



Screenings und Assessments als Filterfunktion für die Familiäre Pflege

Jan-Willem Waterböhr, Marco Kühn
Bielefeld 2018

1. Assessments und Screenings

Der Begriff Assessment ist sehr weit gefasst und schließt neben dem Sammeln von Informationen auch deren Beurteilung ein. Sie lassen sich der Diagnostik als Teil des Pflegeprozesses zuordnen (vgl. Bartholomeyczik 2015, Bartholomeyczik & Hunstein 2006). Die Durchführung von Assessments ist eine multiprofessionelle Aufgabe, die von verschiedenen Professionen durchgeführt werden und einen hohen Aufwand zur Koordination haben (vgl. Spirig et al. 2007). Für die Familiäre Pflege liegt das Augenmerk auf pflegebezogene Assessmentinstrumenten (vgl. Reuschenbach 2011).

Pflegebezogene Assessmentinstrumente sind folglich standardisierte Hilfsmittel, die zur zielgerichteten Erhebung pflegerelevanter Informationen genutzt werden. Eine besondere Form ist das Screeninginstrument, welches für eine erste Einschätzung genutzt wird. Sie werden häufig als Filter eingesetzt, um einen weiteren Handlungsbedarf (differenzierte Assessments) ermitteln zu können (vgl. ebd., S. 34; Bartholomeyczik 2015, S. 37f.). Die Auswahl eines Screeninginstruments für anschließende Assessments ist für die Familiäre Pflege anhand der Nützlichkeit zur Filterung von Patient*innen zu treffen, die aus der häuslichen Versorgung im Krankenhaus aufgenommen werden. Daher sind die Assessments für die Familiäre Pflege nicht der Diagnostik, sondern ihrer Filterfunktion zuzuordnen. Über die im KIS hinterlegten Assessmentergebnisse, auch die anderer Berufsgruppen, lässt sich die Familiäre Pflege beauftragen und ein erstes Bild der Patient*innen (z.B. Allgemeinzustands, Wohn- und Versorgungssituation) erstellen. Inhaltlich ist ein Assessment für die Familiäre Pflege anschlussfähig, wenn ein Assessmentinstrument insgesamt oder in Teilen, Hinweise auf eine (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit gibt.¹

Für die Familiäre Pflege existieren drei Möglichkeiten mit Hilfe von Assessments an Prozesse anschlussfähig zu werden: vorhandene Assessmentinstrumente zu nutzen, vorhandene Assessmentinstrumente zu ergänzen oder neue Assessmentinstrumente einzuführen. Sofern im jeweiligen Krankenhaus Assessmentinstrumente vorhanden sind, die regelmäßig und frühzeitig für eine möglichst große Anzahl von Patient*innen durchgeführt werden und in relevanten Teilen auf Pflegebedürftigkeit hinweisen, können diese direkt zu Beauftragung der Familiären Pflege genutzt werden (vgl. Waterböhr & Kühn 2018). Wenn im Krankenhaus Assessmentinstrumente vorhanden sind, die regelmäßig und frühzeitig für eine möglichst große Anzahl von Patient*innen durchgeführt werden, die jedoch in

¹ Bartholomeyczik und Hunstein sehen einen Nutzen von Assessmentinstrumenten für die Pflege in der sogenannten „gedächtnisunterstützende[n] Funktion“, die darin besteht, „auf verschiedene Inhalte ‚gestoßen‘ zu werden (Bartholomeyczik & Hunstein 2006:565). Gerade in Krankenhäusern, in denen sich die Familiäre Pflege noch im Aufbau befindet oder nicht systematisch in die Entlassungsprozesse integriert ist, kann die gedächtnisstützende Funktion der Assessmentinstrumente hilfreich sein. (vgl. Waterböhr & Kühn 2018).



Teilen nicht auf Pflegebedürftigkeit hinweisen, aber mit geringem Aufwand ergänzt werden können, ist es möglich, auch die ergänzten Assessmentinstrumente für die Beauftragung der Familialen Pflege zu verwenden. Ein möglicher Mehraufwand, der mit der Ergänzung entsteht, ist im Arbeitsalltag des Krankenhauses zu berücksichtigen und mit den durchführenden Fachkräften zu erörtern.

Um Assessmentinstrumente zu verändern, muss ebenfalls beachtet werden, ob die als valide eingestufte Berechnung des Instruments beeinflusst oder diese unabhängig ergänzt wird:

„Ein Instrument, das mit einer Berechnung arbeitet, um ein Risiko festzustellen (z.B. die Braden-Skala zur Einschätzung eines Dekubitusrisikos) oder das Ausmaß eines Phänomens zu beschreiben (z.B. der Barthel-Index zur Beschreibung der körperlichen Selbstpflegefähigkeit), darf auf keinen Fall geändert werden. Jede Änderung würde die Berechnung verändern und damit ist das Instrument nicht mehr das ursprüngliche. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn die Berechnungen und die Formulierungen ausführlich wissenschaftlich getestet wurden. Wenn jede Frage einzeln für sich steht, ohne dass sie zur Auswertung mit anderen verknüpft werden muss, kann ein Instrument ergänzt werden. Dann ist es aber ebenfalls nicht mehr das ursprüngliche.“ (Bartholomeyczik 2015:38)

Die Einführung eines neuen Assessmentinstruments ist besonders aufwendig und nur sinnvoll, wenn sie nicht allein die Familiale Pflege betreffen, sondern auch für andere Bereiche nützlich und hilfreich sind. Durch sie entstehen sonst ein hoher Aufwand, hohe Systemkosten und neue Aufgaben für das Fachpersonal. Es ist daher günstiger, vorhandene Assessmentinstrumente zu nutzen oder zu ergänzen.

2. Pflegerische Assessments und Pflegebedürftigkeit

Die Familiale Pflege nutzt vorhandene Screenings und Assessments primär als Filter zur frühen Identifikation von Patient*innen, wenn eine vorhandene Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1-5) oder einer zeitnah zu erwartenden Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI Aufnahmeprozesse nicht systematisch erhoben werden – diese schließt eine Neben- oder Sekundärdiagnose bzw. eine zeitnah zu erwartende Demenzdiagnose ein. An die systematische Erfassung der (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit knüpft sich die Beauftragung der Pflegetrainer*innen als Teil der Entlassungsprozesse im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche, pflegerische Anschlussversorgung.

Es ist derzeit noch eine offene Frage, welche Screenings und Assessments besonders geeignet sind, eine mögliche oder vorhandene Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (§14 SGB XI nach dem Pflegestärkungsgesetz II) zu erfassen. Ebenso stellt sich die Frage, ob und wie die geeigneten Screening- und Assessmentinstrumente systematisch in die Aufnahmeprozesse der Krankenhäuser implementiert werden können. Zu berücksichtigen sind die Handlungsroutinen der elektiven und Notfallaufnahmen: Sie zielen auf die Stabilisierung der Patient*innen. Die systematische Erfassung der prästationären Versorgungssituation oder der poststationären Versorgungsbedürfnisse spielen eine nachgeordnete Rolle und sind in der Praxis nur vereinzelt zu finden.



Auch gestaltet sich ein Instrument wie das Begutachtungsinstrument² für die Aufnahme- prozesse als zu umfangreich und für die krankenhäusliche Zielsetzung der Gesundheit von Patient*innen als ungeeignet. Entsprechend sind kürzere Screening- und Assessment- instrumente zu wählen, die auf zentrale Aspekte der Pflegebedürftigkeit ausgelegt sind. Diese betreffen die Einschränkung der Selbstständigkeit in den folgenden Bereichen:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung etc.)³
- Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Um die Verträglichkeit der Screening- und Assessmentinstrumente als Prozessbausteine in den Aufnahmeprozessen zu erhöhen, ist es zielführend die pflegfachlichen und politischen Vorgaben zur Gestaltung der Aufnahmeprozesse zu berücksichtigen und diese den Bedürfnissen der einzelnen Krankenhäuser organisationsscharf anzupassen. Zu unterscheiden sind jene Formen von Screening- und Assessmentinstrumenten, die soziale und Versorgungsaspekte zum Aufbau eines Entlassungsmanagements berücksichtigen und jene, die eine geriatrische Identifizierung von (geriatrischen) Risikopatient*innen ermöglichen. Beide Formen identifizieren nicht vollständig jene Patient*innen mit einer vorhandenen Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI – dieses ermöglicht nur das Begutachtungsinstrument – sie ermöglichen jedoch pflegfachliche Hinweise auf eine vorhandene Pflegebedürftigkeit. Für die Familiäre Pflege sind darüber hinaus Informationen relevant, die auf die familiäre Versorgungssituation in der Häuslichkeit hindeuten. Im Anschluss sind entsprechende Prozesse im Krankenhaus und/oder für die poststationäre Versorgung einzuleiten.

2.1. Assessments zur poststationären Versorgung

Seit Oktober 2017 gilt der Rahmenvertrag Entlassmanagement⁴, welcher zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen wurde. Er gilt für Patient*innen aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen der Krankenhäuser (§1). Es handelt sich dabei um eine bindende Grundlage aller beteiligten juristischen Personen (hier u.a. Krankenhäuser).

Im Rahmen des schriftlich festgelegten, standardisierten, multiprofessionellen sowie patientenindividuellen, ressourcen- und teilhabeorientierten Entlassungsmanagements (§§ 2, 3.1) ist ein geeignetes Assessment vorgeschrieben, welches den poststationären und möglichen komplexen Versorgungsbedarf (durch einen Arzt) identifiziert und die Grund-

² [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo PSGII Kurzversion.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_Kurzversion.pdf)

³ Diese Bereiche werden im Begutachtungsinstrument mit 40% doppelt gewichtet.

⁴ http://kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (Stand 02.10.2018).



lage für den Entlassplan darstellt (§ 3.2). Es sollen prästationäre Situationen (z.B. Häusliche Versorgung, Ambulante Pflegedienste etc.) berücksichtigt werden. Erforderliche Maßnahmen sind frühestmöglich einzuleiten (§ 3.3).

Die Anlagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft II⁵ und III⁶ beinhalten sowohl Empfehlungen für einen Mindeststandard eines entsprechenden Assessments, welches sich zum Großteil an den Kategorien des Begutachtungsinstruments orientiert, als auch Elemente für einen Entlassplan, die die geforderten und folgenden Maßnahmen im Anschluss an das Assessment systematisiert. Ähnliche, auf pflegfachliche Aspekte fokussierte Vorgaben (Initiales Screening mit differenzierten Assessments) sind im Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ (DNQP 2009) enthalten, die sich derzeit in der Überarbeitung befinden.⁷

2.2. Assessments zur Identifizierung eines geriatrischen Versorgungsbedarfs

Die Krankenhausplanungen – hier beispielhaft für Nordrhein-Westfalen⁸ und Schleswig Holstein⁹ zusammengetragen – schreiben ebenso ein Screenings mit anschließender Einleitung von geeigneten Maßnahmen (v.a. vertiefende Assessments) nach Vorbild des DNQP 2009 vor. Die geforderten Screenings zielen im Unterschied zum Rahmenvertrag Entlassmanagement auf die frühe Identifizierung von Patient*innen, die von geriatrischen (Komplex-)Versorgungen profitieren können. Ziel ist die Überführung der identifizierten Patient*innen in ein geriatrisches Netzwerk, dessen Initialpunkt das Krankenhaus ist.

Gefordert werden (initiale) Screenings, für die ISAR (Identification of Seniors at Risk) als Mindeststandard gilt. Differenzierte Assessments vertiefen anschließend die Auffälligkeiten in den Screenings, sie sind organisations-scharf einzusetzen. Die Identifizierung von Patient*innen mit geriatrischem Versorgungsbedarf deutet ebenso, jedoch nicht abschließend wie das Begutachtungsinstrument auf eine Pflegebedürftigkeit hin, jedoch kann insbesondere das ISAR-Screening ergänzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass sich die Berechnung und damit die Validität des ISAR-Screenings nicht ändern. Die Ergänzungen dürfen auf den Ergebnisscore der ersten sechs Fragen keinen Einfluss haben, sie können jedoch zusätzliche Informationen liefern, um weitere Assessments oder nachfolgende Prozesse ergänzend auszulösen.

⁵ http://www.dkgev.de/media/file/69171.Anlage_II_Hinweise_Assessment.pdf (Stand 28.02.2018).

⁶ http://www.dkgev.de/media/file/69181.Anlage_III_Checkliste_Entlassplan.pdf (Stand 28.02.2018).

⁷ Zum jetzigen Zeitpunkt der Aktualisierung kann gesagt werden, dass weder der DNQP 2009 noch 2019 konkrete Vorgaben zu Screening- und Assessmentinstrumenten macht, sondern diese den eigenen Anforderungen der Krankenhäuser überlassen wird.

⁸ <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/herunterladen/der/datei/20130725-krankenhausplan-nrw-2015-pdf-1/von/krankenhausplan-nrw-2015/vom/mags/2732> (Stand 02.10.2018), S. 94 f.

⁹ https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Downloads/Krankenhausplan_2017_Teil_A.pdf;jsessionid=2779577D33B289F7A5629085CD0ABB69?blob=publicationFile&v=10 (Stand 02.10.2018), S. 38 und 43.



3. Assessments zur Beauftragung der Familialen Pflege

Der Familialen Pflege bieten die Screenings und Assessments eine Möglichkeit zur Prozesssteuerung und Organisationsentwicklung in den Krankenhäusern, an deren Ende einerseits die Beauftragung der Pflegetrainer*innen als Teil der Entlassungsprozesse und andererseits ein Professionalisierungsschritt zur Rollenentwicklung stehen.¹⁰ Dabei bilden die Ergebnisse der Screening- und Assessmentinstrumente die Grundlage zur pflegefachlichen Einschätzung einer zu erwartenden Pflegebedürftigkeit nach §14 SGB XI im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt.

Die Identifizierung einer (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit ist daher Systemaufgabe der Krankenhäuser, die von den Pflegetrainer*innen eingefordert, ergänzt und anschließend verwendet werden kann – seit 2017 sind die Pflegegrade OPS-kodiert (9-984).¹¹ Dadurch entsteht für die Familiäre Pflege die Möglichkeit, an die Aufnahmeprozesse eigene Workflows zu definieren und einzufordern. Andernfalls – so die konzeptionellen Überlegungen und beratenden Beobachtungen des Modellprogramms Familiäre Pflege – bleibt die Beauftragung der Familialen Pflege aus. Hintergrund ist der periphere Charakter der Arbeit mit den Angehörigen (Gröning 2015; Klatetzki 2003; von Kamen 2015), die zu einer Desintegration der Versorgung und Beratung in den Entlassungsprozessen führt. Die Beauftragung der Familialen Pflege als Folge der Erfassung eines vorhandenen Pflegegrads oder der pflegefachlichen Einschätzung anhand der Ergebnisse der Screenings und Assessments reintegriert die Angehörigenarbeit in die Ablaufprozesse der Krankenhäuser (vgl. Feuerstein 1993).

Die Beauftragung der Pflegetrainer*innen knüpft sich daher an:

1. die systematische Erfassung eines Pflegegrads 1-5 als Teil der systematischen Aufnahme-prozesse
2. anhand der professionellen Einschätzung des Pflegefachpersonals zu einer (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit, falls noch kein Pflegegrad vorliegt. Die Einschätzung stützt sich ergänzend auf die Ergebnisse geeigneter Screening- und Assessmentinstrumenten.

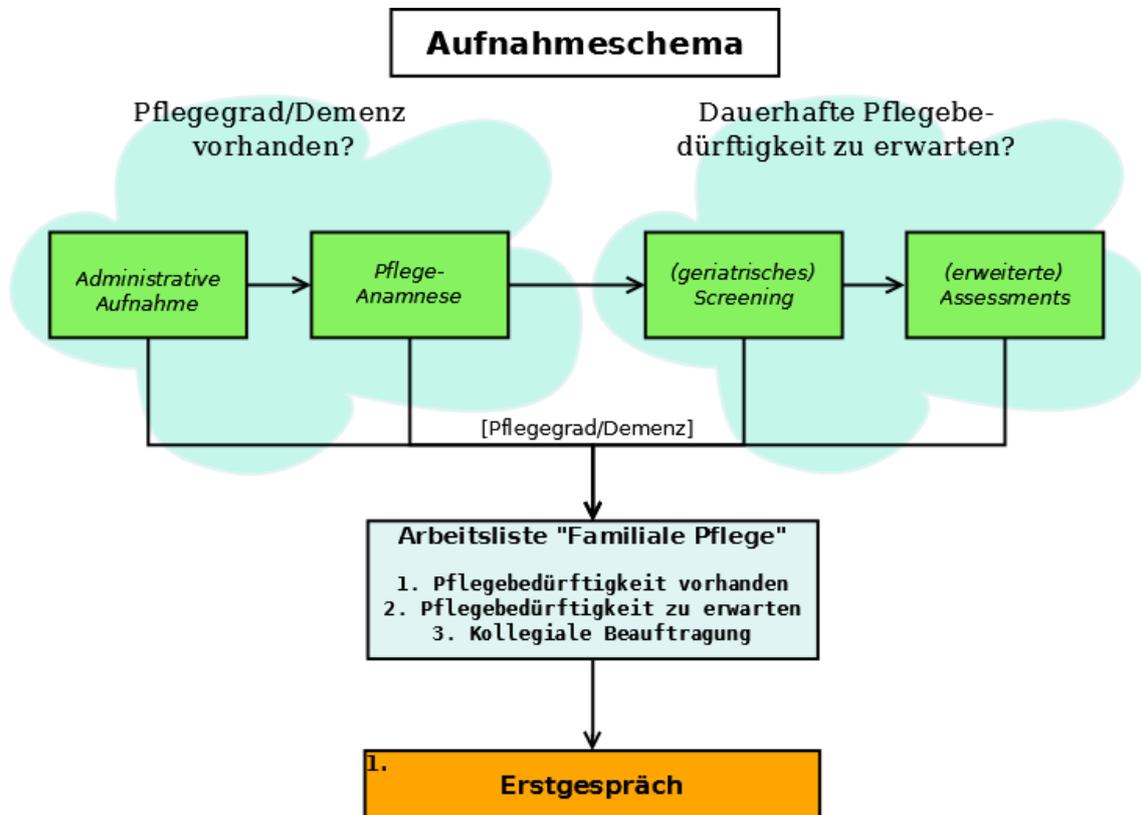
Die Beauftragung der Familialen Pflege wird über das Krankenhausinformationssystem (KIS) realisiert, welches die intersektorale und interprofessionelle Kommunikation ermöglicht. Konsiliarische Beauftragung im Anschluss an die Screenings und Assessments oder der gesteuerte Zugriff auf die Ergebnisse der Screening- und Assessmentinstrumente ermöglichen eine möglichst frühe Beauftragung (Gröning, Lagedroste & von Kamen 2015, Lebeda & Waterböhr 2017, Waterböhr & Kühn 2018).

¹⁰ Die Pflegetrainer*innen sollen entscheiden, welche patient*innen- und angehörigen-identifizierenden Kriterien der Organisation Krankenhaus zur Verfügung stehen müssen, um das Klientel für die Familiäre Pflege sichtbar zu machen. Die Auswahl oder Erweiterung eines geeigneten Screenings oder Assessments zur Beauftragung der Familialen Pflege obliegt der fachlichen und organisationsanalytischen Expertise und Erfahrung der Pflegetrainer*innen.

¹¹ <http://www.icd-code.de/ops/code/9-984.6.html> (Stand 12.09.2018).



Es entsteht folgendes Schema zur Beauftragung der Pflegetrainer*innen im Anschluss an die Aufnahmeprozesse im Krankenhaus unter Nutzung des Krankenhausinformationssystems:



4. Kritik am ISAR-Screening

Kritik am ISAR-Screening wird beispielsweise von Simone Gurlit (2018) in einer Praxisstudie mit 88 Notfallpatient*innen in der Unfallchirurgie und 93 Elektivpatient*innen in der Orthopädischen Chirurgie formuliert. 85,2% der Notfallpatient*innen und 48,8% der Patient*innen der Elektivpatient*innen wurden mit ≥ 2 Punkten bei ISAR-Screening ermittelt. Zum Vergleich wurden bei jenen Patient*innen, die keine Vordiagnose Demenz besaßen, zusätzlich ein Mini-Mental-State (MMST) und ein Confusion Assessment Method (CAM) Screening durchgeführt.

Gurlit weist darauf hin, dass es sowohl in der Notfall- wie auch in der Elektivaufnahme Patient*innen gibt, die im ISAR-Screening als negativ (≤ 1) und im MMST als auffällig ermittelt wurden. Sie kommt daher zu zwei zentralen Ergebnissen:

1. Das ISAR-Screening eignet sich nur eingeschränkt zur Früherkennung einer kognitiven Einschränkung von Patient*innen – d.h. als diagnostisches Assessment,
2. die Filterfunktion des ISAR-Screenings nach Patient*innen mit einem geriatrischen Versorgungsbedarf ist aufgrund der hohen Auffälligkeitswerte (85,2% Notfall, 48,5% elektiv) ebenfalls stark eingeschränkt.

Die Erhöhung des Cut-Off-Werts von ISAR ≥ 2 auf ISAR ≥ 3 würde hingegen noch mehr Patient*innen mit kognitiven Auffälligkeiten nicht identifizieren. Demnach sei das ISAR-



Screening nur in Verbindung mit einem weiteren Screening zur Kognition bzgl. der Früherkennung einer kognitiven Einschränkung aussagekräftig (ebd., S. 390-392). In der Kooperation mit einem Klinikum, welches die Familiäre Pflege umsetzt, hat in einer kurzen Testphase zum Einsatz des ISAR-Screenings einen Positivwert (ISAR ≥ 2) von mehr als 50% der gescreenten Patient*innen ergeben, von denen wiederum 69% einen Wert ≥ 3 aufwiesen. Jedoch durchliefen nur 91 von 184 neu aufgenommenen Patient*innen das Screening in dem vorgegebenen Zeitraum. Weitere Ergebnisse zum Einsatz des ISAR-Screenings sind noch offen. Eine klare und eindeutige Aussage zum Nutzen des ISAR-Screenings lässt sich wissenschaftlich noch nicht ermitteln. Eine weiterführende Aussage, unter welchen Bedingungen das ISAR-Screening als Filter geeignet wäre, trifft Gurlit darüber hinaus nicht.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass das ISAR-Screening sowohl in der Krankenhausplanung Nord-rhein-Westfalen (2015) als auch in Schleswig Holstein (2017) lediglich als Mindeststandard vorgegeben ist. Eine Weiterentwicklung der Screeninginstrumente oder gleichwertige Verfahren, die sich darüber hinaus den Anforderungen des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V genügen, wird empfohlen (KHP NRW 2015, S. 95; KHP SH 2017, S. 39).

5. Der praktische Umgang mit Screenings und Assessments zur Prozesssteuerung

In einigen Krankenhäusern hat das Modellprogramm Familiäre Pflege Ergänzungen des ISAR-Screenings oder eigene Screenings gefunden. Diese zielten einerseits auf eine effektivere Filter-funktion des ISAR-Screenings zur Identifizierung von geriatrischen Risikopatient*innen, andererseits auf die direkte Beauftragung der Pflegetrainer*innen im Anschluss an die Aufnahmeprozesse.

Beispiel 1:

In Krankenhaus 1 wird das ISAR-Screening zur Früherkennung von Patient*innen mit (vorhandener) Demenz oder mit erhöhtem Delirrisiko eingesetzt – beides wird nur selten in den Krankenhäusern standardmäßig bei der Aufnahme erhoben. Im Anschluss werden entsprechende Funktionsbereiche des Krankenhauses an die Aufnahmesituation über das KIS konsiliarisch angefordert. Das ISAR-Screening wurde um die folgenden zwei Fragen erweitert:

7. Wurde schon einmal eine Demenz diagnostiziert?
8. Gab es bei früheren Krankenhausaufenthalten Verwirrtheitszustände?

Das ISAR-Screening wird dann als ‚positiv‘ gewertet, wenn ISAR ≥ 2 in den Fragen 1-6 oder ISAR ≥ 1 in den Fragen 7-8 ergibt.

Beispiel 2:

In Krankenhaus 2 wird zunächst das unveränderte ISAR-Screening für alle Patient*innen ab 75 Jahren, nach Sturzereignis, Desorientiertheit oder mit einer primären geriatrischen Diagnose durchgeführt und im KIS hinterlegt. Bei ISAR ≥ 2 wird in der geriatrischen Abteilung anschließend ein Post-Screening durchgeführt, welches weitere Maßnahmen mit den Patient*innen und ihren Angehörigen plant. Berücksichtigt werden Maßnahmen aus der Geriatrie und Frührehabilitation, zur Kognition und Medikamen-



teneinnahme sowie zur Mobilität und Motivation. Abschließend kann direkt ein Geriatri-sches Konsil gestellt werden.

Parallel werden die Medikamente erfasst und für die weitere Medikation mit einer Nega-tiv-Liste abgeglichen, die Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten mit den Medika-menten aufzeigt – hinterlegt ist ebenso die Priscus-Liste.

Beispiel 3:

In Krankenhaus 3 wurde das geriatrische Screening (nach Vorlage des ISAR-Screenings) voll-ständig im KIS hinterlegt und ausgefüllt. Das Screening mit insgesamt sechs Fragen fragt nach Alter 75+, reduzierter Mobilität, Pflegebedürftigkeit und Multi-morbidität. Die sechs Fragen sind so formuliert, dass sie für den Stationsalltag besser verständlich sind und auch von Hilfskräften durchgeführt werden können. So ist bei-spielsweise Frage zwei wie folgt umformuliert worden: „Pflege nötig? (Pflegerstufe vor-handen, braucht Hilfe im Alltag)“. Bei einem Wert ≥ 3 liegt für das Haus eine geriatrische Auffälligkeit vor, die mit einem differenzierten Assessment auf der geriatrischen Station vertieft werden kann.

Unterhalb des geriatrischen Screenings können von der durchführenden Pflege Fach-oder Hilfskraft folgende drei Optionen angefordert werden:

- Info an Arzt
- Geriatri-sches Konsil
- Anmeldung Famili-ale Pflege

Beispiel 4:

In Krankenhaus 4 (Psychiatrie) ist ein eigenes und einfaches initiales Screening entwi-kelt worden, welches speziell und für alle Stationen leicht verständlich nach der Selbstständigkeit der Patient*innen in pflegerelevanten Bereichen fragt. Zunächst wer-den Alter, Geschlecht und Wohnsituation der Patient*innen erfasst, anschließend die Selbstständigkeit in den Bereichen Mobilität, Ernährung/Selbstversorgung, Hygiene, Orientierung, Tages-rhythmus Therapiebewältigung sowie ob ein Pflegegrad vorliegt und ob Angehörige im All-tag helfen.

Die Antworten sind mit Punkten hinterlegt (meistens von 0-2). Ab einem eigens festge-legten Wert, der für die Stationen (z.B. Sucht, Depression, Geronto) unterschiedlich ge-legt werden kann, wird ein Konsil für die Famili-ale Pflege oder andere Bereiche ausge-löst.



Literatur

- Bartholomeyczik (2015): Die richtigen Schlüsse ziehen. Assessment-Instrumente in der Pflege, In: Die Schwester Der Pfleger, 54 (9), S. 36-39.
- Bartholomeyczik, S. & Hunstein, D. (2006). Standardisierte Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen, In: Pflegezeitschrift, 59 (9), S. 564-566.
- Feuerstein, G. (1993). Systemintegration und Versorgungsqualität. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen, in: Badura, B. & Feuerstein, G. (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim/München: Juventa-Verlag. S. 41-67.
- Gröning, K. (2015). Organisationswissenschaftlicher Ansatz des Modellprojekts Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG.
URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pfleger/materialien/groening-ansatz.pdf
- Gröning, K., Lagedroste, C. & von Kamen, R. (2015). Lerneffekte und Lernprozesse bei pflegenden Angehörigen.
URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pfleger/materialien/evaluation/Lerneffektstudie.pdf
- Gurlit, S. (2018). Präoperative Identifikation mit Hilfe des Identification of Seniors at Risk? Eignung als alleiniges Screeningtool für stationär hochaltrige Risikopatienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 51 (4). S. 388-393.
- Klatetzki, T. (1993). Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System – Eine ethnographische Interpretation. Bielefeld: KT-Verlag.
- Lebeda, D. & Waterböhr, J.-W. (2017). Die Praktische Konzeption und die Instrumente im Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG.
URL:
- Von Kamen, R. (2015). Entlassungsmanagement in der Perspektive von organisationalen Lern- und Bildungsprozessen. In Gröning, K., Sander, B. & von Kamen, R. (Hrsg.). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag. S. 31-54.
- Reuschenbach, B. (2011). Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In: Reuschenbach, B. & Mahler, C. (Hrsg.). Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –Praxis. Bern: Huber. S. 27-46.
- Spirig, R., Fierz, K., Hasemann, W. & Vincenz, C. (2007): Editorial. Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis, In: Pflege, 20 (4). S. 182-184.
- Waterböhr, J.-W. & Kühn, M. (2018): Die Praktische Konzeption ‚EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege‘.
URL: <http://www.10.4119/unibi/2932225>