b  
Notfalldokumenta-  
tionsbogen Vital-  
zeichen

## 2. Notfalldokumentationsbögen

AH2-2.1c  
Notfalldokumenta-  
tionsbogen Organ-  
systeme

Die Erfassungsbögen dienen der strukturierten Dokumentation und Qualitätssicherung von kritischen bzw. akuten Ereignissen bei Bewohnerinnen und Bewohnern und ggf. zu ergreifenden Maßnahmen. Grundlegend vor der Anwendung ist eine Schulung der Symptomenkomplexe und eine Erläuterung der Handhabung. Entsprechend der meis-

1 Bundesärztekammer (2013): Indikationskatalog für den Notarzteinsatz. Handreichung für Telefondisponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen, Stand 22.02.2013, online [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/NAIK-Indikationskatalog\\_fuer\\_den\\_Notarzteinsatz\\_22022013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/NAIK-Indikationskatalog_fuer_den_Notarzteinsatz_22022013.pdf) (letzter Zugriff am 25.10.2018)

2 Bein, Berthold; Jan-Thorsten Gräsner, Patrick Meybohm et al. (2016): Zusatzweiterbildung Notfallmedizin. 1000 kommentierte Prüfungsfragen, Stuttgart (Thieme), S. 141

3 Andreae, Susanne (2009): Gesundheits- und Krankenpflege. EXPRESS Pflegewissen, Stuttgart (Thieme), S. 140

4 Secchi, Andreas; Thomas Ziegenfuß (2009): Checkliste Notfallmedizin, Stuttgart (Thieme), S. 254f.

tens vorliegenden Symptomatik wird der Notfalldokumentationsbogen „Vitalzeichen“ bzw. „Organsysteme“ zur strukturierten Erfassung von der Pflegefachkraft ausgewählt.

In der Kopfzeile sind Datum und Uhrzeit, Name der Bewohnerin/des Bewohners sowie der Name der Pflegefachkraft zu notieren. Die Spalte „Kriterium“ fasst einen Symptomenblock zusammen und dient der Übersicht. In der zweiten Spalte sind wesentliche Symptome aufgezählt, welche das ‚Kriterium‘ charakterisieren. Dabei sind potenziell vital bedrohende Symptome „farblich“ hinterlegt. Bei diesen Merkmalen ist eine besonders präzise und zügige Handlung notwendig. Alle Symptome, die bei dem Ereignis aufgetreten sind bzw. auftreten, werden in der dritten Spalte „anzukreuzen“ mit einem „Kreuz“ markiert.

Die „Beschreibung Zustand“ ist ein Freitextfeld, dort sollen ein Überblick der Gesamtsituation beschrieben und gegebenenfalls um zusätzliche Symptome ergänzt bzw. notiert werden (AH2-2.1b „Vitalzeichen“) und ermittelte Vitalzeichen notiert werden (AH2-2.1c „Organsysteme“). Im Freitextfeld „Verlaufskontrolle“ wird der Verlauf des Ereignisses nach einem festgelegten Kontrollintervall dokumentiert. Das Kontrollintervall ist im Feld „zusätzliche Bemerkungen“ auf der zweiten Seite zu dokumentieren, und – wenn nötig – in der Dienstübergabe zu übermitteln.

Das Freitextfeld „eingeleitete pflegerische Maßnahmen“ dient der Dokumentation der eingeleiteten pflegerischen und/oder angeordneten Interventionen der Pflegefachkraft, welche aufgrund des Ereignisses eingeleitet worden sind. Im Freitextfeld „Vitalzeichen“ werden die ermittelten Vitalzeichen beim Eintreffen der Pflegefachkraft notiert. Das Feld „Vitalzeichenverlauf“ dient zur Eintragung von Verlaufswerten der Vitalzeichen (AH2-2.1b „Vitalzeichen“).

Die zweite Seite des Bogens wird durch „Ankreuzen“ ausgefüllt. Im Freitextfeld können unter „ärztliche Anordnungen“ eventuell angeordnete Maßnahmen der Ärztin bzw. des Arztes dokumentiert werden. Bei „zusätzliche Bemerkungen“ können gegebenenfalls weitere ergänzende Bemerkungen aufgenommen werden. Der Notfalldokumentationsbogen dient abschließend zur Übergabe an die weiterversorgende Fachkraft und bei der Übergabe an den Rettungsdienst, Hausärztin bzw. Hausarzt oder Notärztin bzw. Notarzt.

### **Hinweise zum systematischen Vorgehen bei ausgewählten kritischen bzw. potenziell kritischen Ereignissen**

In der Arbeitshilfe sind beispielhafte Ablaufschemata für ausgewählte kritische Ereignisse aufgeführt. Die Schemata dienen der Schulung oder als Nachschlagewerk für die Pflegefachkräfte. Dargestellt ist, wie anhand von festgelegten Kriterien Entscheidungen getroffen werden können. Die Farbrunterlegung soll die Dringlichkeit bzw. Bedrohlichkeit verdeutlichen.

Derartige Schemata können beliebig weiterentwickelt werden. Jede Einrichtung kann je nach Notwendigkeit für ausgewählte Situationen, die besonders häufig auftreten oder für Unsicherheiten bei den Pflegefachkräften sorgen, Ablaufschemata entwickeln. Eine zusätzliche empfehlenswerte Möglichkeit ist es, diese Schemata gemeinsam mit den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten zu gestalten und auszuarbeiten, was gleichzeitig ein förderlicher Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation ist.

AH2-2.1d  
Ablaufschemata zum  
Vorgehen bei aus-  
gewählten kritischen  
bzw. potenziell kriti-  
schen Ereignissen

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Schulung von kritischen Situationen bei Bewohnerinnen und Bewohnern könnten gemeinsame regelmäßige Treffen mit Rettungsassistenten, Notfallsanitäterinnen bzw. Notfallsanitätern, Notärztinnen und Notärzten und Pflegefachkräften sein. In diesen Treffen könnten Fallbeispiele interdisziplinär bearbeitet und geschult werden. Dies fördert einerseits den fachlichen Wissenstransfer und bietet andererseits eine Betrachtung der Situationen aus unterschiedlichen Perspektiven mit der möglichen Folge, dass Verständnis und Akzeptanz der Berufsgruppen zunehmen.

Bei einem eingetretenen kritischen Ereignis oder einem Notfall ist folgendes Verhalten und Verfahren wichtig:

Bewahren Sie bitte Ruhe und Rufen Sie um Hilfe. Das Prüfen der Reaktion der Person erfolgt durch schütteln an den Schultern, lautes Ansprechen und das Setzen von Schmerzreizen durch Kneifen am Ohrläppchen oder an der Nasenscheidewand. Atemwegskontrolle und Freimachen der Atemwege müssen sehr schnell erfolgen. Der Nacken wird hierzu leicht überstreckt und das Kinn leicht angehoben. Hierzu lagern Sie die Bewohnerin/den Bewohner auf einem festen Untergrund auf den Rücken. Die Atemkontrolle erfolgt durch Sehen, Hören und Fühlen und nicht länger als 10 Sekunden. Alle Schritte müssen sehr zügig erfolgen, lassen Sie den Bewohner nicht mehr allein und Verfahren Sie nach dem Algorithmus.

Die Thoraxkompressionen erfolgen mit dem Handballen auf die Mitte des Brustkorbs, achten Sie bitte dabei darauf, dass Ihre Arme stets durchgedrückt sind. Die Kompressionstiefe sollte dabei etwa 5 cm betragen und mit einer Frequenz von 100-120/min. durchgeführt werden. Falls Sie nicht trainiert oder imstande sind zu beatmen, führen Sie kontinuierlich nur Thoraxkompressionen durch, achten Sie dabei auf ausreichende Entlastung des Brustkorbs während der Kompressionen. Das Fühlen des Pulses oder Messungen des Blutdrucks sind in den Reanimationsleitlinien nicht beschrieben, da die Priorität auf der Herzdruckmassage mit möglichst wenigen bzw. kurzen Unterbrechungen liegt, um das Ergebnis zu verbessern. Ist ein automatischer externer Defibrillator (AED) in der Einrichtung verfügbar, ist dieser schnellstmöglich anzuschließen und nach den Anweisungen des AED zu handeln. Dies setzt allerdings Einweisung und Schulung voraus, wie auch das Auffrischen der Kompetenzen der Ersten Hilfe und der Maßnahmen zur Wiederbelebung.

Wiederbelebungsmaßnahmen dürfen nicht unterbrochen werden, bis:

- eine Ärztin bzw. ein Arzt eintrifft oder er/sie Ihnen dies anweist,
- eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner wirklich aufwacht, also sich bewegt, die Augen öffnet oder normal atmet,
- Sie erschöpft und weitere Helfer erschöpft sind oder sich in Gefahr befinden.<sup>5</sup>

### 3. Schulungsmaterial für Pflegekräfte

**Hintergrund:** Genaue Beobachtungen von Bewohnerinnen und Bewohnern sind Grundlage des pflegerischen Handelns. Die aufgenommenen Reize aus der Umwelt werden von Beobachtenden verarbeitet und gedeutet, Folge ist eine Reaktion auf das Wahrgenommene. Pflegekräfte sind an diesem Punkt des Wahrnehmungsprozesses häufig

<sup>5</sup> German Resuscitation Council – Deutscher Rat für Wiederbelebung (2015): Reanimation 2015. Leitlinien Kompakt, online <https://www.grc-org.de/downloads/Leitlinien-2015-Kompakt.pdf>, S. 51-72 (letzter Zugriff am 25.10.2018)

unsicher, ob die beobachteten Veränderungen einen Stellenwert besitzen, wie sie zielgerichtet der Pflegefachkraft kommunizieren müssen und gegebenenfalls welche pflegerischen Maßnahmen eingeleitet werden können oder müssen. Erfahrungen in der Praxis haben gezeigt, dass bei Pflegekräften Unsicherheiten im Erkennen, Handeln und der angemessenen Kommunikation mit Pflegefachkräften besteht.

**Ziel:** Priorität hat die Sensibilisierung der Pflegekräfte bezogen auf das Erkennen und Handeln bei kritischen oder potenziell kritischen Ereignissen. Pflegekräfte haben gegenüber Pflegefachkräften oft den häufigeren und intensiveren Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie erleben sie häufiger in Alltagssituationen, deshalb ist es wichtig, dass Beobachtungen gezielt aufgenommen und nach Wissen und Erfahrung gefiltert werden können. Treten beispielsweise kritische Ereignisse bei Bewohnerinnen und Bewohnern auf, ist von Bedeutung, dass Pflegekräfte die Pflegefachkräfte gezielt und möglichst genau in Kenntnis setzen. Dies betont den Stellenwert einrichtungsinterner Qualifikation in Wissen und praktischem Handeln und die transparente Erfahrungsbildung der Pflegekräfte.

Ziel ist die Optimierung der Kommunikation, vor dem Hintergrund von Wissen und Erfahrung. Hierdurch wiederum sollen die Unsicherheiten der Pflegekräfte reduziert und „unnötiger“ Aktionismus bzw. Hektik vermieden werden. Wichtig sind die Bewohnersicherheit und die Schonung der personellen Ressourcen.

**Maßnahme:** Schulung von Pflegekräften. Die Pflegekräfte sollen lernen, als Laien Situationen zielgerichtet zu erkennen und die Pflegefachkraft mit strukturierten Informationen zum Ereignis zu versorgen. Sie sollen aber auch die Fähigkeit besitzen, alltägliche Maßnahmen gesichert und erfahren zu ergreifen.

Das Schulungsmaterial für Pflegekräfte ist an die AEDL-Struktur angelehnt. Den AEDLs sind mögliche beobachtbare Phänomene zugeordnet. Die von der Pflegekraft einzuleitenden Maßnahmen sind benannt. Die letzte Spalte beinhaltet die zu kommunizierenden Informationen der Pflegekräfte an die Pflegefachkräfte. Die Tabelle kann um pflegerische Phänomene ergänzt sowie erweitert werden und im Anschluss als kompaktes Nachschlagewerk von den Pflegekräften genutzt werden. Besonders für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger ist dieses Instrument geeignet, um den Wissensstand zu überprüfen, zu schulen und der Pflegekraft Sicherheit zu vermitteln. Denkbar ist auch ein Einsatz bei der Einarbeitung von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Unternehmens.

AH2-2.2  
Schulungsmatrix für  
Pflegekräfte zu  
kritischen Ereignissen

## Arbeitshilfe AH2-2.1a Kriterien für Notfallindikationen

Patrick Karpa, Bärbel Dangel

Funktion	Beispielhafte Krankheitsbilder
Bewusstsein	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schädel-Hirn-Trauma</li> <li>▪ Schlaganfall</li> <li>▪ Epileptischer Anfall</li> <li>▪ Koma</li> <li>▪ Vergiftungen</li> </ul>
Atmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asthmaanfall</li> <li>▪ Lungenödem</li> <li>▪ Verschlucken (Aspiration)</li> </ul>
Herz/Kreislauf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herzinfarkt</li> <li>▪ Akutes Koronarsyndrom</li> <li>▪ Hypertensive Krise</li> <li>▪ Kreislaufchock</li> <li>▪ Herzrhythmusstörungen</li> </ul>
Sonstige Schädigungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brust-/Bauchtrauma</li> <li>▪ Frakturen (Brüche) mit Fehlstellungen</li> <li>▪ Schlaganfall</li> <li>▪ Verbrennungen</li> <li>▪ Sturz aus Höhe</li> </ul>
Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herzinfarkt</li> <li>▪ Kolik</li> <li>▪ Verletzungen</li> </ul>

Tabelle AH2.9

### Beispielhafte Notarztindikationen<sup>1</sup>

Atmung	Bewusstsein	Herz/Kreislauf	Sonstige Schädigung	Schmerzen
Notfallbogen Vitalzeichen	Notfallbogen Vitalzeichen	Notfallbogen Vitalzeichen	Notfallbogen Organsysteme	Notfallbogen Organsysteme
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine normale Atmung</li> <li>▪ ausgeprägte/ zunehmende Atemnot</li> <li>▪ Atemstillstand</li> </ul>	reagiert nicht oder nicht adäquat auf Ansprechen und Rütteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ akuter Brustschmerz</li> <li>▪ Kreislaufstillstand</li> <li>▪ ausgeprägte/ zunehmende Kreislaufinsuffizienz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ schwere Verletzungen</li> <li>▪ schwere Blutungen</li> <li>▪ starke akute Schmerzen</li> <li>▪ akute Lähmungen</li> </ul>	akute starke und/ oder zunehmende Schmerzen
↓	↓	↓	↓	↓
<b>Notärztin bzw. Notarzt alarmieren</b>				

Abbildung AH2.1 Notarztindikationen

<sup>1</sup> Bundesärztekammer (2013): Indikationskatalog für den Notarzteinsatz. Handreichung für Telefondisponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen, Stand 22.02.2013, online [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/NAIKIndikationskatalog\\_fuer\\_den\\_Notarzteinsatz\\_22022013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/NAIKIndikationskatalog_fuer_den_Notarzteinsatz_22022013.pdf) (letzter Zugriff am 25.10.2018)



Kriterium	Symptome	anzukreuzen	Vitalzeichen	Vitalzeichenverlauf
<b>Blutdruck</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 180 mmHg syst.</li> <li>▪ &lt; 90 mmHg syst.</li> <li>▪ nicht messbar</li> <li>▪ &gt; 230 mmHg syst.</li> <li>▪ Seitendifferenz</li> </ul>			
<b>Puls</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 100/min</li> <li>▪ &lt; 60/ min</li> <li>▪ Arrhythmie</li> </ul>			
<b>Atmung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atemstillstand</li> <li>▪ Atemnot (Dyspnoe)</li> <li>▪ schwerste Atemnot (Orthopnoe)</li> <li>▪ Atemtiefe „flach“</li> <li>▪ Atemtiefe „tief“</li> <li>▪ Atemzüge &gt; 16/ min</li> <li>▪ Atemzüge &lt; 10/ min</li> <li>▪ Mundgeruch</li> <li>▪ Blubbern + Rasseln</li> <li>▪ Pfeifen + Giemen</li> <li>▪ Brodeln</li> </ul>	Sofort CPR		
<b>Blutzucker</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &lt; 4,0 mmol/l</li> <li>▪ &gt; 15mmol/l</li> </ul>			
<b>Temperatur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 39,0°C</li> <li>▪ &gt; 38,0°C</li> <li>▪ &lt; 36,0°C</li> </ul>			
<b>eingeleitete pflegerische Maßnahmen</b>				

Tabelle AH2.10

Datum + Uhrzeit:

.....

Name der Bewohnerin/des Bewohners:

.....

.....

Pflegefachkraft:

.....

<input type="checkbox"/> Hausärztin oder Hausarzt alarmiert	<input type="checkbox"/> per Telefon	<input type="checkbox"/> via Fax/ E-Mail
<input type="checkbox"/> kassenärztlicher Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/> keine Information	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst
<input type="checkbox"/> ärztliche Anordnungen	<input type="checkbox"/> Uhrzeit der Information .....	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<input type="checkbox"/> zusätzliche Bemerkungen		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<input type="checkbox"/> Notfallbogen wurde am: ..... um: ..... Uhr per Fax/ E-Mail an ..... übermittelt		

## Arbeitshilfe AH2-2.1c Notfalldokumentationsbogen Organsysteme

Patrick Karpa, Bärbel Dangel

Datum + Uhrzeit:

---

Name der Bewohnerin/des Bewohners:

---



---

Pflegefachkraft:

---

### Notfalldokumentationsbogen Organsysteme

Kriterium	Symptome	anzukreuzen	Beschreibung Zustand	Verlaufskontrolle
<b>Beginn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-30 Minuten</li> <li>▪ bis zu 6 Stunden</li> <li>▪ 7-24 Stunden</li> <li>▪ &gt; 1 Tag</li> </ul>			
<b>Kopf/Gehirn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwindel</li> <li>▪ hängender Mundwinkel</li> <li>▪ Sprachstörungen</li> <li>▪ Schluckstörungen</li> <li>▪ Doppelbilder</li> <li>▪ Sehverlust</li> <li>▪ Krampfanfall</li> </ul>			
<b>Niere/Ausscheidung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine</li> <li>▪ &lt; 500ml/Tag Urin</li> <li>▪ &gt; 4000ml/Tag Urin</li> <li>▪ konzentrierter Urin</li> <li>▪ Blutiger Urin</li> <li>▪ Schmerzen</li> </ul>			
<b>Magen/Darm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übelkeit (Nausea)</li> <li>▪ Erbrechen (Emesis)</li> <li>▪ Durchfall (Diarrhoe)</li> <li>▪ Verstopfung (Obstipation)</li> <li>▪ Blähungen (Flatulenz)</li> <li>▪ Darmgeräusche fehlend/vermindert</li> <li>▪ geblähter Bauch</li> <li>▪ harter Bauch</li> </ul>			

Kriterium	Symptome	anzukreuzen	eingeleitete pflegerische Maßnahmen	
<b>Extremitäten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rechter Arm</li> <li>▪ Rechtes Bein</li> <li>▪ Linker Arm</li> <li>▪ Linkes Bein</li> <li>Taubheit</li> <li>Lähmungen</li> <li>Kraftminderung</li> <li>Missempfindungen</li> <li>Fehlstellung</li> <li>Kälte</li> </ul>			
<b>Vegetativum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schweißausbruch</li> <li>▪ Zittern/Tremor</li> <li>▪ Aggressivität</li> <li>▪ Herzrasen</li> </ul>			
<b>Haut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ödeme</li> <li>▪ Blässe</li> <li>▪ Rötung</li> <li>▪ Gelbfärbung (Ikterus)</li> <li>▪ Verletzungen</li> </ul>			
<b>Schmerzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thorax</li> <li>▪ Abdomen</li> <li>▪ Kopf</li> <li>▪ Extremitäten</li> </ul> rechter Arm rechtes Bein linker Arm linkes Bein			
<b>Blutung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urin</li> <li>▪ Stuhlgang</li> <li>▪ Erbrechen</li> <li>▪ Nasenbluten</li> <li>▪ Kopf</li> </ul>			

Tabelle AH2.11

Datum + Uhrzeit:

---

Name der Bewohnerin/des Bewohners:

---

---

Pflegefachkraft:

---

<input type="checkbox"/> Hausärztin oder Hausarzt alarmiert	<input type="checkbox"/> per Telefon	<input type="checkbox"/> via Fax/ E-Mail
<input type="checkbox"/> kassenärztlicher Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/> keine Information	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst
ärztliche Anordnungen	Uhrzeit der Information .....	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
zusätzliche Bemerkungen		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Notfallbogen wurde am: ..... um: ..... Uhr per Fax/ E-Mail an ..... übermittelt		

## Schulungsmatrix für Pflegekräfte zu kritischen Ereignissen<sup>1</sup>

Patrick Karpa, Bärbel Dangel

AEDL	Phänomen	Pflegerische Handlung	Informationsinhalt an die Pflegefachkraft
<b>Kommunizieren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewohnerin/Bewohner spricht anders als gewohnt</li> <li>Sie/er spricht gar nicht mehr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewohnerin/Bewohner setzen lassen</li> <li>eventuell beruhigen</li> <li>Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwaschen/klar</li> <li>laut/leise</li> <li>verlangsamt/beschleunigt</li> <li>abgehackt/nur einzelne Worte</li> <li>klossig</li> <li>Wortverwechslungen</li> <li>Wortneubildungen</li> <li>Wortwiederholungen</li> <li>fehlendes Sprachverständnis</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner hat einen herabhängenden Mundwinkel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewohnerin/Bewohner setzen lassen</li> <li>keine Flüssigkeiten trinken lassen</li> <li>Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seit wann?</li> <li>Weitere Ausfälle?</li> <li>Welche Seite des Mundes?</li> <li>Speichelfluss? ja/nein</li> <li>Sprache verändert?</li> </ul>
<b>Sich bewegen</b>	Bewohnerin/Bewohner bewegt Arm/Bein gar nicht mehr	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewohnerin/Bewohner nicht mehr aufstehen lassen</li> <li>Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wann erstmals beobachtet?</li> <li>Welcher Arm/welches Bein ist betroffen?</li> <li>Schlaff oder gespannt?</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner hat unsicheren Gang und klagt über Schwindel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewohnerin/Bewohner nicht allein lassen</li> <li>Sie/ihn setzen lassen oder auf kürzestem Weg sicher begleiten</li> <li>Ggf. Rollstuhl/Bett</li> <li>Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wann erstmals beobachtet?</li> <li>Fällt Bewohnerin/Bewohner zur Seite?</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner klagt über Kribbeln, Brennen, Taubheit oder Stechen im Arm/Bein	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewohnerin/Bewohner nicht allein aufstehen/gehen lassen</li> <li>Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seit wann Beschwerden?</li> <li>Welcher Arm/welches Bein ist betroffen?</li> </ul>

<sup>1</sup> Oelke, Uta (2012): In guten Händen. Pflegebasiswissen, Berlin (Cornelsen). Hein, Bernd (2011): Krankenpflegehilfe. Altenpflegehilfe. Lehrbuch für Pflegeassistenten, München (Elsevier)

<b>AEDL</b>	<b>Phänomen</b>	<b>Pflegerische Handlung</b>	<b>Informationsinhalt an die Pflegefachkraft</b>
<b>Vitale Funktionen</b>	Blutdruck > 180mmHg/ systolisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner nach Befinden befragen und setzen lassen.</li> <li>▪ Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kopfschmerzen? ja/nein</li> <li>▪ Schwindel? ja/nein</li> <li>▪ Gesichtsfarbe? rot/blass</li> <li>▪ Herzrasen? ja/nein</li> <li>▪ Übelkeit? ja/nein</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner klagt über Atemnot	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner setzen lassen</li> <li>▪ Oberkörperhochlagerung Frischluftzufuhr</li> <li>▪ Sie/ihn beruhigen</li> <li>▪ Info sofort an Pflegefachkraft</li> <li>▪ sie/ihn möglichst nicht allein lassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atmung? beschleunigt/verlangsamt</li> <li>▪ Schnappatmung? ja/nein</li> <li>▪ Blaufärbung der Lippen?</li> <li>▪ Haut schweißig?</li> <li>▪ Atemgeräusche vorhanden?</li> </ul>
<b>Vitale Funktionen</b>	Bewohnerin/Bewohner sieht blass und schweißig aus und wirkt ermüdet	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner nicht allein lassen</li> <li>▪ Sie/ihn hinlegen lassen</li> <li>▪ Beine hochlagern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner wach/ansprechbar?</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner schwitzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach weiteren Beschwerden fragen</li> <li>▪ Kleidung lösen</li> <li>▪ Temperatur messen</li> <li>▪ Info Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ geäußerte Beschwerden?</li> <li>▪ ermittelte Temperatur?</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner friert	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach weiteren Beschwerden fragen</li> <li>▪ Decke/wärmere Kleidung</li> <li>▪ Temperatur messen</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ermittelte Temperatur?</li> <li>▪ Schüttelfrost? ja/nein</li> </ul>
<b>Sich pflegen</b>	Bewohnerin/Bewohner kann Waschlappen/Kamm/Rasierer oder Zahnbürste nicht mehr halten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner fragen, ob sie/er alles bewegen kann oder eine Extremität „kribbelt“?</li> <li>▪ Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Hand/Arm ist betroffen?</li> <li>▪ Seit wann sind die Beschwerden?</li> </ul>
	Haut der Bewohnerin/ des Bewohners ist blass und fühlt sich kalt an.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner setzen/legen lassen</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hautfarbe</li> <li>▪ Schweiß? ja/nein</li> <li>▪ Befinden des Bewohners?</li> </ul>

AEDL	Phänomen	Pflegerische Handlung	Informationsinhalt an die Pflegefachkraft
<b>Essen und Trinken</b>	Bewohnerin/Bewohner hustet mehrmals beim Essen und Trinken	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner nichts mehr trinken bzw. essen lassen</li> <li>▪ Mundinspektion</li> <li>▪ Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wobei hat der Bewohner gehustet?</li> <li>▪ Kam es schon öfters vor?</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner trinkt viel – mehr als gewöhnlich	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach Durstgefühl fragen?</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trinkmenge mitteilen</li> <li>▪ Seit wann trinkt Bewohnerin/Bewohner viel?</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner isst weniger als gewöhnlich	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach Appetit fragen?</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menge beschreiben</li> <li>▪ Seit wann isst Bewohnerin/Bewohner wenig?</li> <li>▪ Gesichtsausdruck?</li> </ul>
	Bewohnerin/Bewohner erbricht	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner nicht allein lassen</li> <li>▪ Oberkörperhochlagerung/ sitzend</li> <li>▪ Spuckbeutel</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeitpunkt?</li> <li>▪ z.B. vor/nach Essen, nach Medikamenten?</li> <li>▪ Geruch? z.B. kotartig/faulig</li> <li>▪ Farbe? z.B. hellrot, „kaffeesatzartig“</li> <li>▪ Beimengungen?</li> <li>▪ Schwallartig? ja/nein</li> <li>▪ Kopfschmerzen?</li> </ul>
<b>Ausscheiden</b>	Stuhlgang der Bewohnerin/ des Bewohners ist nicht normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner nach Befinden und Schmerzen fragen</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stuhlfarbe? z.B. schwarz/ rotbraun</li> <li>▪ Beimengungen? z.B. Blut</li> <li>▪ Konsistenz? z.B. fest, wässrig, schmierig</li> <li>▪ Schmerzen?</li> </ul>
	Urin der Bewohnerin/des Bewohners ist nicht normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befinden und nach Schmerzen beim Wasserlassen fragen</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urinfarbe? z.B. hell, dunkel, trüb, flockig, bierbraun, blutig</li> <li>▪ Geruch? z.B. übelriechend, faulig</li> <li>▪ Schmerzen?</li> </ul>
<b>Für eine sichere Umgebung sorgen</b>	Bewohnerin/Bewohner ist gestürzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner beruhigen</li> <li>▪ Hilfe holen</li> <li>▪ Schmerzen erfragen</li> <li>▪ Hinsetzen lassen</li> <li>▪ sie/ihn beobachten</li> <li>▪ Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wann war Sturz?</li> <li>▪ Wie ist sie/er gefallen?</li> <li>▪ Verletzungen? ja/nein/wo?</li> <li>▪ Blutungen? ja/nein/wo?</li> <li>▪ Fehlstellungen?</li> </ul>

<b>AEDL</b>	<b>Phänomen</b>	<b>Pflegerische Handlung</b>	<b>Informationsinhalt an die Pflegefachkraft</b>
<b>Soziale Bereiche sichern</b>	Bewohnerin/Bewohner ist teilnahmslos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner ansprechbar?</li> <li>▪ Wenn ja, nach Befinden fragen</li> <li>▪ Info an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wann beobachtet?</li> <li>▪ Schweiß? ja/nein</li> <li>▪ Blässe? ja/nein</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn nein, sofort Hilfe rufen und Bewohnerin/Bewohner nicht allein lassen</li> <li>▪ Schmerzreiz setzen,</li> <li>▪ wenn nein, sie/ihn auf den Rücken legen</li> <li>▪ Herzdruckmassage</li> </ul>	Wann wurde Bewohnerin/Bewohner letztmalig wach gesehen?
<b>Umgang mit existentiellen Erfahrungen</b>	Bewohnerin/Bewohner hat Angst	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewohnerin/Bewohner beruhigen</li> <li>▪ bequeme Sitzposition</li> <li>▪ Info sofort an Pflegefachkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todesangst? ja/nein</li> <li>▪ Haut blass? ja/nein</li> <li>▪ Schweiß? ja/nein</li> <li>▪ Atmung beschleunigt?</li> <li>▪ Lippen bläulich?</li> <li>▪ Verwirrtheit? ja/nein</li> </ul>

Tabelle AH2.12

## Arbeitshilfe AH2-3 Literaturverzeichnis

Bärbel Dangel

**Andreae, Susanne (2009):** Gesundheits- und Krankenpflege. EXPRESS Pflegewissen, Stuttgart (Thieme)

**Bein, Berthold; Jan-Thorsten Gräsner, Patrick Meybohm et al. (Hg.) (2016):** Zusatzweiterbildung Notfallmedizin. 1000 kommentierte Prüfungsfragen, Stuttgart (Thieme)

**Bundesärztekammer (Hg.):** Indikationskatalog für den Notarzteinsetz. Handreichung für Telefondisponenten in Notdienstzentralen und Rettungsleitstellen, Stand: 22.02.2013, online: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/NAIK-Indikationskatalog\\_fuer\\_den\\_Notarzteinsetz\\_22022013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/NAIK-Indikationskatalog_fuer_den_Notarzteinsetz_22022013.pdf) (letzter Zugriff am 09.12.2018)

**Dangel, Bärbel (2015):** Anforderungen an Qualifikation und Fähigkeiten von Pflegefachkräften in der pflegerischen Praxis und der beruflichen Ausbildung im Rahmen der Fachkräfteinitiative des LASV Brandenburg, Berlin (unveröffentlichter Bericht)

Das gesamte Sozialrecht SGB I bis SGB XI (2018), Regensburg (Wallhalla)

Deutscher Bundestag (2007): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Drucksache 16/6339, veröffentlicht am 07.09.2007

**Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2009):** Expertenstandard Entlassungsmanagement, 1. Aktualisierung, Osnabrück (Eigenverlag)

**German Resuscitation Council – Deutscher Rat für Wiederbelebung (Hg.) (2015):** Reanimation 2015. Leitlinien Kompakt, online: <https://www.grc-org.de/downloads/Leitlinien-2015-Kompakt.pdf>, S. 51-72 (letzter Zugriff am 18.01.2018)

Gesetz über das Wohnen mit Pflege und Betreuung des Landes Brandenburg (Brandenburgisches Pflege- und Betreuungsgesetz – BbgPBWoG), Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg Teil I Nr. 13 vom 17.07.2009

Gesetz über den Beruf der Altenpflegehelferin und des Altenpflegehelfers im Land Brandenburg (Brandenburgisches Altenpflegehilfegesetz – BbgAltPflHG) vom 27.05.2009 (GVBl. I/09, [Nr. 07], S. 154), geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 15.07.2010 (GVBl. I/10, [Nr. 28])

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25.08.2003 (BGBl. I, S. 1690), das zuletzt durch den Artikel 1b des Gesetzes vom 17.07.2017 (BGBl. I, S. 2581) geändert worden ist, online: <http://www.gesetze-im-internet.de/altpflg/BJNR151310000.html> (letzter Zugriff am 09.12.2018)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrpflG) vom 16.07.2003 (BGBl. I, S. 1442), das zuletzt durch den Artikel 1b des Gesetzes vom 17.07.2017 (BGBl. I, S. 2581) geändert worden ist, online: [http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg\\_2004/BJNR144210003.html](http://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html) (letzter Zugriff am 09.12.2018)

Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17.07.2017, Bundesgesetzblatt I, S. 2581ff.

**Hein, Bernd (Hg.) (2011):** Krankenpflegehilfe. Altenpflegehilfe. Lehrbuch für Pflegeassistenten, München (Elsevier)

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27.05.2011

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hg.) (2017): Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017, Essen/Berlin (Eigenverlag)

**Oelke, Uta (Hg.) (2012):** In guten Händen. Pflegebasiswissen, Berlin (Cornelsen)

Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach §39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 17.10.2016.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) in der Fassung vom 14.11.2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 27.01.2014 B4, in Kraft getreten am 28.01.2014, zuletzt geändert am 20.10.2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.12.2016 B5, in Kraft getreten am 24.12.2016

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) in der Fassung vom 18.12.2008/22.01.2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 Nr. 49a, zuletzt geändert am 17.11.2017, veröffentlicht BAnz AT 17.01.2018 B1, in Kraft getreten am 18.01.2018

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), in der Neufassung vom 17.09.2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 09.02.2010, in Kraft getreten am 10.02.2010, zuletzt geändert am 16.03.2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 24.11.2017, in Kraft getreten am 25.11.2017

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL), in der Fassung vom 19.05.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30.06.2011, in Kraft getreten am 01.07.2011, zuletzt geändert am 21.09.2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.11.2017 B1, in Kraft getreten am 01.01.2018

**Secchi, Andreas, Thomas Ziegenfuß (Hg.) (2009):** Checkliste. Notfallmedizin, Stuttgart (Thieme)

**Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung, online:** [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5) (letzter Zugriff am 09.12.2018)

**Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung, online:** [www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11) (letzter Zugriff am 09.12.2018)

Verordnung über die Anforderungen an die Strukturqualität in Einrichtungen und ihnen gleichgestellten Wohnformen nach dem Brandenburgischen Pflege- und Betreuungswohngesetz (Strukturqualitätsverordnung – SQV) vom 28.10.2010 (GVBl. II [Nr. 74])



## Notizen



## Notizen



# Das Handbuch im Überblick

Das Handbuch „Anforderungen an Pflegefachkräfte – Entwicklung innovativer Personalentwicklungs- und Einsatzkonzepte“ umfasst insgesamt 7 Hefte mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten.



**Heft 1**  
**Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung**



**Heft 2**  
**Aufgaben und Anforderungen an Pflegefachkräfte**



**Heft 3**  
**Ausbildung, Rekrutierung und Personalbindung**



**Heft 4**  
**Einarbeitung, Personaleinsatz und Delegation**



**Heft 5**  
**Weiterbildung, Teamarbeit und Wissenstransfer**



**Heft 6**  
**Angehörigen- und Freiwilligenarbeit**



**Heft 7**  
**Veränderungen umsetzen, Kompetenzen entwickeln**

Die Einzelhefte gliedern sich jeweils in zwei oder drei Haupttexte mit generellen Ausführungen zu einem speziellen Thema. Hinzu kommen Arbeitshilfen für den praktischen Einsatz in stationären Einrichtungen, sie umfassen Instrumente, Checklisten, Formulare, Richtlinien und vieles mehr.

Das Handbuch ist in folgenden Formaten verfügbar:



**Print**



**PDF**



**[www.handbuch-pflege.de](http://www.handbuch-pflege.de)**

**Landesamt für Soziales und Versorgung**

Lipezker Straße 45, 03048 Cottbus

T. 0355-289 32 01

E. [post@lasv.brandenburg.de](mailto:post@lasv.brandenburg.de)

[www.lasv.brandenburg.de](http://www.lasv.brandenburg.de)