



Der Bevollmächtigte der Bundesregierung
für Pflege



Einführung des Strukturmodells
zur Entbürokratisierung der
Pflegedokumentation

Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege

Version 2.0

Oktober 2017

Impressum:

Erstellt im Auftrag der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Die urheberrechtlichen Nutzungsrechte - insbesondere Struktur und Aufbau der SIS® (ambulant, stationär, teilstationär) - liegen beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Autoren/innen aktualisierte Fassung: Elisabeth Beikirch und Anke Schulz (Projektbüro Ein-STEP), Ellen Fähmann, Sabine Hindrichs, Elke Erika Rösen, Kerstin Triftshäuser und Sabrina Umlandt-Korsch (ehemalige Regionalkoordinatorinnen des Projektbüros); Dr. Grit Braeseke, Dr. Bernd Deckenbach und Hans-Dieter Nolting (IGES GmbH).

Fachwissenschaftliche Beratung: Prof. Dr. Andreas Büscher (FH Osnabrück) und Prof. Dr. Martina Roes (DZNE Universität Witten Herdecke).

Juristischer Exkurs: RA Jörn Bachem, Dr. Karlheinz Börner (Hessische Heimaufsicht), Justitiar Peter Frings, RA Dr. Alexandra Jorzig, RA Dr. Albrecht Philipp, RA Dr. Markus Plantholz, Prof. Dr. Peter Udsching (Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D.) und RA Prof. Dr. Thomas Weiß.

Berlin, Oktober 2017

Einführung

Entbürokratisierung der Pflege

Die Einführung des Strukturmodells in der Langzeitpflege ist eine der bisher größten bundespolitischen Aktionen zur Entbürokratisierung der Pflege. Der Umstieg auf eine schlanke Pflegedokumentation erfolgt auf Initiative der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und ihres Amtsvorgängers, in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden der Einrichtungs- und Kostenträger auf Bundes- und Landesebene sowie den Prüfinstanzen und den Ländern.

Der im Januar 2015 gestarteten bundesweiten Einführung sind mehrere Schritte vorangegangen:

- ◆ Das Strukturmodell ist 2013/14 im Auftrag des BMG von 25 stationären und 31 ambulanten Pflegeeinrichtungen in einem Praxistest in Zusammenarbeit mit der BAGFW und dem bpa (Trägerorganisationen) in fünf Bundesländern erfolgreich erprobt worden.
- ◆ Für die Planung und Steuerung der bundesweiten Einführung des Strukturmodells wurde 2014 unter Mitwirkung aller relevanten Instanzen eine bundesweite Implementierungsstrategie (IMPS) entwickelt und ein einheitliches Vorgehen beschlossen.
- ◆ Im Auftrag der Pflegevollmächtigen bzw. ihres Amtsvorgängers wurde das Projektbüro Ein-STEP c/o IGES GmbH Berlin eingerichtet, welches von Januar 2015 bis Ende Oktober 2017 für die zentrale fachliche, technische und organisatorische Steuerung der IMPS verantwortlich war.
- ◆ Die Umsetzung der Strategie zur Unterstützung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte in Zusammenarbeit mit allen Bundes- und Landesverbänden der freigemeinnützigen und privaten Trägerorganisationen der Pflegeeinrichtungen und den Bundesländern.
- ◆ Eingebunden in diese Strategie waren auch die drei Prüfinstanzen: der MDS und die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK), der Prüfdienst der PKV und die Heimaufsichten der Länder.
- ◆ 2016 wurde mit zwei Expertengruppen das Strukturmodell an die Zielstellung und Rahmenvorgaben der Tagespflege und der (solitären) Kurzzeitpflege angepasst und im Auftrag aller Bundesverbände in einem erneuten Praxistest mit Unterstützung von 13 Bundesländern in der zweiten Jahreshälfte erfolgreich erprobt.

Alle diese Schritte können Sie anhand der veröffentlichten Dokumente nachvollziehen, die Sie im Internet unter folgender Adresse herunterladen können: <https://www.ein-step.de/downloads/>.

Informations- und Schulungsunterlagen (Version 2.0)

Ein zentraler Meilenstein der Implementierungsstrategie war die Entwicklung von bundesweit einheitlichen Schulungsunterlagen, die Sie nun in der überarbeiteten Fassung in den Händen halten. In dieser Version sind zahlreiche Hinweise der ehemaligen Regional Koordinatorinnen und der Multiplikatoren/innen der Verbände aufgenommen worden. Diese Unterlagen stehen den Pflegeeinrichtungen, Bildungsträgern, Herstellern von Dokumentationssystemen und anderen Interessierten ab sofort auf der Homepage www.ein-step.de der Verbände frei zur Verfügung. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, um in den Verbänden weiterhin bei Bedarf Multiplikatoren-Schulungen durchzuführen oder Schulungsangebote für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen anzubieten.

Sie sind weiterhin verbindliche Grundlage für die **zweitägigen** (Einführungs-) Schulungen zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells. Die Multiplikatoren oder Bildungsträger der Verbände, bieten in der Folge (nach der Einführungsschulung) mindestens drei Reflexionstreffen in größeren zeitlichen Abständen zum gegenseitigen Austausch oder auch zusätzliche Inhouseschulungen für die Pflegeeinrichtungen an. Sehr beliebt sind inzwischen auch die sogenannten eintägigen „Update Strukturmodell“ Veranstaltungen zur Auffrischung des Wissens zum Strukturmodell, der Überprüfung zum Stand der Umsetzung, der kollegiale Dialog offener Fragen oder zur technischen Umsetzung.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen wird hier ausdrücklich erneut darauf hingewiesen, dass ein erfolgreiches Gelingen der Umstellung ganz wesentlich davon abhängt, dass ausreichend personelle, sächliche und zeitliche Ressourcen zur Vorbereitung, Schulung und der Umstellung der Dokumentation selbst von dem Träger zur Verfügung gestellt werden, sowie die Übung und Reflexion der praktischen Umsetzung kontinuierlich von dem Pflege- und Qualitätsmanagement begleitet werden. Dass dies trotz der bekannten knappen Ressourcen in der Langzeitpflege gelingen kann und ambulant, teilstationär und stationär ein zukunftssträchtiger Weg ist, zeigen zahlreiche erfolgreiche Beispiele im Rahmen der Implementierungsstrategie. Die Unterlagen geben hierzu eine Fülle von Hinweisen.

Diejenigen, die sich im Wesentlichen an den inhaltlichen und organisatorischen Empfehlungen zur Umsetzung des Strukturmodells orientiert und nun bereits längere Erfahrungen mit dieser Dokumentationspraxis haben, berichten über die spürbaren Effekte der Entbürokratisierung: Förderung

der Fachlichkeit und Motivation der Pflegenden, Zeitersparnis und eine andere Perspektive im Umgang mit der pflegebedürftigen Person.

Aufbau und Nutzung der Schulungsunterlagen

Ziel der **zweitägigen** Schulungen von Multiplikatoren oder den Pflegeeinrichtungen ist es, in dem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen bei allen Teilnehmern einerseits ein vertieftes Verständnis des Strukturmodells zu erreichen und andererseits die Teilnehmer in die Lage zu versetzen, ihr eigenes Vorgehen bei den internen Vorbereitungen zur Einführung und Schulung an den vermittelten inhaltlichen Prinzipien auszurichten.

Die Schulungsunterlagen gliedern sich in neun Themen:

- ◆ Grundprinzipien und Aufbau des Strukturmodells zur Neugestaltung der Pflegedokumentation für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen (Thema 1)
- ◆ Der Person-zentrierte Ansatz im Strukturmodell und die Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person, das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®), die Themenfelder und die Risikomatrix (Thema 2, unterteilt in drei Abschnitte)
- ◆ Prinzipien des Maßnahmenplans, verbindliche und optionale Strukturierungsvorschläge sowie die Bedeutung der fachlichen Entscheidungen von Pflegefachkräften bei der Evaluation (Thema 3)
- ◆ Prinzipien des Berichtblatts als zentrale Informationsplattform für alle an der Pflege- und Betreuung Beteiligten (Thema 4)
- ◆ Aspekte der rechtlichen Einordnung der neuen Dokumentationspraxis und Organisationsverantwortung des Pflege- und Qualitätsmanagements (Thema 5) sowie
- ◆ Vorbereitung von Pflegeeinrichtungen auf die Einführung des Strukturmodells und innerbetriebliches Management des Einführungsprozesses. (Thema 6)

Neu Hinzugekommen sind die Ergebnisse der beiden Praxistests (2016) zur Anwendung des Strukturmodells in der Tages- und Kurzzeitpflege sowie die Materialien aus den bisher solitär vorliegenden Leitfäden:

- ◆ Die Anwendung des Strukturmodells in der Tagespflege (Thema 7) und
- ◆ Die Anwendung des Strukturmodells in der (solitären) Kurzzeitpflege (Thema 8).

Die Themen 5 und 6 haben eher exemplarischen Charakter und die Darstellungen von Handlungserfordernissen für die direkte betriebliche

Ebene erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. In diesen beiden Kapiteln fließen die bisherigen Erfahrungen bei der Umsetzung des Strukturmodells aus der Praxis ein. Sie müssen von den jeweils handelnden Personen im Verband, in einer Bildungseinrichtung oder einer Pflegeeinrichtung bei der Festlegung ihrer Vorgehensweisen individuell transferiert und angepasst werden. Dabei ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass der Unterstützungsbedarf der Pflegeeinrichtungen in Deutschland je nach Größe und Projekterfahrung sehr unterschiedlich ist.

In diesem Dokument wird zugunsten der besseren Lesbarkeit auf die Nennung der weiblichen und männlichen Schreibform verzichtet.

Kontinuierliche Rückmeldung und Unterstützung durch die Verbände

Die Implementierungsstrategie ist zwar formal zu Ende, aber die Verbände haben seit November 2017 die weitere zentrale Steuerung zur bundesweiten Verstetigung des Strukturmodells übernommen. Die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat die Schirmherrschaft über das Lenkungsgremium auf Bundesebene übernommen und damit ein Signal für die Pflegenden gesetzt, dass der weitere Verlauf im Blickfeld der Politik bleibt. Die Kooperationsgremien der Länder stellen die fachkundige Begleitung und weitere Steuerung dieses Prozesses auf Landesebene sicher und die Verbände auf Landesebene bieten durch die über 800 geschulten Multiplikatoren/innen sachkundige Information, Beratung und Begleitung an.

Nehmen Sie diese Angebote an und geben Sie den Verbänden auf Landes- und Bundesebene sowie den etablierten Gremien Rückmeldungen zu Ihren Erfahrungen, Ihrem Unterstützungs-, Schulungs- und Fortbildungsbedarf oder zu offenen Fragen auf der strukturellen Ebene. Die Einführung des Strukturmodells ist eine Herausforderung, die es sich lohnt anzunehmen. Wir wünschen Ihnen dabei viel Kraft, Ausdauer, Freude bei der Ausgestaltung und einen erfolgreichen Verlauf.

Berlin, Oktober 2017

Projektbüro Ein-STEP

Inhalt

Einführung	3
Thema 1: Die vier Elemente des Strukturmodells als Grundlage zur Umstellung der Pflegedokumentation in ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen	13
Zielsetzung	13
Allgemeines	13
Die Grundprinzipien der inhaltlichen Ausrichtung des Strukturmodells	15
Zum Hintergrund	25
Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) - Perspektive der pflegebedürftigen Person und die Funktion der Themenfelder (Teil 1) sowie die Matrix zur Risikoeinschätzung	27
Zielsetzung	27
Allgemeines	27
Prinzipien der Anwendung der SIS®	30
Die SIS® ein wissenschaftsbasiertes Konzept zum Einstieg in den Pflegeprozess - kein Formular	31
Zum Hintergrund	44
Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung(SIS®) - die Funktion der Themenfelder sowie die Matrix zur Risikoeinschätzung (Teil 2)	47
Zielsetzung	47
Allgemeines	47
Prinzipien der Anwendung der Risikomatrix	49
Zum Hintergrund	56
Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) in der praktischen Anwendung, Fallbeispiele (Teil 3)	57
Zielsetzung	57
Thema 3: Struktur und Anwendung des Maßnahmenplans und Verfahren der Evaluation im Strukturmodell	59
Zielsetzung	59
Allgemeines	59
Prinzipien des Maßnahmenplans	60
Prinzipien der Evaluation im Strukturmodell	65
Thema 4: Funktion und Anwendung des Berichtsblatts im Kontext des Strukturmodells	71
Zielsetzung	71
Allgemeines	71

Prinzipien des Berichtsblatts und weiterhin erforderliche Durchführungsnachweise	72
Zum Hintergrund	73
Thema 5: Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation im Kontext des Strukturmodells und Organisationsverantwortung	75
Zielsetzung	75
Allgemeines	75
Sozialrechtliche Regelungen, Erklärung der Vertrags- parteien und Unterstützung durch den Gesetzgeber	76
Rahmenvorgaben und Voraussetzungen	77
Organisationsverantwortung im Rahmen des Pflege- und Qualitätsmanagements	83
Zum Hintergrund	84
Thema 6: Vorbereitungen zur Einführung des Strukturmodells und Management des Prozesses in Pflegeeinrichtungen	87
Zielsetzung	87
Allgemeines	87
Management des Prozesses	91
Der Projektplan als Wegweiser für das weitere Vorgehen	93
Zum Hintergrund	99
Thema 7: Die Pflegedokumentation in der Tagespflege auf der Grundlage des Strukturmodells	101
Ausgangspunkt	101
Effekte des Strukturmodells in der Tagespflege	102
Umsetzung des Strukturmodells in der Tagespflege	103
Stammdatenblatt	104
Strukturierte Informationssammlung, SIS® Tagespflege	105
Maßnahmenplan	107
Berichtsblatt und Evaluation	109
Zusatzdokument Kommunikationsbogen	111
Vorgehen der Erstellung von SIS® und Maßnahmenplan	112
Exkurs: Behandlungspflege in der Tagespflege	113
Steuerung des Einführungsprozesses	114
Thema 8: Die Pflegedokumentation in der Kurzzeitpflege auf der Grundlage des Strukturmodells	115
Effekte des Strukturmodells in der Kurzzeitpflege	115
Umsetzung des Strukturmodells in der Kurzzeitpflege	117
Strukturierte Informationssammlung: SIS® Kurzzeit- pflege	117
Maßnahmenplan	119
Berichtsblatt und Evaluation	122

Vorgehen der Erstellung von SIS® und Maßnahmenplan in der KZP	123
Dokumentation von Informationen zur Entlassplanung	124
Steuerung des Einführungsprozesses	125
Literaturverzeichnis	127
Anlagenverzeichnis	130

Abbildungen

Abbildung 1:	Die vier Elemente des Strukturmodells auf der Grundlage des vierphasigen Pflegeprozesses	14
Abbildung 2:	Ausrichtung einer schlanken Pflegedokumentation auf der Grundlage eines vierphasigen Pflegeprozesses und wesentliche Prinzipien der Anwendung in der Praxis	16
Abbildung 3:	Grafische Darstellung zu Funktion und Einbettung der SIS® in das Konzept des Strukturmodells (Version 2.0 stationär/teilstationär)	17
Abbildung 4:	Grafische Darstellung zu Funktion und Einbettung der SIS® in das Konzept des Strukturmodells (Version 2.0 ambulant)	18
Abbildung 5:	Dimensionen fachlicher Situationseinschätzung im Strukturmodell	20
Abbildung 6:	Personzentrierung, Fachlichkeit und Aushandlungsprozess sowie Ergebnissicherung in der Dokumentation gemäß Strukturmodell	24
Abbildung 7:	Zuordnung und Funktion der Felder A/B/C1/C2 in der SIS® ambulant und stationär. Diese Systematik gilt auch für die SIS® Tagespflege (TP) und Kurzzeitpflege (KZP)	29
Abbildung 8:	Grafische Darstellung Feld A in der SIS® ambulant, stationär, Tagespflege (TP) und Kurzzeitpflege (KZP)	32
Abbildung 9:	Grafische Darstellung Feld B in der SIS® ambulant und stationär	32
Abbildung 10:	Grafische Darstellung der Themenfelder im Feld C1 der SIS® (ambulant und stationär)	34
Abbildung 11:	Grafische Darstellung Themenfeld 1 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär	36
Abbildung 12:	Grafische Darstellung Themenfeld 2 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär	37
Abbildung 13:	Grafische Darstellung Themenfeld 3 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär	38
Abbildung 14:	Grafische Darstellung Themenfeld 4 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär	39

Abbildung 15:	Grafische Darstellung Themenfeld 5 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär	40
Abbildung 16:	Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® ambulant	41
Abbildung 17:	Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® stationär	42
Abbildung 18:	Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® Tagespflege	42
Abbildung 19:	Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® Kurzzeitpflege	43
Abbildung 20:	Grafische Darstellung Feld C 2 der Risikomatrix in der SIS® stationär und teilstationär (TP und KZP)	48
Abbildung 21:	Grafische Darstellung Feld C 2 der Risikomatrix in der SIS® ambulant	48
Abbildung 22:	Ausfüllvarianten der Risikomatrix	50
Abbildung 23:	Ablauf von Entscheidungen bei Anwendung der Risikomatrix zur individuellen Einschätzung der Situation und den sich daraus ergebenden Anforderungen an die Dokumentation	53
Abbildung 24:	Beispielhafte Darstellung eines Plausibilitätschecks zwischen den Themenfeldern und der Risikomatrix der SIS®	55
Abbildung 25:	Darstellung von Einflussfaktoren auf den Maßnahmenplan (ambulant und stationär)	60
Abbildung 26:	4-phasiger und sechsphasiger Pflegeprozess	62
Abbildung 27:	Erforderliche und optionale Inhalte des Maßnahmenplans im Strukturmodell (Element 2)	63
Abbildung 28:	Grafische Darstellung „Kleiner und großer Evaluationskreis“	68
Abbildung 29:	Grafische Darstellung der drei Säulen des „Immer- so-Beweis“	78
Abbildung 30:	Grafische Darstellung Einführungsprozess Strukturmodell	92
Abbildung 31:	Unterschiede in der SIS® Tagespflege im Gegensatz zu der Variante SIS® stationär	107

Abbildung 32:	Darstellung von Einflussfaktoren auf den Maßnahmenplan	108
Abbildung 33:	Unterschiede in der SIS® Kurzzeitpflege im Gegensatz zu der Variante SIS® stationär	119
Abbildung 34:	Darstellung von Einflussfaktoren auf den Maßnahmenplan in der KZP	120
Tabellen		
Tabelle 1	Erprobte Varianten zur Strukturierung des Maßnahmenplans	65
Tabelle 2	Übersicht über die Anpassungen der Pflegedokumentation und des Strukturmodells für die Tagespflege	104
Tabelle 3	Übersicht über die Anpassungen des Strukturmodells für die Kurzzeitpflege	117

Thema 1: Die vier Elemente des Strukturmodells als Grundlage zur Umstellung der Pflegedokumentation in ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat sich mit den Prinzipien der vier Elemente des Strukturmodells zur Neuausrichtung ihrer Pflegedokumentation vertraut gemacht.

Anhand dieser Vorgaben kann eine einrichtungsbezogene Dokumentation in Art und Umfang von dem Projektteam zur Umsetzung des Strukturmodells neu zusammengestellt werden und liegt in Papierform zu Demonstrationszwecken vor.

Sie bildet die Grundlage, **allen** Beteiligten im Pflege- und Betreuungsteam die Grundzüge der veränderten Dokumentationspraxis zu erläutern und sie entsprechend zu schulen.

Allgemeines

Das Strukturmodell zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation

Mit der Entscheidung des Trägers auf und auf der Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung des Pflege- und Qualitätsmanagements, die einrichtungsinterne Dokumentation am Strukturmodell auszurichten, werden die Schulungsunterlagen (Version 2.0) zu einem wichtigen Begleiter während der Umsetzung des Strukturmodells für alle Beteiligten. Sie sollten deshalb für alle Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen jederzeit zur Einsicht zur Verfügung stehen.

Das Strukturmodell basiert auf vier Elementen in Anlehnung an den vierphasigen Pflegeprozess analog WHO (siehe auch Hintergrundinformation). Die vier Elemente des Strukturmodells sind:

- ◆ Die **Strukturierte Informationssammlung (SIS®)** als Einstieg in den Pflegeprozess mit der Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person, den sechs Themenfeldern zur fachlichen Einschätzung der Situation durch eine Pflegefachkraft einschließlich der individuellen pflegesensitiven Risiken und Phänomenen in der Risikomatrix (Element 1).
- ◆ Der **individuelle Maßnahmenplan** mit den Erkenntnissen aus der SIS® zur Pflege und Betreuung (Element 2).
- ◆ Das **Berichtblatt** zur Nutzung durch alle an der Pflege- und Betreuung Beteiligten (Element 3).

- ◆ **Die Evaluation** auf der Grundlage einer individuellen Vorgehensweise zu Erkenntnissen aus der SIS®, dem Maßnahmenplan und dem Berichtblatt (Element 4)

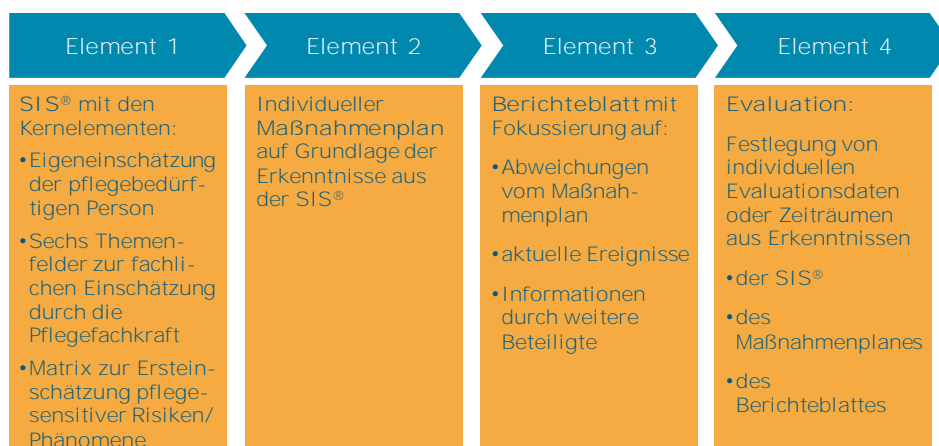


Abbildung 1: Die vier Elemente des Strukturmodells auf der Grundlage des vierphasigen Pflegeprozesses

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Im Strukturmodell werden im Element 1 die bisher üblichen ersten drei Schritte des sechsphasigen Pflegeprozesses (Anamnese mit Problemen, Ressourcen, Zielen) zusammengefasst. Zusätzliche Akzente in der Ausgestaltung der Pflegedokumentation im Hinblick auf eine spezielle pflegetheoretische Fundierung oder eine religiöse oder weltanschauliche Trägerphilosophie ist durchaus möglich aber nicht zwingend erforderlich.

Dem Strukturmodell liegt ein wissenschaftsbasiertes Konzept und der Kerngedanke einer personenzentrierten Pflege zu Grunde. Gemäß diesem Ansatz werden die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt der Versorgung gestellt und unter Aspekten der Selbstbestimmung kontinuierlich in die Gestaltung der Pflege- und Betreuung (Pflegeprozess) mit einbezogen.

Die Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells bietet eine ausreichende Grundlage zur internen und externen Qualitätsdarlegung. Dies gilt auch im Hinblick auf die veränderte Perspektive bei der Leistungsausgestaltung der Pflege und Betreuung durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Stärkung der Selbstständigkeit). Ausführliche Erläuterungen hierzu finden sich in der Rubrik „Zum Hintergrund“ am Ende vom Thema 2 Teil 1.

Die Grundprinzipien der inhaltlichen Ausrichtung des Strukturmodells

- ◆ Das pflegewissenschaftliche Fundament eines personenzentrierten Ansatzes, sich daraus ergebene Konsequenzen für den individuellen Pflege- und Betreuungsprozess sowie die Organisationsabläufe und die Kommunikation des Pflege- und Betreuungsteams.
- ◆ Die Stärkung der fachlichen Kompetenz der Pflegefachkräfte und der Verständigungsprozess mit der pflegebedürftigen Person im Hinblick auf die Selbstbestimmung und die individuellen Wünsche und Bedürfnisse.
- ◆ Die Erfassung pflege- und betreuungsrelevanter biografischer Aspekte im Zusammenhang mit der fachlichen Einschätzung zur individuellen Situation der pflegebedürftigen Person.
- ◆ Die (Erst-)Einschätzung zu individuellen pflegerischen Risiken und Phänomen der pflegebedürftigen Person und sich daraus abzuleitender individueller fachlicher Handlungsbedarf durch die Pflegefachkraft und damit die Abkehr von schematischen Routinen.
- ◆ Die Beschränkung im Berichteblatt auf Abweichungen von den regelmäßig wiederkehrenden geplanten Maßnahmen der körperbezogenen Pflege und pflegerischer Betreuungsmaßnahmen sowie die Dokumentation akuter Ereignisse.
- ◆ Die Beibehaltung der bisherigen Dokumentationsanforderungen für ärztlich angeordnete oder verordnetet Maßnahmen der Behandlungspflege.

Grundstruktur und Prinzipien der Neuausrichtung der Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells für die ambulante, stationäre und teilstationäre Langzeitpflege gemäß SGB XI, stellen sich im Überblick wie folgt dar:

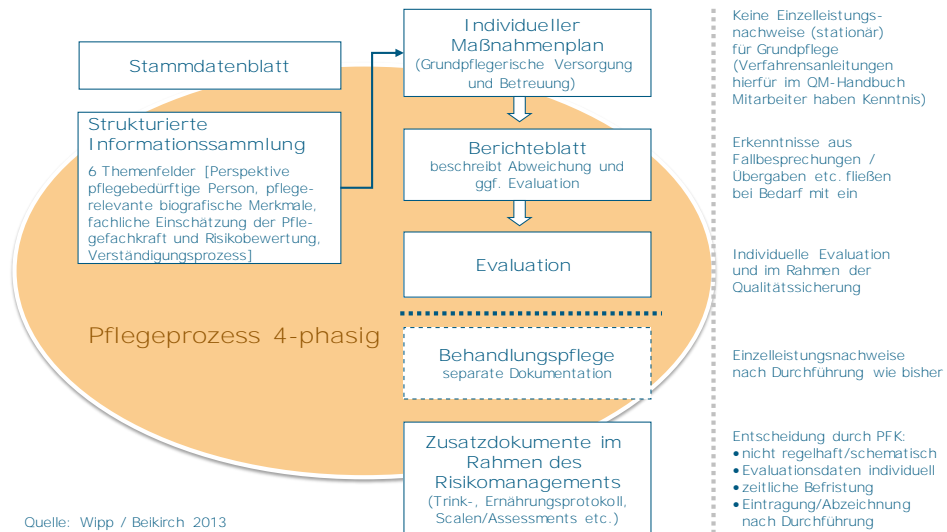


Abbildung 2: Ausrichtung einer schlanken Pflegedokumentation auf der Grundlage eines vierphasigen Pflegeprozesses und wesentliche Prinzipien der Anwendung in der Praxis

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) ist **kein** Formular, welches einfach in ein bestehendes Dokumentationsystem eingefügt werden kann. Ihr liegt ein wissenschaftsbasiertes Konzept zu Grunde und sie ist integraler Bestandteil des Strukturmodells zur grundlegenden Neuausrichtung der Pflegedokumentation in der Langzeitpflege ist (siehe auch Rubrik ‚Zum Hintergrund‘).

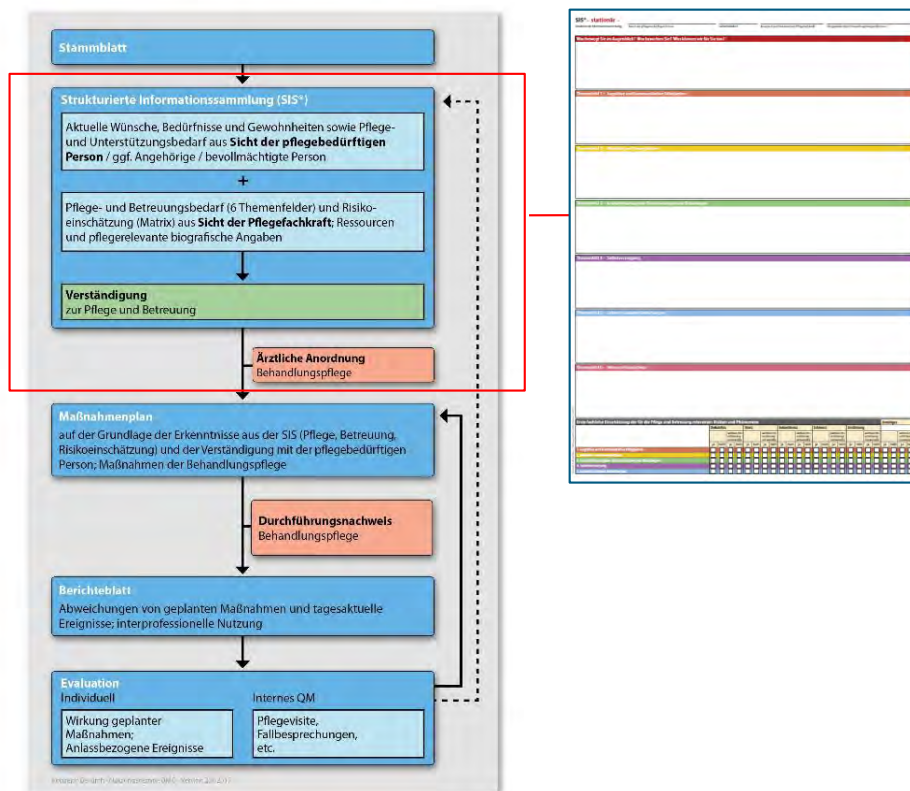


Abbildung 3: Grafische Darstellung zu Funktion und Einbettung der SIS® in das Konzept des Strukturmodells (Version 2.0 stationär/teilstationär)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) ist **kein** Formular, welches einfach in ein bestehendes Dokumentationssystem eingefügt werden kann. Ihr liegt ein wissenschaftsbasiertes Konzept zu Grunde und sie ist integraler Bestandteil des Strukturmodells zur grundlegenden Neuausrichtung der Pflegedokumentation in der Langzeitpflege (siehe auch Rubrik ‚Zum Hintergrund‘).

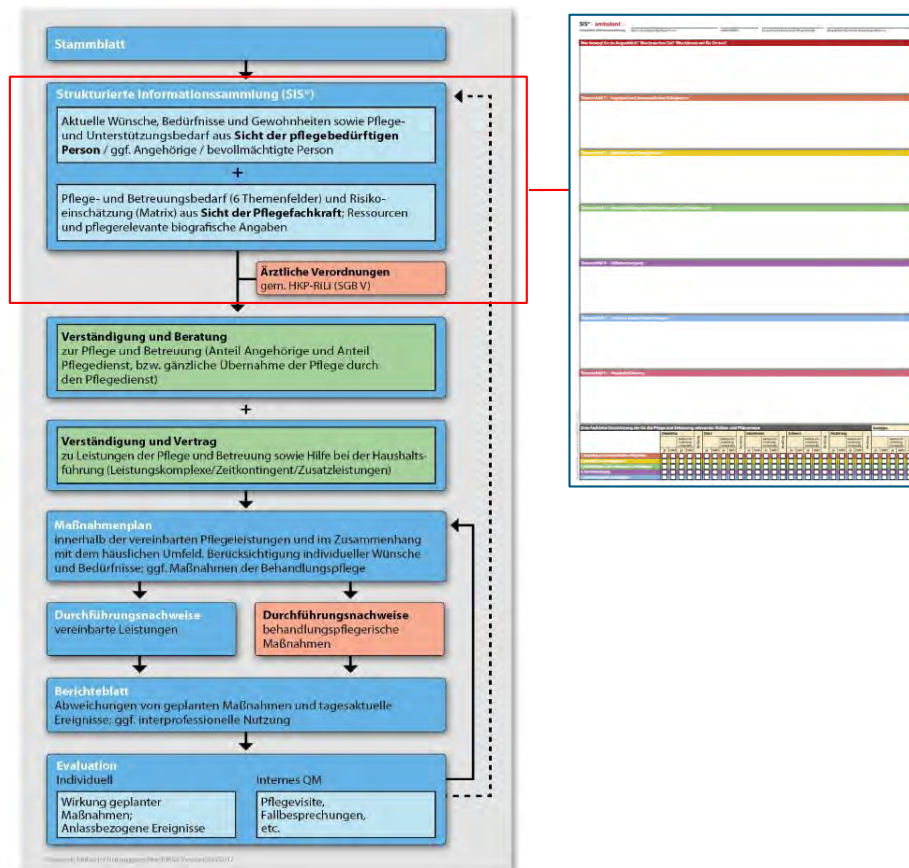


Abbildung 4: Grafische Darstellung zu Funktion und Einbettung der SIS® in das Konzept des Strukturmodells (Version 2.0 ambulanz)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Mit vier Elementen durch den Pflegeprozess: Voraussetzungen und Vorgehen

Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Die SIS® stellt den Einstieg in den Pflegeprozess dar und ist somit ein Kernstück des Strukturmodells. Sie wird prioritär im Rahmen des Erstgesprächs oder bei gravierenden gesundheitlichen akuten oder schleichenden Veränderungen im Laufe der Versorgung eingesetzt. Sie ist nicht nur im klassischen Sinne Informationssammlung zum Beginn des Pflegeprozesses, sondern stellt im Wesentlichen die Sichtweise der pflegebedürftigen Person zu ihrer Lebens- und Pflegesituation und ihren Wünschen und Bedarfen an Hilfe und Unterstützung dar.

Des Weiteren wird hierin das Ergebnis des Verständigungsprozesses dokumentiert, welcher zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft erfolgt ist. Dieser bewusste Prozess des „sich Annäherns“, sorgt dafür, dass Pflegefachkräfte die Situation der pflegebedürftigen Person in ihrer Gesamtheit wahrnehmen, einordnen können und in Kooperation mit der pflegebedürftigen Person und den Angehörigen/Betreuern, die gewünschten Lösungen im Hinblick auf die Pflege und Betreuung gemeinsam festlegen.

Die SIS® ist bewusst auf die Größe einer DIN A3 Seite begrenzt, damit die Ergebnisse in den einzelnen Feldern und der Zusammenhang mit der Risikomatrix nicht verlorengelht. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass mit diesem Dokument eine fachlich sachgerechte Darstellung zu den wesentlichen Aspekten der Gesamtsituation der pflegebedürftigen Person im Überblick gut gelingt und die SIS® eine schnelle Orientierung bietet.

Dazu trägt auch die eigens entwickelte Risikomatrix bei, in welcher eine Verknüpfung zwischen den aus den Themenfeldern kommenden Informationen und den individuellen pflegesensitiven Phänomenen und Risiken in Form einer fachlichen Ersteinschätzung erfolgt.

Erläuterungen zur Sichtweise der pflegebedürftigen Person:

Die Erfassung der Angaben der pflegebedürftigen Person zu ihren Gewohnheiten und Wünschen sowie der Eigenwahrnehmung ihres individuellen Unterstützungsbedarfs erfolgt im Originalton. Das Gespräch dient zum einen dazu, die Person - soweit sie es gestattet - mit ihren Bedürfnissen, Werten und Gewohnheiten kennenzulernen und andererseits den Unterstützungsbedarf aus ihrer Sicht zu erfassen.

Die Hinzuziehung der Erfahrungen und Einschätzungen von Angehörigen und ggf. von Betreuern ist eine wichtige Option, falls die pflegebedürftige Person aufgrund ihrer körperlichen oder kognitiven Situation keine Aussagen mehr treffen kann.

Erläuterungen zur pflegefachlichen Perspektive (Filter):

Ergänzend zu den Informationen durch die pflegebedürftige Person erfasst die Pflegefachkraft systematisch die Pflege- und Betreuungssituation aus ihrer Perspektive in Form:

- ◆ Der Dokumentation des Hilfe- und Pflegebedarfs und der Ressourcen sowie der Einschätzung zu Risiken und Phänomenen auf der Grundlage ihrer fachlichen Expertise und
- ◆ Der Information der pflegebedürftigen Person zu den Ergebnissen ihrer Ersteinschätzung in wertschätzender Art und Weise unter Berücksichtigung relevanter biografischer Aspekte.

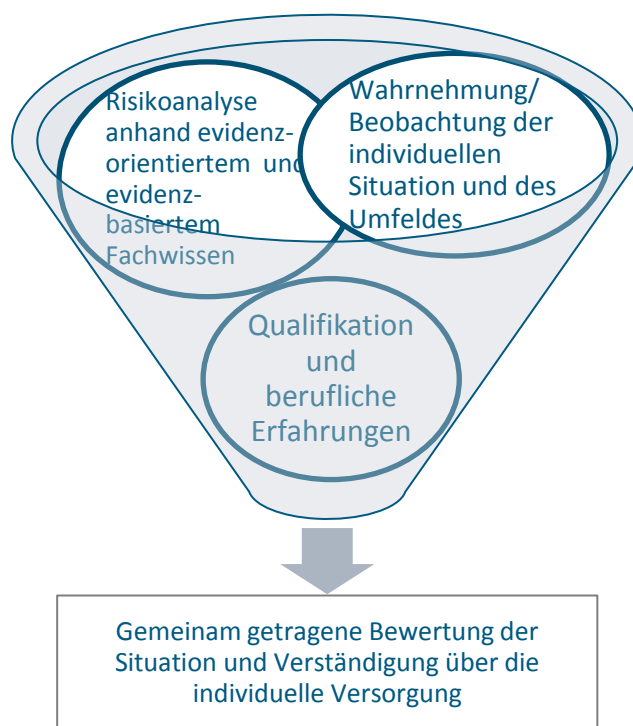


Abbildung 5: Dimensionen fachlicher Situationseinschätzung im Strukturmodell

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Erläuterungen zum Schritt der Verständigung

Die Verständigung zwischen der pflegebedürftigen Person (ggf. ihren Angehörigen/Betreuern/Stellvertretern) und der Pflegefachkraft bildet die Grundlage zur Festlegung der individuellen Pflege- und Betreuungsleistungen unter Beachtung der Wünsche und spezieller Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person.

Abweichende Auffassungen zur pflegerischen Situation sowie den vorgeschlagenen Maßnahmen zur Risikominimierung werden dokumentiert und gewinnen in der Maßnahmenplanung auch im Hinblick auf individuelle Zeiträume der Evaluation oder Beobachtungsphasen eine besondere Bedeutung.

Dieses Vorgehen hilft, die Eigenwahrnehmung der pflegebedürftigen Person zur Situation auch in punkto Selbstbestimmung zu fördern oder zu reflektieren, zumal der Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung meist eine existenzielle Entscheidung (letzter Wohnortwechsel) darstellt.

Im ambulanten Bereich geht es zusätzlich um die Klärung der Zusammenarbeit bei der Hilfe und Pflege zwischen Angehörigen, Freunden, Nachbarn etc. und dem Pflegedienst im Rahmen der vertraglich vereinbarten Leistungen.

Element 2: Prinzipien des Maßnahmenplans

Es bedarf einer Entscheidung über die Ausgestaltung des künftigen Maßnahmenplans da dieser nicht als einheitliches Dokument (wie z.B. die SIS®) vorgegeben wird. Hier sind das Pflege- und Qualitätsmanagement oder die eingesetzte Projektgruppe gefordert, eine einrichtungsspezifische Variante zu entwickeln und ggf. Bestehendes anzupassen. Ziel ist es, eine übersichtliche Orientierung zur aktuellen Situation der pflegebedürftigen Person im praktischen Handeln für den pflegerischen Alltag zu erhalten.

Der Begriff der ‚Maßnahmenplanung‘ im Strukturmodell wurde anstelle des Begriffs ‚Pflegerplanung‘ gewählt, weil die Leistungen der Pflegeversicherung aus einem Mix von Grundpflege, psychosozialer Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht und im stationären Versorgungssektor auch die Leistungen der Behandlungspflege einbezieht.

Dies setzt eine interprofessionell zusammengesetztes Pflege- und Betreuungsteam voraus und schließt ehrenamtlicher Helfer, zusätzlicher Betreuungskräfte und Familienangehörige ein. Das soll auch bei der Planung von Maßnahmen zum Ausdruck kommen und die relevanten Aspekte und Informationen aus allen Bereichen einbeziehen.

Die individuelle Maßnahmenplanung erfolgt auf der Grundlage aller erfassten Informationen in der SIS®. Sie schließt insbesondere auch Aspekte aus dem Feld B zu individuellen Wünschen und zur Selbstbestimmung mit ein. Hier werden die einzelnen Komponenten des Handlungsbedarfs (u.a. routinemäßig wiederkehrende Abläufe der grundpflegerischen Versorgung und der psychosozialen Betreuung, hauswirtschaftliche Versorgung, Eigenheiten und Vorlieben etc.) sowie die Maßnahmen zu Risiken (ggf. befristet und in Verbindung mit individuellen Evaluationsdaten) und zur Be-

handlungspflege festgelegt. Für die Abzeichnung von Maßnahmen ärztlich angeordneter Behandlungspflege wird ein gesondertes Dokument beibehalten.

In der ambulanten Versorgung orientiert sich die Struktur des Maßnahmenplans in der Regel an dem Ablauf des Einsatzes und den vertraglich vereinbarten Leistungen sowie den organisatorischen Rahmenbedingungen in der Häuslichkeit.

In der stationären Versorgung orientiert er sich in der Regel an einer individuellen Ausgestaltung in Form einer Tagesstruktur einschließlich der nächtlichen Versorgung.

Routinemäßige und wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden (z.B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form), werden nur einmal individualisiert beschrieben und dann im Weiteren mit einem kurzen Hinweis in der Tagesstruktur oder in dem Ablaufplan zum Einsatz eingepflegt.

Vertiefte Informationen zu diesem Element des Strukturmodells finden sich im Thema 3 und in den Fallbeispielen.

Element 3: Prinzipien des Berichtesblattes im Strukturmodell

Wesentliches Ziel der fachlichen Vorgaben zum Umgang mit dem Berichtesblatt ist es, Doppel- oder Mehrfachdokumentation immer wiederkehrender Routinen in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung zu vermeiden. Hierbei spielt der Verzicht auf Einzelleistungsnachweise zugunsten des Prinzips ausschließlich die Abweichungen von den geplanten Maßnahmen zu dokumentieren, eine zentrale Rolle.

Dieses Vorgehen führt **im stationären** Bereich zu einem enormen zeitlichen Einsparpotential setzt aber klare Vorgaben durch das Qualitätsmanagement (QM) voraus, die für alle Versorgungsbereiche gelten. Durch die Informationen aus der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) und einem daraus abgeleitete Maßnahmenplan, sind die regelmäßig wiederkehrenden Abläufe einmal nachvollziehbar dargestellt und bedürfen nicht einer fortlaufenden täglichen Bestätigung. Auf Einzelleistungsnachweise in diesem Zusammenhang kann hier sowohl aus fachlicher als auch aus juristischer Sicht verzichtet werden. **Im ambulanten Bereich werden diese weiterhin zu Abrechnungszwecken benötigt.**

Im Berichtesblatt können grundsätzlich je nach Funktion und Verantwortungsbereich (interne Regelungen), alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen, innerhalb des vom QM gesteckten Rahmens und unter Berücksichtigung des Datenschutzes, Eintragungen vornehmen.

Vertiefte Informationen zu diesem Element des Strukturmodells finden sich im Thema 4 und 5 sowie in den Fallbeispielen.

Element 4: Prinzipien der Evaluation und Steuerung im Strukturmodell

Bereits in der Darstellung der Schemata zu den verschiedenen Varianten des Strukturmodells (ambulant, stationär, teilstationär) kommt zum Ausdruck, dass das Element 4 dynamisch angelegt ist und in der Regel mit den Elementen 2 und 3 korrespondiert (in besonderen Situationen auch mit dem Element 1). Hier geht es im Wesentlichen um drei Komponenten:

- ◆ Die Festlegung von Evaluationsdaten im Maßnahmenplan im Zusammenhang der Überprüfung und Wirkung von Maßnahmen.
- ◆ Befristet festgelegte Evaluationsdaten bei unklaren Ausgangslagen im Kontext von individuellen Risiken oder Phänomenen und entsprechenden Beobachtungszeiträumen.
- ◆ Eine anlassbezogene Evaluation aufgrund von Eintragungen im Berichtblatt in akuten Situationen oder bei besonderen Ereignissen.

Die Prinzipien des Element 4 im Strukturmodell bedeuten **die Abkehr von** den in der Praxis immer noch weit verbreiteten **schematischen Routinen** im Umgang mit Differenzialassessments, Skalen, Trink- und Essprotokollen etc., **zugunsten eines individuell und anlassbezogenem Vorgehens**. Häufig wird (durch das QM) argumentiert, dass schematisch und zeitlich regelhaft festgelegte Routinen im Rahmen des einrichtungsinternen Risikomanagements in den jeweiligen Expertenstandards des DNQP und/oder durch die Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) gemäß SGB XI gefordert werden. **Ein solches Vorgehen beansprucht kostbare Zeit der Pflegenden, wirkt demotivierend und ist fachlich nicht zu begründen**. Routinen leisten somit keinen adäquaten Beitrag zur einrichtungsinternen Qualitätssicherung in der Pflege. Es besteht das dringende Erfordernis, diese Vorgehensweise zu korrigieren. Weitere und vertiefende Informationen zu dem Element 4 des Strukturmodells finden sich im Thema 2 und 3 sowie in den Fallbeispielen.

Wesentliche Grundlagen zur Einführung des Strukturmodells: Regelung der Prozessteuerung und personenzentrierte Pflege

Es ist Aufgabe einer im Strukturmodell **geschulten Pflegefachkraft**, den Pflege- und Betreuungsprozess zu steuern und in Anlehnung daran in der Pflegedokumentation das Vorgehen nachvollziehbar knapp abzubilden. Hierzu gehört es auch, die Eintragungen im Berichtblatt, welche dort durch Betreuungskräfte oder andere beteiligte Professionen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Aufgabe der Pflegefachkraft ist es, das Pflege- und Betreuungsteam hierin anzuleiten und den interdisziplinären Prozess im Sinne der pflegebedürftigen Person zu koordinieren. Da die Dokumentation nun klarere Vorgaben und überschaubare Inhalte liefert, besteht in dieser Hinsicht für alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten deutliche Erleichterung und Orientierung.

Die folgende Abbildung stellt den (permanenten) Prozess dar, wie die verschiedensten Informationen zur Situation der pflegebedürftigen Person im Rahmen des Strukturmodells in die Dokumentation Eingang finden, und das damit verbundene dynamische Zusammenspiel von Fachlichkeit und personenzentriertem Ansatz (Aushandlungsprozess). Mit Validierung ist hier gemeint, dass die in diesem Gesprächsrahmen entstandenen Ergebnisse aus dem Verständigungsprozesse respektiert und verbindlich in dem Maßnahmenplan oder die Grundbotschaft aufgenommen werden. Ausdruck dieser gegenseitigen Wertschätzung und der Situationseinschätzung könnte u.a. nach gemeinsamer Durchsicht die Unterschrift im Feld A sein.

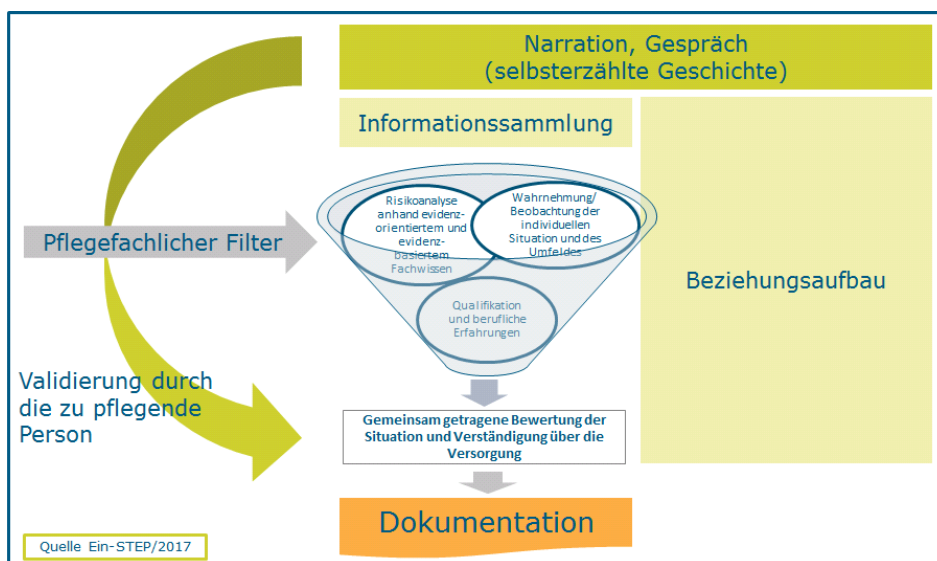


Abbildung 6: Personzentrierung, Fachlichkeit und Aushandlungsprozess sowie Ergebnissicherung in der Dokumentation gemäß Strukturmodell

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Zum Hintergrund

Kurze Historie des Strukturmodells

Die Entwicklungsgeschichte des Strukturmodells reicht bis in die 90er Jahre zurück. In einem Forschungsbericht „Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege“ für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hatten Höhmann/Weinreich/Gätschenberger (1996) ein Modell für die professionelle Problem- und Maßnahmenbeschreibung in der Pflege entwickelt.

Zentrale Schritte waren die Erfassung von individuellen Gewohnheiten und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Danach schloss sich der sog. professionelle Filter (synonym: professionelle Sichtweise) an. Damit werden aus Sicht der Pflegenden die vorliegenden Pflegeprobleme im Kontext der jeweiligen Rahmenbedingungen bewertet. Der ‚professionelle Filter‘ ist Ausdruck der pflegefachlichen Kompetenz, der im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses bei der Maßnahmenplanung und der Evaluation sichtbar wird. Die Methode des Pflegeprozesses als Problemlösungs- und Entscheidungsinstrument, findet sich sowohl im Strukturmodell allgemein als auch speziell in der darin integrierten SIS® wieder.

Kurze Historie des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess hat seinen Ursprung in den USA. Dort stellte die Krankenschwester und Pflegeetheoretikerin Virginia Henderson bereits in den 1950er Jahren Überlegungen an, wie Pflege geplant gestaltet werden kann. In Deutschland wurde der Pflegeprozess durch Publikationen in verschiedenen Fachbüchern, u.a. durch Liliane Juchli in den 1970er Jahren, bekannt. Verena Fichter und Martha Meier veröffentlichten 1981 im deutschsprachigen Raum ein Buch über den Pflegeprozess, welches in Fachkreisen große Anerkennung fand.

Formen des Pflegeprozesses

Durch die Vielzahl an Pflege-theorien entwickelten sich auch unterschiedliche Formen von Pflegeprozessen mit vier, fünf oder sechs Schritten.

Die wohl bekanntesten sind der vierphasige Prozess nach Yura und Walsh (1988), welcher von der WHO für die Krankenpflege übernommen wurde, sowie der sechshephasige Prozess nach Fichter und Meier (1998), welcher in der deutschen Langzeitpflege stark verbreitet ist.

Das Strukturmodell orientiert sich am vierphasigen Prozess nach Yura und Walsh und erzeugt somit eine deutliche Verdichtung und eine Orientierung auf das Wesentliche.

Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) - Perspektive der pflegebedürftigen Person und die Funktion der Themenfelder (Teil 1) sowie die Matrix zur Risikoeinschätzung

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung ist mit dem Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) als Einstieg in den 4-phasigen Pflegeprozess im Rahmen des Strukturmodells vertraut. Die Bedeutung des personenzentrierten Ansatzes sowie die narrative Erzählweise (Feld B) sind reflektiert. Das Vorgehen zur Situationseinschätzung der pflegebedürftigen Person anhand der Themenfelder (C1) durch die Pflegefachkraft ist verstanden.

Allgemeines

Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Bei der Entwicklung der SIS® wurde bewusst auf die Informationserfassung mittels Kästchen und Ankreuzverfahren in den Themenfeldern verzichtet. Die Themenfelder haben einen Wiedererkennungswert zu der inhaltlichen Ausrichtung des am 01.01.2017 in Kraft getretenen Begutachtungsinstrumentes (siehe hierzu Hintergrundinformationen am Ende des Kapitels).

Die SIS® kann nur von einer hierin geschulten Pflegefachkraft angewandt werden. Die Pflegefachkraft beherrscht den Pflegeprozess, hat kommunikative Fähigkeiten und bringt Erfahrungen in der Risikoerfassung und Beurteilung kritischer Situationen mit.

Entlang der vorgegebenen Systematik, lässt sich die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft zur individuellen Situation der pflegebedürftigen Person und ihres Umfelds umfassend darstellen. Eine anfängliche Verunsicherung durch den Freitext verliert sich bald zugunsten einer anderen Qualität des Gesprächsverlaufs zwischen der Pflegefachkraft und der pflegebedürftigen Person (bzw. den Angehörigen). Sicherlich muss die Anwendung der SIS® aber geübt und von Anfang an fachlich begleitet werden. Das Verfahren hierzu sollte einrichtungsintern festgelegt werden.

Funktionalität der SIS®

- ◆ Die SIS® ist in vier Abschnitte eingeteilt (Felder A, B, C1 und C2), die systematisch aufeinander aufbauen. Feld A und Feld B sind für die stationäre und die ambulante Versorgung identisch. Im Feld C1 differiert jeweils das Themenfeld 6 (stationär: „Wohnen/Häuslichkeit“; ambulant: „Haushaltsführung“). Im stationären Versorgungsbereich wird hierdurch dem Thema ‚Wohnen

und Häuslichkeit' zur individuellen Gestaltung Raum gegeben. Im ambulanten Versorgungssektor dient das Thema ‚Haushaltsführung‘ in der Regel der Dokumentation der Zusammenarbeit zwischen der Familie und dem Pflegedienst und/oder zusätzlichem organisatorischem Hilfebedarf.

- ◆ Das Feld C2 differiert nur für die ambulante Pflege um eine Spalte „Beratung“.
- ◆ Das wesentliche Prinzip im Vorgehen lautet: eine knappe Darstellung der pflege- und betreuungsrelevanten Aspekte der pflegebedürftigen Person. Hier werden außerdem wesentliche biografische Informationen zugeordnet und individuelle Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person aufgenommen.
- ◆ Die Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person bildet die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Erfassung ab. Das Ergebnis wird **immer** in dem Feld A von der Pflegefachkraft abgezeichnet, die das Gespräch geführt hat. In diesem Feld ist auch die Unterschrift durch die pflegebedürftige Person und den Angehörigen/Betreuer vorgesehen. Die ist aber nicht verpflichtend.
- ◆ Im Feld C 1 ist festzuhalten, wenn die pflegebedürftige Person und Angehörige nicht einer Meinung bezüglich einzelner Aspekte der pflegerischen Versorgung sind. Das Ergebnis der unterschiedlichen Auffassungen wird in dem entsprechenden Themenfeld dokumentiert. Dies gilt auch für einen Verständigungsprozess zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft.
- ◆ Zusätzliche Einträge in den Themenfeldern bei Papier gestützter Dokumentation **im Verlauf der Versorgung**, müssen immer mit Datum und einem entsprechenden Kürzel der Pflegefachkraft versehen sein. Sollten die zusätzlichen Erkenntnisse auch eine grundsätzlich veränderte Einschätzung in der Risikomatrix erfordern, empfiehlt es sich, die SIS® in Gänze (einschließlich Feld B) neu zu erstellen.
- ◆ Um Einschätzungen zu dokumentieren, die sich zu Beginn der Pflegeübernahme oder dem Einzug häufig erst sukzessive einstellen, bedarf es einer Entscheidung des Trägers, **welcher Zeitraum und welches Vorgehen** hierfür gewählt wird. **In der Praxis hat sich ein Zeitraum innerhalb von 24 Stunden bis zu einer Woche durchgesetzt.** Im Rahmen des Eingewöhnungsprozesses der pflegebedürftigen Person (z.B. nach vier bis sechs Wochen der Versorgung im ambulanten Bereich oder des Heimeinzugs) könnte erneut das Gespräch mit der pflegebedürftigen Person gesucht werden. Anhand der bis dahin vorliegenden Informatio-

nen und ggf. wesentlichen Veränderungen zu den bisherigen Eintragungen in der SIS® könnte der Verständigungsprozess zu allen Themen in einer neuen SIS® dokumentiert werden.

- ◆ Bei einer technisch gestützten Dokumentation ist dies einfacher in der Durchführung indem eine neue Version erstellt und die alte abgespeichert wird. Die Praxis zeigt, dass Entscheidungen des Pflegemanagements in diesem Punkt deutlich davon geprägt sind, ob die Dokumentation elektronisch gestützt oder auf Papier erfolgt.
- ◆ Zu der Zusatzfrage im Feld B der SIS® für die Tages- und Kurzzeitpflege und Besonderheiten bei dem jeweiligen Themenfeld 6 siehe Thema 7 und Thema 8.

Abbildung 7: Zuordnung und Funktion der Felder A/B/C1/C2 in der SIS® ambulant und stationär. Diese Systematik gilt auch für die SIS® Tagespflege (TP) und Kurzzeitpflege (KZP)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Die praktische Anwendung üben und Grundsätze im Vorgehen festlegen

Die SIS® darf, wie bereits ausgeführt, nur von einer hierin geschulten Pflegefachkraft angewandt werden. Es hat sich bewährt, die Anwendung anfangs auf ausgewählte Pflegefachkräfte zu begrenzen und das Aufnahmemanagement zu Beginn der Umstellung zentral zu gestalten, bis ausreichende Kompetenz in allen Bereichen der Pflegeeinrichtung gewährleistet werden kann.

Einige Pflegeeinrichtungen sind im Rahmen der Implementierung dazu übergegangen, gerade das Gespräch mit der pflegebedürftigen Person, den Angehörigen oder Bezugspersonen bei dem Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung zusammen mit dem Mitarbeiter des Sozialen Dienste oder der Betreuung zu führen, um von Anfang an, angemessene und individuelle Angebote der Pflege und Betreuung gemeinsam zu planen.

Mitunter wird die Pflegeeinrichtung durch intensive Schulung und Begleitung aber auch dafür Sorge getragen, dass sehr zügig alle Pflegefachkräfte in den Wohnbereichen oder den einzelnen Touren mit der Anwendung der SIS® vertraut sind. Die Schrittweise des Vorgehens muss hier einrichtungsindividuell vom Management einheitlich festgelegt werden, zumal es verknüpft ist mit der Entscheidung, wie grundsätzlich die Umstellung auch bei bereits bestehenden Dokumentationen in der Pflegeeinrichtung vorgenommen werden soll.

Bei stark kognitiv beeinträchtigten Menschen kann/wird das Gespräch entlang der SIS® stellvertretend mit den Angehörigen und/oder mit dem Betreuer etc. geführt werden. Dies ist entsprechend zu vermerken. Hier kann es durchaus sein, dass zunächst auf Anweisung über mehrere Tage eine umfangreiche Dokumentation im Berichteblatt über alle Schichten erfolgt, damit möglichst viele Informationen zur individuellen Situation der pflegebedürftigen Person vorliegen, um die vorläufige Maßnahmenplanung entsprechend zu verstetigen oder anzupassen.

Prinzipien der Anwendung der SIS®

- ◆ Die Reihenfolge der sechs Themen ist im Ablauf nicht zwingend einzuhalten und kann im Gesprächsverlauf flexibel genutzt werden. Mitunter werden die Informationen auch erst nach dem Gespräch aufgezeichnet. Wegen der starken Wechselwirkung der Themenfelder zueinander empfiehlt es sich aber die Reihung einzuhalten.
- ◆ Die den Themenfeldern zugeordneten Leitfragen sind nicht als direkte Fragen an die pflegebedürftige Person zu verstehen. Vielmehr können Sie von der Pflegefachkraft im Anschluss des Gesprächs auch zur Reflexion genutzt werden. Sie erheben keinen

Anspruch auf Vollständigkeit und dienen der inhaltlichen Zuordnung der einzelnen Felder und zur Orientierung der Pflegefachkraft im Rahmen der Situationseinschätzung. Die Themenstellungen selbst haben allerdings einen indirekten Zusammenhang mit den Modulen des Begutachtungsinstruments, weichen aber im Einzelnen auch davon ab.

- ◆ Die Themenfelder sollen ausdrücklich auch zur Beschreibung von Fähigkeiten und Fertigkeiten genutzt werden, alle Felder sind aktiv zu nutzen und mit Einschätzungen durch die Pflegefachkraft zu versehen. Ist die pflegebedürftige Person (ggf. Angehörige) unterschiedlicher Meinung bezüglich einzelner Aspekte der pflegerischen Versorgung, wird dies in dem entsprechenden Themenfeld dokumentiert. Dies gilt auch für einen erfolgten Verständigungsprozess zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft.
- ◆ Wird aus fachlicher Sicht in einem Themenfeld ein Risiko oder ein Phänomen angesprochen, welches die pflegebedürftige Person anders einschätzt, oder ist sie mit möglichen Vorschlägen zur Risikobegrenzung nicht einverstanden, wird das kurz in der SIS[®] festgehalten. Es hat ggf. Bedeutung bei der Maßnahmenplanung im Hinblick auf ein eng gesetztes Evaluationsdatum.
- ◆ Betreuungsrelevante Aspekte oder Informationen werden ebenfalls im Gespräch mit der pflegebedürftigen Person erfragt, ggf. findet eine Verständigung zu Angeboten der Betreuung schon statt und wird dann ebenfalls in den Themenfeldern dokumentiert.
- ◆ Die SIS[®] wird nur bei gravierenden Veränderungen der Situation der pflegebedürftigen Person, z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt mit erheblichen gesundheitlichen Einbrüchen oder sich abzeichnenden schleichenden Veränderungen im Versorgungsprozess komplett erneut ausgefüllt (vertiefte Informationen hierzu auch im Thema 3).

Die SIS[®] ein wissenschaftsbasiertes Konzept zum Einstieg in den Pflegeprozess - kein Formular

Praktische Anwendung Feld A: Informationen zur pflegebedürftigen Person und dem Gespräch

Im Feld A werden allgemeine Daten wie Name und Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person, Gesprächsdatum und Handzeichen der Pflegefachkraft dokumentiert.

Abbildung 8: Grafische Darstellung Feld A in der SIS® ambulant, stationär, Tagespflege (TP) und Kurzzeitpflege (KZP)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Die Zeile zur Unterzeichnung der pflegebedürftigen Person/Angehörige gilt als Ausdruck der gegenseitigen Verständigung zur Einschätzung und Darstellung der aktuellen Situation. Die SIS® sollte von der pflegebedürftigen Person und/oder auch von der bevollmächtigten Person unterzeichnet werden. Hiermit kommt die beiderseitige Verbindlichkeit für den Verständigungsprozess zum Ausdruck. Die Pflegefachkraft zeichnet die SIS® immer ab und übernimmt damit die fachliche Verantwortung für die an diesem Tag dokumentierten Einschätzungen zur pflegebedürftigen Person – insbesondere in der Risikomatrix.

Diese Form der Verbindlichkeit des Verständigungsprozesses kann bei unterschiedlicher Einschätzung der pflegebedürftigen Person und ihren Angehörigen/Betreuer eine wichtige Funktion zur Klärung für alle Beteiligten bekomme.

Praktische Anwendung Feld B: Eigenwahrnehmung der pflegebedürftigen Person und Fragen zur Situation

Abbildung 9: Grafische Darstellung Feld B in der SIS® ambulant und stationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

In diesem Feld wird der Schilderung der pflegebedürftigen Person Raum gegeben: zu ihrer Sichtweise der derzeitigen Situation, zur ihrer Vorstellung des Hilfebedarfs, ggf. Ängsten, Befindlichkeiten und individuellen Wünschen. Dies ist über sog. Einstiegsfragen möglich, wie z.B.:

- ◆ Was bewegt Sie im Augenblick?
- ◆ Was brauchen Sie?
- ◆ Was können wir für Sie tun?

Für die Tagespflege und Kurzzeitpflege ergibt sich eine zusätzliche Frage:

- ◆ Was bringt Sie zu uns?

Die bewusst offenen Fragen werden auch im Beisein von Angehörigen etc. gestellt. In der ambulanten Pflege spielen die Angaben der pflegebedürftigen Person und der Angehörigen eine entscheidende Rolle für die spätere Aufgabenteilung von Pflege und Betreuung zwischen dem Pflegedienst und den pflegenden Angehörigen.

Entscheidend für den Gesprächsverlauf ist das aktive Zuhören der Pflegefachkraft. Sollte ein Gespräch im Beisein von Angehörigen (aus meist verständlicher Sorge heraus) sich schwierig gestalten, so ist dem entsprechend einfühlsam durch einen geeigneten Vorschlag zum Vorgehen gegenüber den Angehörigen zu begegnen, um der pflegebedürftigen Person entsprechend Raum zu geben. Die Antworten werden (zusammengefasst) „als Zitat“, d.h. im Originalton, niedergeschrieben, um eine ungewollte Interpretation durch die Pflegefachkraft zu vermeiden. **Im Feld B soll die Erzählung der pflegebedürftigen Person auf keinen Fall mit Fachvokabular versehen oder (übersetzt) in der Fachsprache dokumentiert werden.**

Praktische Anwendung Feld C 1: die Themenfelder im Einzelnen

Im Feld **C1** wird die fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft zur Situation der pflegebedürftigen Person dargestellt.

Es werden sowohl pflegerische Hilfe- und Betreuungsbedarfe als auch die vorhandenen Ressourcen aufgenommen. Biografische Angaben werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für die individuelle Pflege und Betreuung den pflegerischen Themenfeldern zugeordnet. **Eine Wiederholung der Stichwörter aus den(Leit-) Fragen der Themenfelder oder ein „ab-arbeiten“ der darin enthaltenen inhaltlichen Fragen zu den Themenfeldern, ist unbedingt zu vermeiden. Stattdessen gilt es, die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person zu dem jeweiligen Thema zu dokumentieren.**

Zusätzlich werden mögliche Risiken mit der pflegebedürftigen Person und Vorschläge zu entsprechenden Maßnahmen in einzelnen Themenfeldern besprochen und das Ergebnis festgehalten. Es ist später die Grundlage um

die Einschätzung in der Risikomatrix nachvollziehbar vorzunehmen. **Wichtig:** Das Ausfüllen der Risikomatrix erfolgt erst, wenn alle Themenfelder ausgefüllt sind und nicht nachdem ein einzelnes Themenfeld bearbeitet wurde. Es geht zunächst um das Sammeln aller Informationen und danach erst um die Aus- und Bewertung aller gesammelten Daten in Bezug auf die Risiken und Phänomene der pflegebedürftigen Person.



Abbildung 10: Grafische Darstellung der Themenfelder im Feld C1 der SIS® (ambulant und stationär)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Die ersten fünf Themenfelder der SIS® sind wissenschaftsbasiert und für alle Versorgungsbereiche identisch. Die jeweils vier **unterschiedlichen sechsten Themenfelder** beruhen auf Konsensentscheidungen der Expertengruppen und den Ergebnissen aus den entsprechenden Praxistests.

Folgende Themen, die im Kontext von Pflegebedürftigkeit eine maßgebliche Rolle spielen, wurden festgelegt und sind jeweils farblich im Feld der SIS® wie oben abgebildet hinterlegt:

- ◆ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- ◆ Mobilität und Beweglichkeit
- ◆ Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- ◆ Selbstversorgung
- ◆ Leben in sozialen Beziehungen
- ◆ Haushaltsführung (ambulant) / Wohnen und Häuslichkeit (stationär); TP und KZP siehe gesonderte Darstellung.

Für den Gesprächsverlauf gibt es zu jedem Themenfeld **Leitfragen** und **Leitgedanken**, die der Pflegefachkraft eine Orientierung bieten, welche

Informationen in den Themenfeldern zu dokumentieren sind. Während die Leitfragen verbindlich festgelegt wurden, sind die Leitgedanken in den Pflegeeinrichtungen bei Bedarf entsprechend für die Pflegefachkräfte einrichtungsspezifisch anzupassen oder auszubauen. In jedem Fall bedarf die Arbeit mit Freitexten der Übung und Reflexion im Team, damit sich bei der Anwendung des Feld C 1 der SIS® eine gewisse Routine und Erfahrung bei den Pflegefachkräften einstellt.

Auf keinen Fall ist mit vorgefertigten Textbausteinen zu arbeiten, da diese mit den Prinzipien einer individuellen Situationseinschätzung und dem Verständigungsprozess (Personzentrierte Pflege) im Strukturmodell nicht in Einklang zu bringen sind.

In den folgenden Ausführungen finden sich neben den oben erwähnten Leitfragen (die mit einigen Abweichungen den Modulen des Begutachtungsinstruments nachempfunden wurden), weitere fachliche Hinweise in Form von Leitgedanken aus dem Literaturlieferanten des Kapitel F im Anlagenband des Abschlussberichts zum Begutachtungsinstrument der Universität Bielefeld (siehe weiterführende Literatur).

Um entstandenen Missverständnissen vorzubeugen, die im Rahmen der Implementierungsstrategie zu den Hinweisen zu den **Leitgedanken** aufgetaucht sind, sei hier noch einmal ausdrücklich betont, dass **diese Anregungen zur Orientierung der Pflegefachkraft sind** und nicht jeweils alle zu bearbeiten sind.

Themenfeld 1: Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten

Leitfrage

Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren, auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu erkennen?

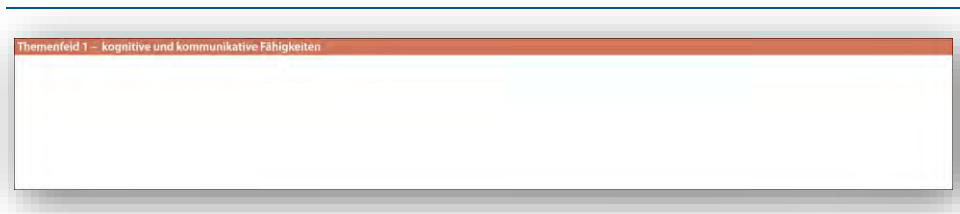


Abbildung 11: Grafische Darstellung Themenfeld 1 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Individuelle Aspekte der zeitlichen, persönlichen und örtlichen Orientierung sowie Interaktionen der pflegebedürftigen Person werden situationsgerecht erfasst und knapp beschrieben.

Ebenso kann festgehalten werden, inwieweit die pflegebedürftige Person Risiken und Gefahren erkennt, ob herausfordernde Verhaltensweisen z.B. nächtliche Unruhe, Umherwandern, Hin- und Weglauftendenz, aggressiv-abwehrendes Verhalten, vorliegen.

Möglichst prägnant kann auch der (noch) vorhandene Handlungs- und Gestaltungsraum der pflegebedürftigen Person, ihre Kompetenzen, Gewohnheiten, Risiken aufgrund der fachlichen Einschätzungen festgehalten werden.

Informationsquelle Kapitel F

Liegen Beeinträchtigungen kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten vor, kann von Einbußen der Selbstständigkeit in fast allen Lebensbereichen ausgegangen werden. Zu den wichtigsten Aufgaben der Pflege zählen daher auch der Erhalt und die Förderung der geistigen Fähigkeiten und Ressourcen der pflegebedürftigen Person.

Die im Folgenden aufgeführten Situationsbeschreibungen berücksichtigen alle wesentlichen Dimensionen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten wobei jeweils eingeschätzt wird, in wie weit die betreffenden Fähigkeiten auf den jeweiligen Einzelfall zutreffen: Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, zeitliche und örtliche Orientierung, Gedächtnis und Erinnerungsvermögen, mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen

und Entscheidungen im Alltagsleben treffen, Sachverhalte und Informationen verstehen, Risiken und Gefahren erkennen, Fähigkeit zur Mitteilung elementarer Bedürfnisse, Bitten und Aufforderungen verstehen können.

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit

Leitfrage

Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung, bzw. des Wohnbereichs, auch unter Beachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu bewegen?

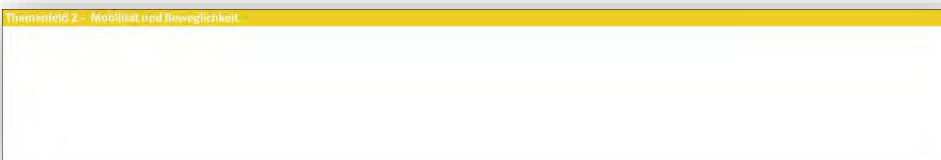


Abbildung 12: Grafische Darstellung Themenfeld 2 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Die freie und selbstständige Beweglichkeit der pflegebedürftigen Person innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs wird individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.

Wichtig ist, einzuschätzen/zu beschreiben, welche Möglichkeiten die pflegebedürftige Person hat, durch Bewegung in angemessenem Umfang sich Anregung zu verschaffen sowie an der Alltagswelt teilzuhaben und (eigenständig) teilzunehmen. Dabei werden ggf. individuelle Muster eines herausfordernden Verhalten berücksichtigt.

Informationsquelle Kapitel F

Das Themenfeld Mobilität und Bewegung umfasst die Fähigkeit zur Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur Lageveränderung des Körpers. Dazu gehören u.a. Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition zu halten, selbstständiges Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen, Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (nur, wenn in der individuellen Situation für die Versorgung zutreffend oder maßgeblich).

Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Leitfrage

Inwieweit liegen krankheits- und therapiebedingte sowie für Pflege und Betreuung relevante Einschränkungen bei der pflegebedürftigen Person vor?



Abbildung 13: Grafische Darstellung Themenfeld 3 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Die gesundheitliche Situation/die Einschränkungen, Belastungen der pflegebedürftigen Person und deren Folgen für den pflegerischen Unterstützungsbedarf werden individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.

Hierzu können u.a. folgende Aspekte von Bedeutung sein:

- ◆ individuelle krankheitsbedingte Belastungsfaktoren und Reaktionsmuster zur Bewältigung
- ◆ therapeutische Settings oder speziell eingeübte Verfahren zur Entlastung oder Stabilisierung bei wiederkehrenden Ereignissen
- ◆ Kooperationsfähigkeit der pflegebedürftigen Person oder entsprechender Handlungsbedarf
- ◆ Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung von Phänomenen (z.B. Schmerz, Inkontinenz) oder deren Kompensation

Sie sind hinsichtlich der Konsequenz für die individuelle pflegerische Versorgung im Zusammenhang mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen fachlich einzuschätzen. Eine ausführliche Erfassung und Dokumentation von Diagnosen, ärztlichen Therapien oder Medikamenten erfolgt in einem separaten Dokument bzw. finden sich auf dem Stammbblatt.

Informationsquelle Kapitel F

Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen müssen sich mit vielfältigen krankheitsbezogenen Anforderungen und Maßnahmen auseinandersetzen. Diese stellen an ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und

den Alltag zu gestalten, hohe Ansprüche. Sie müssen lernen, sich alltäglich mit den krankheits- und therapiebedingten Anforderungen auseinander zu setzen und sie in ihren Lebensalltag zu integrieren. Neben physischen können in diesem Prozess auch emotionale Belastungen entstehen, die die Krankheitsbewältigung und den Therapieverlauf negativ beeinflussen.

Ziel der pflegerischen und betreuenden Versorgung ist es, die pflegebedürftige Person zu befähigen bzw. zu begleiten, mit diesen Anforderungen umzugehen. Pflegemaßnahmen umfassen dabei die Anleitung, Beratung, Schulung, Begleitung der Personen und die teilweise bzw. vollständige Übernahme der Aktivitäten.

Themenfeld 4: Selbstversorgung

Leitfrage

Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person zur Körperpflege, zum Kleiden, zur Ernährung und zur Ausscheidung eingeschränkt?

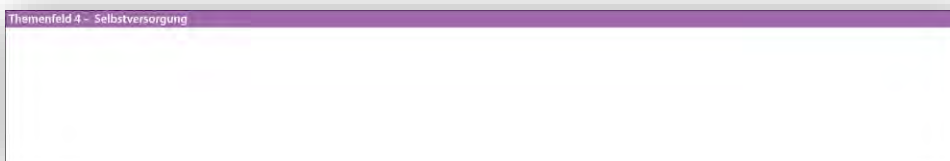


Abbildung 14: Grafische Darstellung Themenfeld 4 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, z.B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken selbstständig vorzunehmen. Hierbei sind Aspekte der größtmöglichen Selbstständigkeit zu berücksichtigen.

Eventuelle (fachliche oder ethische) Konflikte zwischen den oben genannten Erkenntnissen zur Selbstversorgung und dem dazu erfolgten Verständigungsprozess werden nachvollziehbar beschrieben.

Informationsquelle Kapitel F

Benötigt werden könnten u.a. weitergehende Einschätzungen des Hautzustandes (Körperpflege) des Mund-/Zahn-/Ernährungs- und Flüssigkeitsstatus, der Besonderheiten bei kombinierter Nahrungsaufnahme (Oral und Sonde) und eventueller Störungen im Bereich von Ausscheidungen.

Auch biografische Informationen sind in diesem Zusammenhang wichtig, vor allem zur Sicherstellung einer bedürfnisgerechten Pflege.

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen

Leitfrage

Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

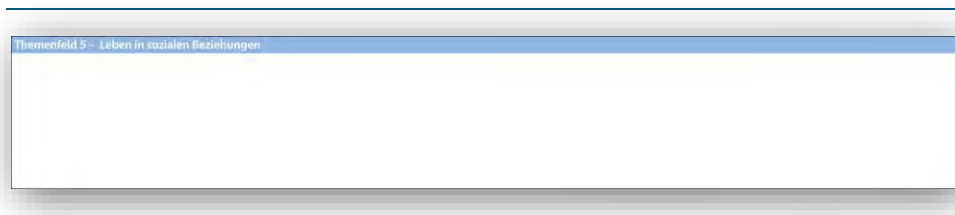


Abbildung 15: Grafische Darstellung Themenfeld 5 in der SIS® ambulant, stationär und teilstationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Selbstständige oder mit Unterstützung gestaltete Aktivitäten der pflegebedürftigen Person im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen Bereich werden individuell und situationsgerecht beschrieben. Ebenso wird thematisiert, ob aus dem privaten Umfeld die pflegebedürftige Person ggf. dabei unterstützt wird. Von großer Bedeutung ist hier eventuell der zeitnahe Verlust des Ehepartners oder der Kontakt zur Familie (Kinder/Enkelkinder/anderer Verwandte) und zu Freunden.

In diesem Themenfeld können z.B. sozialpflegerische, weltanschauliche, konfessionelle und biografisch bedeutsame Aspekte aufgenommen werden. Hinweise zu individuell gewünschte Betreuungsangeboten können hier ebenso thematisiert oder eventuelle Äußerungen der pflegebedürftigen Person zu eigenen Vorstellungen von Tod und Sterben festgehalten werden.

Informationsquelle Kapitel F

Die Bewältigung der mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen Anforderungen verändert die Gestaltung des Alltags und die sozialen Bezüge. Die Pflege von sozialen Kontakten bspw. kann nicht nur durch kognitive Einbußen, sondern auch durch Störungen des Selbstbildes (z.B. aufgrund einer Inkontinenz), Kommunikationsbarrieren (z.B. nach Schlaganfall) oder beeinträchtigter körperlicher Mobilität beeinflusst werden.

Es stellen sich z.B. folgende Fragen: Kann der Tagesablauf gestaltet und an äußere Veränderungen angepasst werden? Gibt es Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt (Angehörige, Pflegepersonen, Mitbewohner, etc.) oder eine Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Wohnumfelds?

Für die Planung von Hilfen empfiehlt es sich, ergänzend abzuklären wie motiviert die pflegebedürftige Person ist, ihre Situation zu verändern, wie viel Vertrauen sie in ihre eigenen Fähigkeiten setzt und welche Hilfsmittel sie (sinnvoll) einsetzt/nutzt. Die Pflegefachkraft sollte abklären, ob die Person weiß, welche Möglichkeiten sich in ihrer (veränderten/neuen) Situation anbieten.

Themenfeld 6a: Haushaltsführung (ambulant)

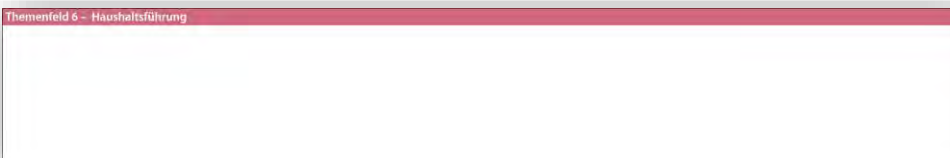


Abbildung 16: Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® ambulant

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Die selbstständige oder mit Unterstützung erfolgte Organisation und Bewältigung des eigenen Haushalts der pflegebedürftigen Person wird individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben. Dies betrifft z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen und Reinigen der Wohnung etc.

Die mögliche Abstimmung mit Angehörigen über ein arbeitsteiliges oder aufgabenorientiertes Vorgehen in der Versorgung wird ebenfalls erfasst. Hierbei kann es auch um die nachvollziehbare Beschreibung von Konflikt, Risiko- und Aushandlungssituationen gehen, die sich infolge psychischer und sozialer Pflege-, Wohn- und Lebenssituationen ergeben.

Informationsquelle Kapitel F

Einbußen im Bereich Haushaltsführung treten in der Regel sehr früh auf und können als Alarmzeichen verstanden werden. Es ist ein vordringliches Ziel, die Person darin zu unterstützen, in ihrem gewohnten Wohnumfeld bleiben zu können.

Themenfeld 6b: Wohnen/Häuslichkeit (stationär)

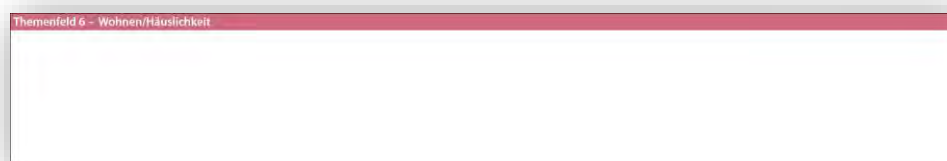


Abbildung 17: Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® stationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Hier wird die pflegbedürftige Person ermuntert Wünsche im Hinblick auf die Gestaltung und Ausstattung in dem neuen Lebensraum anzusprechen. Die Möglichkeiten diese Wünsche, in der Pflegeeinrichtung individuell und situationsgerecht umzusetzen werden besprochen und der Handlungsbedarf erfasst.

Eine wohnliche Atmosphäre und auch ein individueller Raum zum Rückzug dient dem Erhalt der Gesundheit, stärkt die Selbstbestimmung und trägt Wohlbefinden der pflegbedürftigen Person bei (eigenes Apartment, Gestaltung im Doppelzimmer, Küchenzeile zur Selbstversorgung, Lampen, Farbgestaltung, einzelne Möbelstücke, Bilder mit biografischem Bezug etc.). Es ermöglicht Orientierung insbesondere für Menschen mit Demenz und schafft Sicherheit und Vertrauen, sich in der unmittelbaren neuen Lebensumwelt einzuleben und zurecht zu finden.

Themenfeld 6c: Erhalt/Förderung von Alltagsfähigkeiten bzw. Sicherstellung von Rückzugsbedürfnissen (Tagespflege)

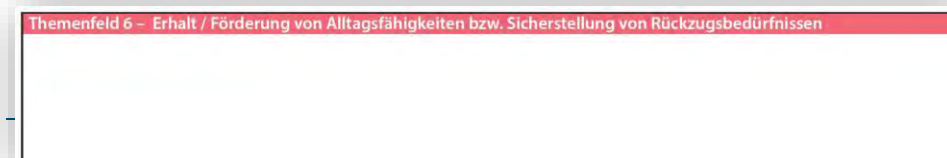


Abbildung 18: Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® Tagespflege

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Wodurch kann die Stärkung und Förderung der Alltagskompetenz des Tagesgastes mittels gezielter Maßnahmen während des Aufenthaltes in der Tagespflege unterstützt werden? Mit wem ist hierüber gesprochen worden? Von wem kommen die Hinweise hierzu?

Besteht primär ein Rückzugsbedürfnis des Tagespflegegastes? Sind die Zusammenhänge hierfür bekannt und angesprochen worden (z. B. häusliche Situation, Wunsch nach Autonomie, biografische Aspekte, Belastung durch chronische Erkrankungen)?

Wie kann diesem individuellen Wunsch im Ablauf der Tagespflege organisatorisch Rechnung getragen werden?

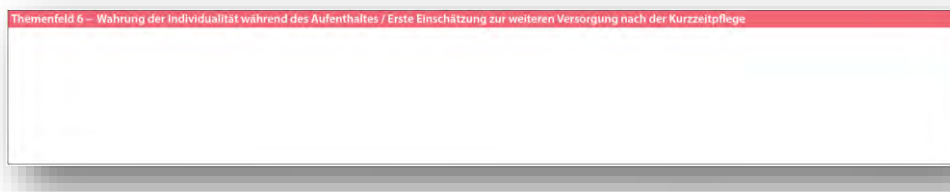
Themenfeld 6d: Wahrung der Individualität während des Aufenthalts/Erste Einschätzung zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege

Abbildung 19: Grafische Darstellung Themenfeld 6 in der SIS® Kurzzeitpflege

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Leitgedanken

Inwieweit kann die Wahrung der Individualität auch während des begrenzten Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege unterstützt werden?

Welche Wahrnehmung hat die pflegebedürftige Person zu ihrer veränderten gesundheitlichen oder häuslichen Situation und einer möglichen weiteren Versorgung?

Welche Einschätzung hat die Pflegefachkraft zur Versorgung der pflegebedürftigen Person nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege? Gibt es verschiedene Perspektiven die angesprochen werden sollten?

Wer ist in diesem Punkt ein wichtiger Gesprächspartner für die pflegebedürftige Person? Mit wem kann/muss der Klärungsprozess begonnen und/oder weiterverfolgt werden?

Zum Hintergrund

Die konzeptionelle Vorgehensweise in der SIS® setzt sich aus der Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person, verbunden mit der Aufforderung einer sog. ‚narrativen Erzählweise‘ und dem Schritt der Situationsbeschreibung aus pflegefachlicher Sicht („pflegefachlicher Filter“) zusammen. Den individuellen Wünschen und Vorstellungen der pflegebedürftigen Person zu einem selbstbestimmten Leben sowie ihre Wahrnehmungen zur individuellen Situation und den persönlichen Vorstellungen von Hilfe und Pflege wurde damit bewusst Raum gegeben. Diese narrativ erzählten Informationen (Wiedergabe des Originalwortlauts der pflegebedürftigen Person oder deren Angehörige/ Begleitperson) werden ungefiltert im Feld B oder auch situationsbedingt in den Themenfeldern 1-6 der SIS® festgehalten.

Dieses bewusste Zusammenspiel zwischen der Eigenwahrnehmung der pflegebedürftigen Person und der Situationseinschätzung durch eine erfahrene Pflegefachkraft, bildet die Grundlage von Entscheidungen zu Art und Umfang der Pflege und Betreuung. Im stationären Versorgungsbereich, bei dem es um die Entscheidung zu einem existentiellen (meist letzten) Wechsel in eine andere Umgebung geht, sollte hierfür – auch unterstützt durch die veränderte Dokumentationspraxis - mehr Raum gegeben werden und eine besondere Beachtung finden. Ein Prozess, der in der ambulanten Pflege aufgrund der häuslichen Situation situationsbedingt bereits stärker verankert ist.

Der Ansatz einer personenzentrierten Pflege, sollte sich auch im Strukturmodell abbilden und deshalb wird gezielt mit dem Prinzip der „Verständigung“ gearbeitet und zwar nicht nur in der SIS®, sondern das Vorgehen und der Kerngedanke betrifft auch die anderen Elemente. Der Begriff „Verständigung“ steht für einen respektvollen Umgang miteinander und der Verständigung darüber, auf der Grundlage der geäußerten individuellen Wünsche und Gewohnheiten die tägliche Versorgung und Betreuung zu sichern und Vertrauen aufzubauen. Pflege, zumal in der Langzeitpflege, ist ein Beziehungsprozess. Dass diese Vorgehensweise nicht immer einfach ist - insbesondere im Umgang mit kognitiv eingeschränkten oder psychisch kranken Menschen - wurde im Rahmen der Implementierungsstrategie deutlich und bedarf daher der Übung, Schulung und Reflexion.

Die pflegebezogenen Themen im Feld C1 korrespondieren wie oben ausgeführt mit den Modulen des Begutachtungsinstruments, welches seit Januar 2017 in Kraft getreten ist. Diese sollen auch die Auseinandersetzung und Orientierung mit dem neuen und umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI unterstützen.

Bei der Entwicklung des Strukturmodells wurde sich in den Expertengruppen nach eingehender Diskussion verschiedener Varianten (z.B. pflegedi-

agnostische Verfahren, Clusterung der AEDL Systematik, Struktur der Pflegecharta, Trajektmodell), schließlich dafür ausgesprochen, sich an die Module des damaligen Neuen Begutachtungsinstruments (Bi ehemals NBA) anzulehnen. Folgender konzeptioneller Gedanke war hierfür leitend:

Den im NBI formulierten Themengebieten zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit lag die wissenschaftliche Analyse von (inter)national bekannten Instrumenten zur Erfassung von Pflege- und Hilfebedarf zugrunde. D.h. es lag eine fundierte Wissenschaftsbasierung der Themenfelder (gegliedert in 7 bzw. 8 Module) vor und in einem Anlagenband zum Abschlussbericht der Universität Bielefeld, waren zudem ausführliche Hinweise zur praktischen Nutzung der pflegewissenschaftlichen Literaturrecherchen für die Pflegeplanung vorzufinden.

Mit dieser Entscheidung wurde eine verantwortbare wissenschaftsbasierte Strukturierung der Informationssammlung definiert, von der angenommen werden kann, dass die für die Pflege und Betreuung relevanten Themenkomplexe im Kontext der Versorgung pflegebedürftiger Personen umfassend berücksichtigt sind.

Der umfangreiche Fragenkatalog zur Ermittlung der Pflegegrade eignet sich allerdings nicht zur Strukturierung eines Gesprächs zum Einstieg in den Pflegeprozess und würde die Einschätzung des Pflege- und Hilfebedarfs mittels der SIS[®], auf die vorgegebenen Fragen einengen. Unabhängig davon, dass die Pflegedokumentation nicht zur Komplettierung des Begutachtungsinstruments gedacht ist, sind bei sachgerechter Anwendung der Prinzipien des Strukturmodells alle wichtigen Informationen für dieses künftige Begutachtungsverfahren regelhaft aus der neuen Pflegedokumentation erkennbar. Hier ist vor allem das Berichtblatt, mit dem Prinzip der Dokumentation von Abweichungen und akuten Ereignissen, von herausragender Bedeutung. Siehe hierzu auch unter Download „Thesenpapier“ und „Leitfaden Pflegegradmanagement...“ auf der Homepage www.ein-step.de

Die Strukturierte Informationssammlung als wissenschaftsbasiertes Konzept gilt als Kernstück im Strukturmodell zur Einleitung des vierphasigen Pflegeprozesses. Sie enthält am Ende eine Risikomatrix zur Dokumentation von fünf zentralen Risiken und Phänomenen im Kontext von Pflegebedürftigkeit, die mit den Themenfeldern verschränkt sind. Sie dient der Pflegefachkraft zur übersichtlichen Darstellung ihrer fachlichen Ersteinschätzungen (Initialassessment) von entsprechend dokumentierten Befunden in den Themenfeldern und zur Abklärung einer eventuell notwendig werdenden vertiefenden Einschätzung.

Auch hierbei wurde davon ausgegangen, dass die aufgeführten Risiken und Phänomene einem international breit abgesicherten Wissen zu be-

kannten Risikofaktoren bei Pflegebedürftigkeit unterliegen und die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass ein Mensch mit Pflegebedarf in einem dieser Bereiche Probleme hat. Zusätzlich liegen zu diesen Themenbereichen von der Pflegewissenschaft entwickelte Expertenstandards mit aktuellen Wissensbeständen zu den Themen vor und sind wertvolle Quellen zur Orientierung für die pflegerische Praxis. Diese sind, wie oben aufgeführt, in die vorliegenden Schulungsunterlagen als Anregung zur Bearbeitung der Themenfelder eingeflossen.

Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung(SIS®) - die Funktion der Themenfelder sowie die Matrix zur Risikoeinschätzung (Teil 2)

Zielsetzung

Die Systematik der Risikomatrix und ihre Anwendung in der SIS®, zur Dokumentation individueller Risiken und Phänomene von pflegebedürftigen Personen im Sinne einer Ersteinschätzung sind verstanden.

Der Zusammenhang zwischen den dokumentierten Ergebnissen in den Themenfeldern (C1) und den daraus abgeleiteten fachlichen Einschätzungen durch die Pflegefachkraft in der Risikomatrix (C2) sind geschult und anhand von Beispielen erläutert.

Allgemeines

Ein zentrales Element zur sicheren Gestaltung des Pflegeprozesses ist der fachgerechte Umgang mit pflegerelevanten Risiken und Phänomenen. Dies wird in der Praxis als große Herausforderung angesehen. Neben fünf (der sechs) Themenfelder in der SIS® enthält die Risikomatrix in der SIS®, die in der Langzeitpflege am häufigsten vorkommenden Risiken und Phänomene, die mit zunehmenden Alter und bei vorliegender Pflegebedürftigkeit von herausragender Bedeutung sind. Es sind die Themen Dekubitus, Sturz, Ernährung Inkontinenz und Schmerz.

Diese Grundannahmen liegen u.a. der konzeptionellen Entwicklung der Risikomatrix zu Grunde und die Themen in den Spalten korrespondieren deshalb auch mit einigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Letztere stellen jeweils das aktuelle und überprüfbare Wissen zu einem spezifischen Thema zur Verfügung, sind **Empfehlungen** und dienen der Unterstützung bei fachlichen Entscheidungen durch die Pflegefachkraft.

Die Risiken und Phänomene in den Spalten der Risikomatrix sind eher im Sinne einer zusammenfassenden Bewertung der differenzierten Situationseinschätzung in den einzelnen Themenfeldern der SIS® zu verstehen (z.B. beinhaltet das Stichwort „Ernährung“ in der Matrix alle Befunde zu Art und Umfang der Nahrungsaufnahme und der Flüssigkeitszufuhr).

Die Risikoeinschätzung der Situation der pflegebedürftigen Person erfolgt also in der SIS® zunächst auf Grundlage der Fachlichkeit der Pflegefachkraft und ihrer beruflichen Erfahrungen. Dies wird als sogenanntes „Initialassessment“ oder auch „Ersteinschätzung“ bezeichnet und würde z.B. den Empfehlungen der oben genannten Expertenstandards zum Vorgehen bei der Risikoeinschätzung entsprechen.

Die Risikomatrix im Feld C2 wurde eigens für das Strukturmodell im Rahmen der Entwicklung des Elements 1 (SIS®), von Frau Prof. Dr. Martina Roes entwickelt. Das prinzipielle Vorgehen der Risikoeinschätzung im Strukturmodell mit dem Fokus der primären fachlichen Entscheidung durch die Pflegefachkraft wurde in der pflegefachlichen wie juristischen Expertengruppe unter verschiedenen Aspekten fachwissenschaftlich diskutiert und u.a. wie folgt bestätigt.

Die SIS® mit der integrierten Risikomatrix ermöglicht einen rationalen Umgang mit der Risikoeinschätzung und Dokumentation der Ergebnisse, welche zusätzlich ein qualitätsgesichertes Vorgehen stützt. Sie erfasst den Handlungsbedarf zu Risiken und Phänomenen der pflegebedürftigen Person im Zusammenhang der Einschätzungen und Informationen aus den Themenfeldern der SIS®. **Im Element 2 des Strukturmodells finden sich dann die daraus abgeleiteten fachlichen Maßnahmen u.a. auch zu den Prophylaxen wieder.**

Das Diagramm zeigt eine Risikomatrix für stationäre und teilstationäre Pflege. Die Spaltenüberschriften sind: Diabetes, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung und Sonstiges. Jede Spalte enthält zwei Unterkategorien: 'weitere Einschätzung notwendig' und 'Beratung'. Die Zeilenüberschriften sind: 1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 2. Mobilität und Beweglichkeit, 3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen, 4. Selbstversorgung, 5. Leben in sozialen Beziehungen. Ein roter Kreis mit der Aufschrift 'C2' markiert die Matrix für das Element 2.

Abbildung 20: Grafische Darstellung Feld C 2 der Risikomatrix in der SIS® stationär und teilstationär (TP und KZP)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Das Diagramm zeigt eine Risikomatrix für ambulante Pflege. Die Spaltenüberschriften sind: Diabetes, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung und Sonstiges. Jede Spalte enthält zwei Unterkategorien: 'weitere Einschätzung notwendig' und 'Beratung'. Die Zeilenüberschriften sind: 1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 2. Mobilität und Beweglichkeit, 3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen, 4. Selbstversorgung, 5. Leben in sozialen Beziehungen. Ein roter Kreis mit der Aufschrift 'C2' markiert die Matrix für das Element 2.

Abbildung 21: Grafische Darstellung Feld C 2 der Risikomatrix in der SIS® ambulant

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

In der Risikomatrix der SIS® für die ambulante Versorgung gibt es eine zusätzliche Spalte ‚Beratung‘ in jedem einzelnen Block. Ist eine Beratung zu einem der aufgeführten Themen erfolgt, werden die Inhalt knapp im Themenfeld dokumentiert und abschließend in der Risikomatrix an entsprechender Stelle „als erledigt“ angekreuzt.

Für den Komplex ‚Beratung‘ wird in der ambulanten Pflege nicht selten ein knapper Zusatzbogen zur Erfassung der Beratungsleistungen und ihrer Ergebnisse geführt. Dies erscheint unter den Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege sinnvoll, ist aber nicht unbedingt erforderlich, da die Ergebnisse in den Themenfeldern erfasst werden können. Die Festlegung des Verfahrens ist eine Entscheidung des Pflege- und Qualitätsmanagements der jeweiligen Einrichtung. Es bedarf hier aber nur einer **knappen Ergebnissicherung (Thema und Ergebnis) und keiner ausführlichen Darstellung der Beratung im Einzelnen**. Hierzu dienen die vorliegenden Regelungen im einrichtungsinternen QM Handbuch.

Prinzipien der Anwendung der Risikomatrix

Die Risikomatrix hat die Funktion einer fachlichen ‚Befunderhebung‘ durch die Pflegefachkraft und erfordert je nach Ergebnis zusätzlich eine Entscheidung zum weiteren Vorgehen. Das Prinzip der Abkehr des schematischen Einsatzes von Checklisten und Erhebungsinstrumenten im Strukturmodell hat den Vorteil, dass Risiken und Phänomene nun im konkreten Zusammenhang mit dem Befund in den Themenfeldern betrachtet werden. Pflegerische Probleme der pflegebedürftigen Person werden nicht mehr isoliert („nebeneinander pro Risiko“), sondern im Hinblick auf ihre Gesamtsituation (im Überblick) wahrgenommen und eingeschätzt.

Bei der Risikomatrix kommt abweichend vom sonstigen Vorgehen in den Feldern der SIS®, ein systematisches Ankreuzverfahren zum Tragen. Die Spalte ‚Sonstiges‘ am Ende der Risikomatrix symbolisiert, dass es sich bei dieser Risikomatrix nicht um eine abschließende Aufzählung handelt, sondern die Risikomatrix bei Bedarf um ein weiteres festgestelltes Risiko ergänzt werden kann. **Wichtig:** Hierbei muss es sich allerdings um ein tatsächliches Risiko und nicht um eine Prophylaxe handeln. Dies kommt aber eher selten vor (z. B. akute Sucht- bzw. Abhängigkeitsproblematik, Hinlauftendenz oder ausgeprägtes herausforderndes Verhalten, Intertrigo bei sehr starkem Übergewicht).

Die juristische Expertengruppe misst der Spalte „Sonstiges“ noch eine weitere Bedeutung zu: Aus ihrer Sicht ist es notwendig, dass die Felder in der Risikomatrix **keine abschließende Aufzählung** darstellen, sondern eine Entscheidung der Pflegefachkraft erfordert, fachlich einzuschätzen, ob ein weiteres individuelles Risiko oder Phänomen vorhanden und zu dokumentieren ist. Die Spalte „Sonstiges“- im Sinne eines Platzhalters - kann also auch frei bleiben.

Zwei Varianten im Vorgehen bei der Anwendung der Risikomatrix

Variante A: Die Risikomatrix wird je Themenfeld von links nach rechts ausgefüllt. Es werden nacheinander die Informationen pro Themenfeld in Verbindung mit den Risiken/Phänomenen Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz und Ernährung fachlich bewertet und entsprechend mit ja oder nein angekreuzt.

Variante B: Die Risikomatrix wird je Risiko/Phänomen von oben nach unten ausgefüllt. Ausgehend von dem jeweiligen Risiko/Phänomen werden die Informationen hierzu aus jedem der Themenfelder fachlich bewertet und entsprechend mit ja oder nein angekreuzt.

Variante A

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten												
2. Wahrnehmung und Bewusstseinslage												
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen												
4. Selbstversorgung												
5. Leben in sozialen Beziehungen												

Variante B

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten												
2. Wahrnehmung und Bewusstseinslage												
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen												
4. Selbstversorgung												
5. Leben in sozialen Beziehungen												

Abbildung 22: Ausfüllvarianten der Risikomatrix

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Beide Varianten der Anwendung sind möglich. Die Entscheidung zum Vorgehen wird in das Ermessen der Pflegeeinrichtung gestellt.

- ♦ Effekt der Variante A: Die Pflegefachkraft setzt sich mit der Risikoeinschätzung auseinander, in dem sie zur Einschätzung und Bewertung der Risiken und Phänomene in einem Themenfeld verweilt und sich auf das Themenfeld konzentriert. Aufgrund dieser Vorgehensweise wird die Aufmerksamkeit auf mögliche Ursachen und Wechselwirkungen von Risiken/Phänomenen gelenkt.
- ♦ Effekt der Variante B: Die Pflegefachkraft legt ihren Fokus auf die einzelnen Risiken und Phänomene und setzt diese in Bezug zu jedem einzelnen Themenfeld. Aufgrund dieser Vorgehensweise

wird die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Risikos/Phänomenen zu möglichen Zusammenhängen in allen Themenfeldern gelenkt.

Schritte der fachlichen Entscheidung durch die Pflegefachkraft im Umgang mit der Risikomatrix

Die Pflegefachkraft fragt sich: Ergeben sich aufgrund der dokumentierten Aussagen in einem Themenfeld Hinweise auf ein **Risiko**? Sie beantwortet die Frage mit **ja** oder **nein**.

- ◆ Falls **nein**, ist die Einschätzung abgeschlossen.
- ◆ Falls **ja**, ist die nächste Frage zu beantworten: Ist eine weitere Einschätzung notwendig: **ja** oder **nein**?
 - ◆ Falls **nein**, plant die Pflegefachkraft direkt entsprechende Maßnahmen, da aus ihrer Sicht hierfür ausreichend Informationen aus der SIS® einschließlich der Risikomatrix vorliegen.
 - ◆ Falls **ja**, entscheidet die Pflegefachkraft **wodurch** die weitere Einschätzung erfolgen soll (befristete Beobachtungsphase oder weitere Fachexpertise oder standardisiertes Instrument).

Je nach Entscheidung findet sich das Ergebnis im Maßnahmenplan wieder.

Abschließend, wenn alle Risiken und Phänomene eingeschätzt wurden, ist zu prüfen, ob es aufgrund der in verschiedenen Themenfeldern erfassten und dokumentierten Aussagen der pflegebedürftigen Person (ggf. auch von Betreuern, Angehörigen) Hinweise auf ein weiteres Risiko in einem Themenfeld gibt, welches in der Spalte „**Sonstiges**“ eingetragen werden kann. Dies würde in der gleichen Vorgehensweise durch die Pflegefachkraft bewertet und die Fragen entsprechend beantwortet werden. **Die Spalte „Sonstiges“ kann, muss aber nicht genutzt werden.**

Insbesondere ist zu beachten, dass in dieser Spalte **keine Prophylaxen** eingetragen werden. **Prophylaxen sind Maßnahmen, deren Durchführung im individuellen Maßnahmenplan beschrieben werden** und sich aus den Erkenntnissen der SIS® ableiten.

Dieses systematische Vorgehen der Risikoeinschätzung im Strukturmodell entspricht und unterstützt die Logik einer schlanken Pflegedokumentation. Die Situation der pflegebedürftigen Person ist jederzeit fachlich nachvollziehbar. Unabhängig davon ist eine fortlaufende (Kranken-)Be-

obachtung wesentlicher Bestandteil pflegefachlichen Handelns. Die Einschätzung pflegerelevanter Risiken und Phänomene setzt grundsätzlich entsprechendes Fachwissen der einschätzenden Pflegefachkraft voraus.

Hierzu liegen durch die Expertenstandards des DNQP hervorragende Informationen und fachliche Empfehlungen zum aktuellen pflegerischem Wissen vor.

Hinweis

Es ist zu beachten, dass in der Risikomatrix **ausschließlich** eine Einschätzung (Befunderhebung) zu vorliegenden Risiken und Phänomenen vorzunehmen ist und **nicht** ein bestehender pflegerischer Hilfebedarf (z. B. Medikamente reichen, Unterstützung beim Essen, Hilfe bei der Benutzung von Inkontinenzmaterialien, etc.) und deshalb dann (fälschlicherweise) in der Risikomatrix ein Risiko angekreuzt wird.

Die Anwendung der Risikomatrix und damit ein grundsätzlich verändertes Vorgehen der Risikoeinschätzung wird von den Pflegefachkräften aber auch vom Pflege- und Qualitätsmanagement von Pflegeeinrichtungen, aus je unterschiedlicher Perspektive immer wieder als „die große Herausforderung“ bei der Umsetzung des Strukturmodells geschildert. Bei sachgerechter Ausgestaltung der Pflegedokumentation auf der Grundlage der Prinzipien des Strukturmodells, kann aber eigentlich nicht wirklich etwas „falsch“ gemacht werden oder Anlass zur Sorge bestehen, etwas zu übersehen.

Eine möglicherweise nichtzutreffende Einschätzung durch die Pflegefachkraft fällt sofort durch tagesaktuelle Einträge im Berichtblatt auf. Dies wird spätestens in der Dienstübergabe (oder auch vorab kollegial) zur Sprache kommen, neu bewertet und unmittelbar darauf im Maßnahmenplan reagiert. Auch eine Veränderung (akut oder schleichend) der erfolgten Situationseinschätzung ist durch die Konzentration auf Abweichungen im Berichtblatt und sich häufenden Änderungen geplanter Maßnahmen, frühzeitig erkennbar. In der Folge findet eine erneute Einschätzung der Situation mittels Evaluation statt und je nach Ergebnis ist eine Anpassung des Maßnahmenplanes, mitunter sogar auch die Neuerstellung der SIS[®] erforderlich.

Aus der Praxis ist bekannt, dass es anfänglich verunsichert, dass es Ermessensspielräume durch die Pflegefachkraft im Rahmen der Risikoeinschätzung gibt und trotzdem jede Variante fachlich ihre Berechtigung hat. Diese sind maßgeblich beeinflusst vom Stand des aktuellen Wissens und der beruflichen Erfahrung der Pflegefachkraft sowie der Güte interner Regelungen zur Qualitätssicherung in der Pflegeeinrichtung. Im Folgenden ist deshalb entlang der oben dargestellten Vorgehensweise das Vorgehen zur Risikoeinschätzung noch einmal in einem Flussdiagramm abgebildet.

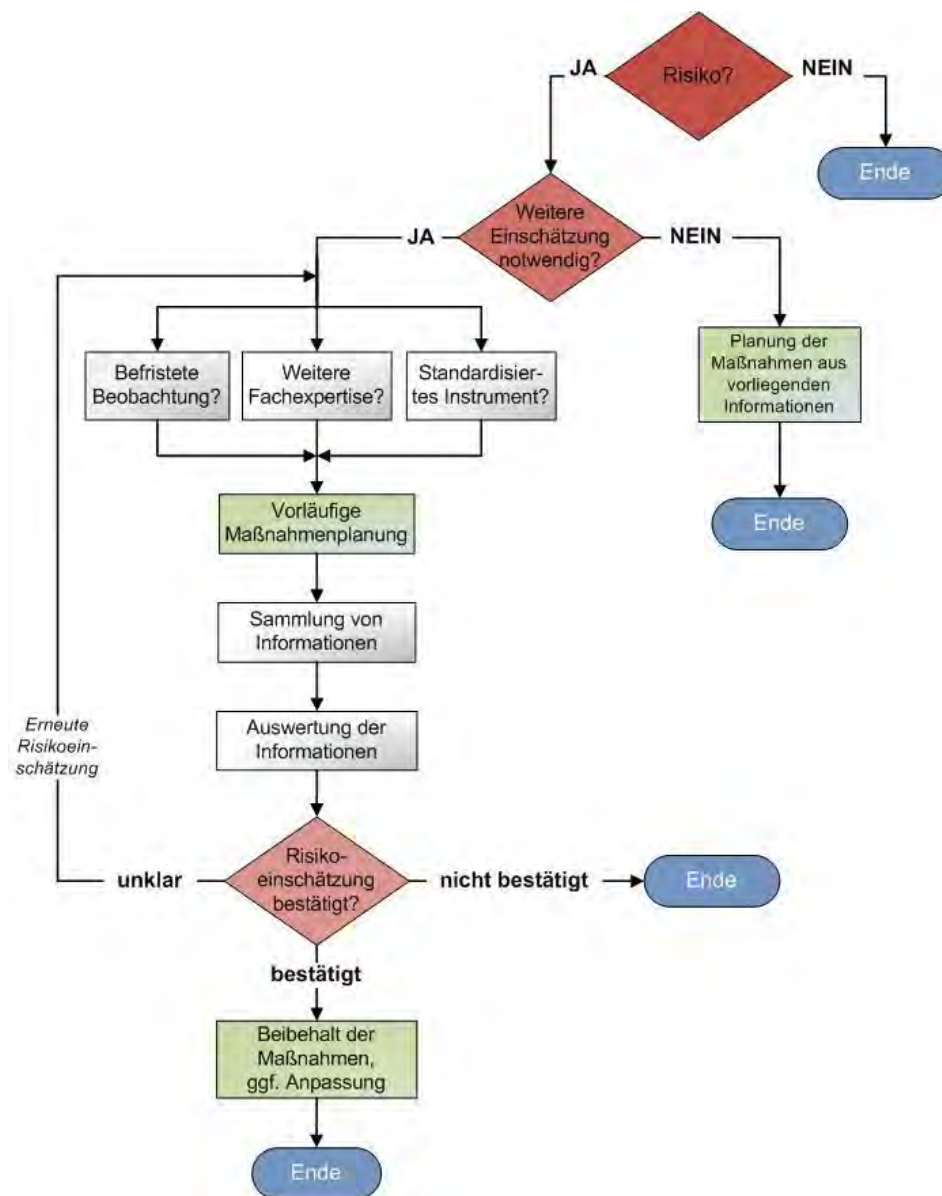


Abbildung 23: Ablauf von Entscheidungen bei Anwendung der Risikomatrix zur individuellen Einschätzung der Situation und den sich daraus ergebenden Anforderungen an die Dokumentation

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Zum Abschluss: Kritische Überprüfung

Es ist wichtig, eventuell zum Abschluss des Gesprächs und/oder beim Ausfüllen der SIS® alle Felder kritisch durchzugehen und zu überprüfen, inwieweit die Informationen in den einzelnen Abschnitten (A/B/C1/C2) fachlich und schlüssig zugeordnet sind und mit den Informationen in der

Risikomatrix und/oder denen der pflegebedürftigen Person korrespondieren. Darüber hinaus kann anhand der ausgefüllten Risikomatrix ein Plausibilitätscheck aller erfassten Informationen in der SIS® zur eigenen Überprüfung der Dokumentationsqualität, insbesondere zur Vollständigkeit und Verständlichkeit der Angaben, wie in folgender Abbildung symbolisch dargestellt, durch die Pflegefachkraft durchgeführt werden.

SIS® - stationär - Erika Berger 02.03.1992 03.03.2017 / V.K. *Erika Berger*

Themenfeld 1 - kognitive und kommunikative Fähigkeiten **X**

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

"Ich bin bei Glätteis gestürzt und habe mir die linke Hand verletzt... kann mich nicht mehr erinnern wann und wo..." "Meine beiden Mädchen kümmern sich so liebevoll um mich und unterstützen mich... machen sich immer Sorgen" "Ich komme gut zurecht in meinen vier Wänden, brauche keine fremde Hilfe" "Wenn man so alt und alleine ist, da fehlt dann manchmal die Lust am Haushalt... hab ja keinen mehr zu versorgen und für mich alleine..." "Die Nachbarn sind alle erst dahingezogen- keine keinen mehr..." "Jetzt mit dem Gipsarm geht doch so manches nicht im Haushalt... meine Tochter meinen, das ich mich hier erholen soll, bis wieder alles in Ordnung ist."

Themenfeld 2 - Mobilität und Beweglichkeit **X**

Frau Berger spricht etwas leiser, zögerlich, wirkt dabei in sich gekehrt.
Tochter: "Seit längerer Zeit ist unsere Mutter nicht mehr ganz orientiert, außerhalb ihrer Wohnung findet sie sich nicht zurecht, musste schon mehrfach von der Polizei gesucht werden..."
I. Tochter verwahlsie die Wohnung in den letzten Monaten zunehmend, die Mutter sammelte überall alles Essen und schmutzige Wäsche und war im Alltag mit vielen Situationen überfordert.
Verständigung: Orientierungshilfen und Betreuungsangebote des Hauses nutzen zur Tagesstruktur.

Themenfeld 3 - krankheitsbezogene Anforderungen und Bedürfnisse **X**

"Der Gipsarm stört mich nicht und ich habe auch keine Schmerzen." Die Finger der linken Hand sind jedoch stark geschwollen. Lt. Arztbrief soll sie die Hand in den kommenden 6 Wochen ruhig halten und nicht belasten.
I. Tochter nimmt Frau Berger seit Jahren blutdrucksenkende Medikamente. Das Stellen der Medikamente haben die Tochter übernommen- die zeitgemäße Einnahme hat Frau Berger in letzter Zeit nicht mehr überblicken können.
Zu Hause bekam Frau Berger Krankengymnastik- zweimal in der Woche mit Lymphdrainage, die hier auch fortgeführt werden soll.
Verständigung: tägliche Überprüfung des Gipsverbandes, Angaben zum Schmerzempfinden beobachten, ggf. vorzeitige Vorstellung beim Chirurgen.

Themenfeld 4 - Selbstversorgung **X**

Die eigenständige Körperpflege kann Frau Bäcker derzeit nicht durchführen. Lt. Tochter bringt sie manchmal die Reihenfolge beim Anziehen der Kleidung durcheinander und unterscheidet nicht mehr zwischen sauberer und verschmutzter Wäsche. Bekommt Hilfe/Steuerung bei der Körperpflege, beim An und Auskleiden.
Frau Berger ist zeitweise Harn- und Stuhlinkontinent. Lt. Tochter entfernt sie Inkontinenzunterlagen, legt diese irgendwo hin oder wirft sie in die Toilette.
Hilfestellung beim Toilettengang und Erprobung von Inko- Pants- besorgen die Tochter.
Während des Krankenhausaufenthaltes hat Frau Berger einige Kilo Gewicht zugenommen, da sie gerne in Gemeinschaft isst. Lt. Tochter hatte sie zu Hause nicht regelmäßig und fast nur Flüssiges gelöffelt, gegessen. Möchte hier im Speisesaal mit den anderen Bewohnern essen- mag gem alles, was süß ist.

Themenfeld 5 - Leben in sozialen Beziehungen **X**

Sie hat zu ihren beiden Töchtern und deren Familien ein sehr liebevolles und inniges Verhältnis, kümmern sich Beide.
Sie war vierzig Jahre verheiratet. "Mein Mann- ist schon länger tot"
I. Aussage der Tochter hatte Frau Berger keinen Kontakt zu Nachbarn, da viele neue Leute in den Nachbarhäusern eingezogen waren. "...die sind alle neu, die kann ich gar nicht..."
Kindern und Enkelkinder wollen sie regelmäßig besuchen kommen und auch mit ihr spazieren gehen.

Themenfeld 6 - Wohnen/Haushalt **X**

"Der Haushalt wird mir doch manchmal etwas zu viel, auch das Kochen, Putzen und Wäsche..." "Das Einkaufen übernehme Gott sei Dank meine Töchter".
Meinen Mittagsschlaf habe ich mit Fritz immer auf unserem gemütlichen kleinen Sofa in der Küche gehalten, da sitze ich auch sonst am Tag... meine Kinder haben mir den Fernseher dorthin (in die Küche) gestellt... das ist der gemütlichste Raum in meiner Wohnung... mehr brauche ich eigentlich nicht".
Verständigung: Die Kinder bringen das Sofa aus der Küche sowie den Fernseher ihrer Mutter für die Einrichtung des Zimmers von Frau Bäcker mit.
Frau Berger möchte ihr Bett mit der rechten Seite an die Wand gestellt haben, da sie dem Ausblick so gewohnt ist.
Weitere Erinnerungsstücke wie Fotos und Gegenstände werden von den Kindern gebracht.

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Prävalenzen

	Delirium		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Trennung	
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten		X		X		X		X		X		X
2. Mobilität und Beweglichkeit		X		X		X		X		X		X
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Bedürfnisse		X		X		X		X		X		X
4. Selbstversorgung		X		X		X		X		X		X
5. Leben in sozialen Beziehungen		X		X		X		X		X		X
6. Wohnen/Haushalt		X		X		X		X		X		X

Abbildung 24: Beispielhafte Darstellung eines Plausibilitätschecks zwischen den Themenfeldern und der Risikomatrix der SIS®

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Zum Hintergrund

Die Risikomatrix (Roes 2014-02-19, siehe Abschlussbericht Praxistest 2014) bildet einen eigenständigen Erhebungsteil im Rahmen der SIS®. Hier werden die pflegerelevanten Kategorien mit einer Auswahl von häufig vorkommenden Risiken/Phänomenen verbunden. Ausgewählt wurden diejenigen, die häufig einzeln oder in Kombination miteinander vorkommen und zentral bei Pflegebedürftigkeit auftreten.

Dem Vorgehen zur Risikoeinschätzung im Rahmen des Strukturmodells liegt folgende Überlegung zugrunde: Bedingt durch die bisher singuläre Bearbeitung der unterschiedlichen Probleme eines Pflegebedürftigen, geht der Zusammenhang dieser pflegerelevanten Aspekte verloren. Durch die neu entwickelte Matrix werden nun pflegerelevante Risiken (wie Dekubitus, Sturz etc.) mit pflegerelevanten Kategorien (Themenfelder) wie Kognition/Kommunikation, Mobilität/Bewegung etc. zusammenhängend betrachtet und dokumentiert. Sowohl die zusammenhängende Betrachtung der pflegerelevanten Risiken als auch der Rückgriff auf pflegewissenschaftlich systematisiertes Wissen, wie z.B. von Expertenstandards, sind Ausdruck der qualitätsgesicherten Vorgehensweise. So wird angemessen evidenzorientiertes (berufliche Erfahrungen) und evidenzbasiertes (wissenschaftlich begründetes) Fachwissen bei der Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person berücksichtigt.

Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) in der praktischen Anwendung, Fallbeispiele (Teil 3)

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung übt die Anwendung der SIS® mit der integrierten Risikomatrix und den daraus abzuleitenden Maßnahmenplan anhand von Fallbeispielen und reflektiert das Vorgehen.

Das Vorgehen zur Unterstützung der Pflegefachkräfte bei der praktischen Umsetzung der neuen Dokumentationspraxis durch das Pflege- und Qualitätsmanagement in der Pflegeeinrichtung ist festgelegt.

Zwei exemplarische Situationsbeschreibungen und zwei ausgearbeitete Fallbeispiele pflege- und hilfebedürftiger Menschen zur exemplarischen Eigenbearbeitung einer Strukturierten Informationssammlung, des darauf aufbauenden Maßnahmenplans und Anwendung des Berichteblatts anhand abweichender oder kritischer Ereignisse im Rahmen der Schulungen (siehe Anlagen):

- ◆ **Situationsbeschreibung I:** Beispiel **Frau Martha Sonnenschein**, (körperlich erkrankte Person), Einzug in eine stationäre Einrichtung.
- ◆ **Fallbeispiel I:** Beispiel **Frau Erika Berger** (dementiell erkrankte Person), Einzug in eine stationäre Einrichtung; Exemplarisch: SIS®, Maßnahmenplan und Berichteblatt.
- ◆ **Fallbeispiel II:** Beispiel **Herr Herbert Sanders**, (körperlich erkrankte Person), Neuaufnahme in einem ambulanten Pflegedienst; Exemplarisch: SIS®/ Maßnahmenplan und Berichteblatt.
- ◆ **Situationsbeschreibung II:** Beispiel **Herr Harry Herzlich** (dementiell erkrankte Person) Neuaufnahme in einem ambulanten Pflegedienst.

Thema 3: Struktur und Anwendung des Maßnahmenplans und Verfahren der Evaluation im Strukturmodell

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat die Prinzipien des Maßnahmenplans im Strukturmodell erfasst und kann ein eigenes strukturiertes Vorgehen (Formular) für ihre veränderte Dokumentationspraxis entwickeln.

Entsprechende Beispiele aus anderen Einrichtungen und des Herstellers des bisherigen Dokumentationssystems wurden gesichtet und im Hinblick auf die Praktikabilität bewertet.

Der Zusammenhang zwischen den Erkenntnissen aus der SIS[®] (B, C1-C2) und den daraus schlüssig abzuleitenden Maßnahmen ist verstanden.

Allgemeines

Für den Maßnahmenplan wird intern gemäß Strukturmodells ein eigenes Vorgehen entwickelt und festgelegt. Da der Maßnahmenplan nicht als einheitliches Dokument im Strukturmodell (wie z.B. die SIS[®]) vorgegeben ist, sind hier das Pflege- und Qualitätsmanagement gefordert. Beispiele hierfür finden sich für alle Versorgungsbereiche in den Anlagen. Die neue Struktur des Maßnahmenplans trägt wesentlich zur Übersichtlichkeit und damit zur Akzeptanz im beruflichen Alltag des Pflege- und Betreuungsteams bei. Darüber hinaus dient sie der schnellen Orientierung zur Situation der pflegebedürftigen Person insbesondere im Falle des Einsatzes von Aushilfskräften oder Personal von externen Personalagenturen.

Die einzelnen zu planenden Maßnahmen und der organisatorische Ablauf werden hergeleitet aus den Erkenntnissen der SIS[®]. Je nach Einzelfall bezieht sich dies auf:

- ◆ Darstellung individueller Wünsche und Vorlieben, individuelle Zeiten und Rituale etc.,
- ◆ Festlegung der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und ggf. auch der Hauswirtschaft,
- ◆ Maßnahmen des Risikomanagements oder zeitlich befristete Beobachtungen,
- ◆ Informationen zu zusätzlichen individuellen Maßnahmen der Betreuung und Aktivierung,
- ◆ Ärztlich verordnete/angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege.

- ◆ Hinweise zur Pflegeorganisation oder vereinbarte individuelle Unterstützung für spezielle Situationen

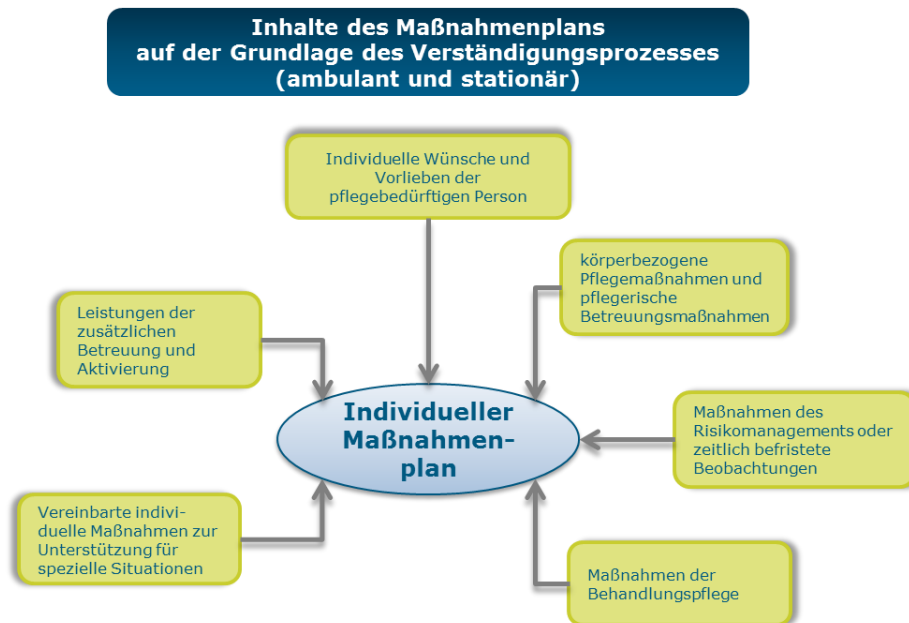


Abbildung 25: Darstellung von Einflussfaktoren auf den Maßnahmenplan (ambulant und stationär)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Prinzipien des Maßnahmenplans

Routinemäßige und wiederkehrende Abläufe in der Grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung werden übersichtlich einmal nachvollziehbar dargestellt.

Es kann mit fixen Zeiten oder variablen Zeitkorridoren gearbeitet werden. Ausschlaggebend ist, ob aus fachlicher Sicht oder auf Wunsch des Bewohners bestimmte Leistungen zu einem fixen Zeitpunkt erbracht werden sollen oder müssen (z.B. Medikamente). Einzelheiten der Behandlungspflege werden wie bisher separat dokumentiert.

Unterstützende oder pflegerische Maßnahmen, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden (z.B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form), werden nur einmal individualisiert beschrieben und im Weiteren dann mit einem Kürzel in die Tagesstruktur integriert.

Auf der Ebene der Formulierung der Maßnahmen spielt die eindeutige Beschreibung der Maßnahme eine bedeutende Rolle. Die Maßnahmen

werden handlungsleitend beschrieben. Das heißt, durch die Art der Beschreibung der Maßnahme wird z.B. nachvollziehbar „Wer, Was, Wie, Wo und Wann“ zu tun hat.

Ziele sind immanenter Bestandteil der geplanten Maßnahmen. Maßgeblich kommt dies im Sinne der individuellen Zielsetzung durch die Aussagen und Wünsche der pflegebedürftigen Person zu ihrer Situation zum Ausdruck (personenzentrierter Ansatz). In den konkreten Maßnahmen spiegeln sich die Ergebnisse dieses Prozesses wider, ohne dass die übrigen Zwischenschritte verschriftet werden.

Durch die ausführende Pflegefachkraft erfolgt ein gedanklich-fachlicher Prozess, der die Erkenntnisse aus dem Gespräch auf der Grundlage des SIS® einbezieht: Welche Ziele und Wünsche hat die pflegebedürftige Person? Welche Ressourcen bestehen? Welche Problemkonstellationen sind vorhanden? Welche Veränderung der Situation soll erreicht werden?

Der Verzicht auf die Schritte 2 und 3 des 6-phasigen Pflegeprozessmodells dient keineswegs nur dem Ziel der Aufwandsreduktion. Ziel ist vielmehr die Abkehr von einer Vorstellung der „Zerlegung“ des Menschen in einzelne „Probleme“/„Diagnosen“/„Ressourcen“, die in einem linearen Prozess „gelöst“ werden.

„Unser Bezugsrahmen sollte nicht länger die Person-mit-DEMENZ, sondern die PERSON-mit-Demenz sein.“ (Kitson 2000). Das Ergebnis dieses Prozesses ist in Abbildung 26 grafisch dargestellt.

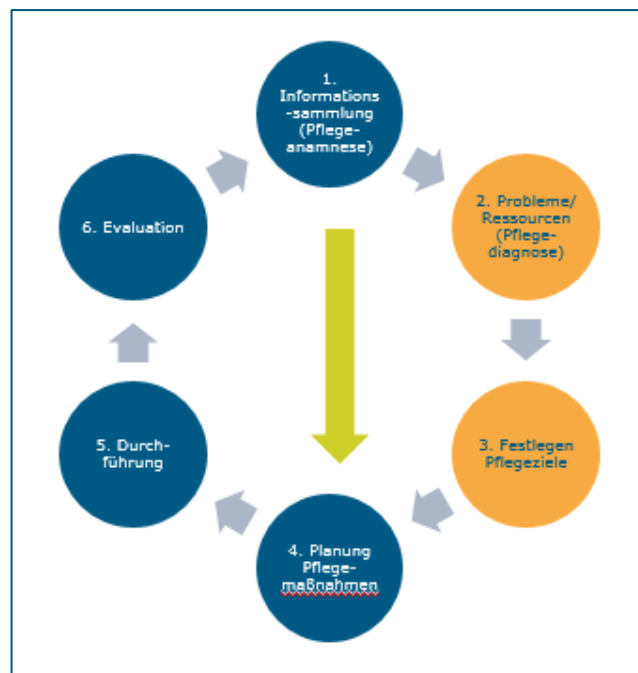


Abbildung 26: 4-phasiger und sechshephasiger Pflegeprozess

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

der Ausgestaltung des Maßnahmenplans wieder ohne, dass die bisher üblichen Zwischenschritte im Einzelnen dokumentiert werden. Es geht um die Berücksichtigung der gesamten Person anstelle einer Reduzierung auf ihre Gesundheits- bzw. Pflegeprobleme. Die Verständigung zwischen der pflegedürftigen Person und der Pflegefachkraft sind die entscheidende Grundlage für den nun beginnenden Pflege- und Betreuungsprozess.

Varianten zur Strukturierung des Maßnahmenplans (ambulant, stationär und teilstationär)

Maßnahmenplan stationär/teilstationär

Die Erfahrungen aus der Implementierung zeigen, dass in der Praxis insbesondere diejenigen Varianten favorisiert werden, die den Tagesablauf (stationär) oder den Ablauf des Pflegeeinsatzes (ambulant) abbilden. **Es hat sich als nicht praxistauglich erwiesen, einen Zwischenschritt bei der Erstellung des Maßnahmenplans anhand der Themenfelder zu wählen oder den Maßnahmenplan ausschließlich entlang der Themenfelder zu strukturieren.** Da dies zu Lasten der Übersichtlichkeit der Informationen geht, wird diese Variante der Maßnahmenplanung seit 2016 nicht mehr zur Umsetzung empfohlen. Dies gilt insbesondere bei einer EDV gestützten Dokumentation und entspricht dem technischen Anforderungsprofil (siehe Anlage 22, Version 1.4).

Ziel soll es sein, den ausgedruckten Maßnahmenplan einer (neuen) Pflegefachkraft oder Pflegehilfskraft (z.B. von einer Zeitarbeitsfirma) in die Hand geben zu können, damit sie entlang dieser knappen aber handlungsleitenden Informationen die Versorgung der jeweiligen pflegebedürftigen Person übernehmen und sich zusätzlich über wesentliche Aspekte zur Person in der SIS® orientieren kann.

Entlang des einrichtungsbezogenen Pflege- und Betreuungskonzepts sowie der Pflegeorganisation und/oder der Versorgung spezieller Zielgruppen, können entsprechende Akzente, z.B. ein extra Feld für die Hilfsmittel oder für nicht täglich anfallende Pflegeverrichtungen, als Ausdruck des eigenen Pflegeverständnisses in dem Formular für den Maßnahmenplan festgelegt werden.

Die übersichtliche Gestaltung des Maßnahmenplans für alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten trägt zur Akzeptanz bei den Pflegenden und der (wieder) aktiven Nutzung der Pflegedokumentation im beruflichen Alltag bei. Darüber hinaus dient sie der schnellen Orientierung zur Situation der pflegebedürftigen Person insbesondere im Falle des Einsatzes von Teilzeit-, Wochenend- und Aushilfskräften. Im Folgenden werden die erforderlichen und optionalen Inhalte eines Maßnahmenplanes tabellarisch dargestellt.

Erforderlich	Optional
▪ Name der pflegebedürftigen Person	▪ Weitere einrichtungsinterne Identifizierungsmerkmale
▪ Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person	▪ Grundbotschaft der pflegebedürftigen Person
▪ Datum der Erstellung	▪ Spalte für Hilfsmittel
▪ Handzeichen der Pflegefachkraft	▪ Spalte für Verfahrensanleitung (Standard/Leitlinie)
▪ Spalte Zeitangabe (Zeitraum / Zeitpunkt)	▪ Spalte für Nummer des Themenfeldes
▪ Spalte Maßnahmen	▪ Spalte Leistungskomplex (ambulant)
▪ Spalte Evaluationsdaten	▪ Spalte für Evaluationstext
▪ Hinweis zur Behandlungspflege (integriert in die Tagesstruktur oder separat)	
▪ Blattnummerierung fortlaufend	

Abbildung 27: Erforderliche und optionale Inhalte des Maßnahmenplans im Strukturmodell (Element 2)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Dem Maßnahmenplan eine Grundbotschaft voranstellen

Um die Ausrichtung des Maßnahmenplanes an den individuellen Wünschen der pflegebedürftigen Person zu unterstreichen, empfiehlt es sich, dies in Form einer **Grundbotschaft** dem Maßnahmenplan voranzustellen. Die Grundbotschaft ist eine knappe Zusammenfassung wesentlicher Aussagen zur Selbstbestimmung und zu besonderen Eigenschaften der pflegebedürftigen Person. Mögliche Inhalte beziehen sich auf die Persönlichkeit, Antreiber, spezielle Bedürfnisse, ggf. auch auf besondere Verhaltensweisen oder psychische Problemlagen sowie Vorlieben oder Rituale. Das Voranstellen einer Grundbotschaft stellt zusätzlich sicher, dass diese Botschaften im Kontakt mit der pflegebedürftigen Person, allen an der Pflege und Betreuung Beteiligten bekannt sind und entsprechende Beachtung finden.

Hierdurch wird der personenzentrierte Ansatz im Strukturmodell nicht nur auf der Ebene der Situationseinschätzung (SIS®) belassen, sondern im Maßnahmenplan vertieft und weiterverfolgt. Als Grundbotschaft ist jedoch nicht zu verstehen, den Pflegenden an dieser Stelle Hinweise zur direkten Pflege oder Betreuung oder zu speziellen Maßnahmen bei der pflegebedürftigen Person zu geben.

Manche Pflegeeinrichtungen stellen dem Maßnahmenplan alternativ die Kategorien wie „Grundsätzliches“/„Besonderheiten“/„Hinweise“ voran, um die Aufmerksamkeit für prägnante Merkmale der pflegebedürftigen Person sicher zu stellen.

Maßnahmenplan ambulant

Die Struktur des ambulanten Maßnahmenplans unterscheidet sich von dem stationären dadurch, dass er sich an den Rahmenbedingungen der häuslichen Versorgung zu orientieren hat und Art und Umfang durch die individuell vereinbarten Leistungen (gemäß dem Pflegevertrag) vorgegeben sind.

Im ambulanten Bereich hat sich eine Strukturierung nach individuell ausgestalteten Leistungskomplexen in Kombination mit den Themenfeldern der SIS® als brauchbar erwiesen. Eine weitere Variante ist die Detailbeschreibung der Pflegeorganisation des Einsatzes in Kombination mit den Leistungskomplexen und zeitlichen Festlegungen individuell vereinbarter Unterstützungsleistungen.

In diesem Versorgungsbereich hat die Dokumentation der **Beratung** (wie oben bei der SIS® bereits ausgeführt) zu tatsächlich bestehenden Risiken/Phänomenen, die beim ersten Hausbesuch angesprochen wurden, wegen des zeitlich begrenzten punktuellen Zugangs zur pflegebedürftigen Person und der hierdurch eingeschränkten Möglichkeiten der Intervention, eine besondere Bedeutung.

Es gilt der Grundsatz, nicht schematisch alle denkbaren Bereiche anzusprechen, sondern die Informationen gezielt im Hinblick auf die individuelle häusliche Situation abzustellen und **eine möglicherweise eingeübte Praxis durch die pflegebedürftige Person zur Bewältigung des Problems z.B. durch die räumliche Umgebung oder die Unterstützung des Ehepartners/Familie** zu berücksichtigen. Je nach Situation fließt das erneute Ansprechen eines erkannten Problems im Rahmen von weiteren Hausbesuchen in den Maßnahmenplan ein oder wird individuell bei Bedarf im Berichteblatt beschrieben.

Unabhängig von der Thematik einer schlanken Pflegedokumentation gilt in der ambulanten Pflege, dass die erbrachten Leistungen zu Abrechnungszwecken auf einem extra dafür vorgesehenen Formular nach jedem Hausbesuch abgezeichnet werden müssen.

Tabelle 1 Erprobte Varianten zur Strukturierung des Maßnahmenplans

stationär/ teilstationär	Variante 1	Variante 2	Variante 3
	Tagesstruktur Tageszeitbezogen (24 Std.)	Tagesstruktur inkl. Spalte Themenfelder	Tagesstruktur Schichtbezogen
ambulant	Variante 1	Variante 2	Variante 3
	Ablauf Pflegeeinsatz und Spalte für Nummer des Leistungskomplexes	Ablauf Pflegeeinsatz und je eine Spalte für Themenfelder und Leistungskomplexe	Ablauf Pflegeeinsatz

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Prinzipien der Evaluation im Strukturmodell

Die Evaluation spielt zur individuellen Ergebnissicherung des Versorgungsverlaufs und im Rahmen des Risikomanagements eine zentrale Rolle. Im Strukturmodell erfordert das Vorgehen bei der Evaluation ein Umdenken sowie eine kritische Reflexion und in der Regel Überarbeitung/Anpassung der bisherigen Anweisungen im QM Handbuch. Fachlichkeit, befristete Beobachtungen, der gezielte Einsatz von standardisierten Instrumenten und ein kontinuierlicher Austausch im Team sind Voraussetzung für ein individuell ausgerichtetes Vorgehen entsprechend der personenzentrierten Pflege und bedarf der Übung.

Der Hinweis der Pflegeexperten, sich aus fachwissenschaftlicher Sicht von der weit verbreiteten Praxis schematischer und zeitlich festgelegter Routinen bei der Risikoeinschätzung, endlich zu lösen und ein individuelles und anlassbezogenes Vorgehen im Einzelfall zu etablieren, stellt für viele Pflegenden eine Herausforderung dar. Gleichzeitig wurde damit ein zentraler Kritikpunkt der Pflegenden („...mit jedem Expertenstandard ein neues Assessment und ein weiterer Dokumentationsbogen...“) im Rahmen der Entbürokratisierungsdebatte aufgegriffen und mit dem Strukturmodell ein konzeptioneller Vorschlag zur Steuerung des Pflegeprozesses bei überschaubarem Dokumentationsaufwand (und damit eine Lösung dieses Problems) unterbreitet.

Die übersichtliche Struktur der Pflegedokumentation entlang der vier Elemente des Strukturmodells, bietet eine nachvollziehbare und rasche Orientierung zur aktuellen Situation der pflegebedürftigen Person sowie ein frühzeitiges Erkennen von Veränderungen und bildet so die Voraussetzung, um einen notwendigen Evaluationsprozess anzustoßen. Das grundlegend veränderte Vorgehen im Rahmen der Evaluation soll auch dazu beitragen, die Steuerung des Pflegeprozesses bei Einhaltung von Qualitätsstandards zu erleichtern und die Pflegedokumentation wieder bewusst(er) als effektives Arbeitsmittel der Pflegenden, insbesondere zur Qualitätssicherung zu nutzen.

Die praktische Anwendung der Evaluation: Voraussetzung und Vorgehen

Bei sachgerechter Umsetzung des Strukturmodells gewinnt die Evaluation im Rahmen der personenzentrierten Pflege für die pflegerische Praxis wie folgt an Bedeutung:

- ◆ Durch die veränderte Funktion des Berichtsblattes wird die Aufmerksamkeit des Pflege- und Betreuungsteams gezielt auf akute oder schleichenden Veränderungen gelenkt und damit die Notwendigkeit einer Evaluation von Maßnahmen frühzeitig erkannt.
- ◆ Individuell und befristete Zeiträume zur Evaluation gewährleisten die kurzfristige Überprüfung der Wirksamkeit von (einzelnen) Maßnahmen und eine zeitnahe Reaktion im Hinblick auf individuellen Anpassungsbedarf in der Pflege und Betreuung.
- ◆ Veränderungen im Maßnahmenplan in der Folge von Evaluationsergebnissen können von allen an der Pflege und Betreuung Beteiligten rasch nachvollzogen werden.
- ◆ Die Pflegedokumentation ist im Ergebnis in sich stimmig und tagesaktuell (sogenannter „kleiner Evaluationskreis“).

Evaluationsdaten können sich im Einzelfall beziehen auf:

- ◆ Festgelegte (dauerhaft oder befristete) Maßnahmen im Kontext des Risikomanagements,

- ◆ Aspekte einer zeitlich eng befristeten Beobachtung bei unklaren Ausgangslagen („ja oder nein“/Risikomatrix) zu Beginn der Pflege und Betreuung,
- ◆ Akute Situationen (gesundheitlichen Einbrüche) oder einem schleichenden Prozess der Veränderung,
- ◆ Festlegung eines fixen Zeitpunkts (Dauer) bei stabilen Pflegesituationen im Fall von längeren Zeiträumen ohne Eintragungen im Berichteblatt.

In fachlich angemessenen Abständen, abhängig von stabilen oder instabilen Gesundheitssituationen der pflegebedürftigen Person, erfolgt die Evaluation des Pflege- und Betreuungsverlaufs z. B. in Form von Pflegevisiten oder Fallbesprechungen.

Die Evaluation im Strukturmodell ist also dynamisch und individuell ausgerichtet und korrespondiert eng mit den Informationen aus der SIS® (zu Beginn des Pflegeprozesses), dem Maßnahmenplan und dem Berichteblatt. Die in der SIS® dokumentierten Informationen können genutzt werden, um Veränderungen z. B. im Verhalten der pflegebedürftigen Person zu erkennen und mit den **initiierten Maßnahmen** (z. B. Kennzeichnung des Zimmers mittels Foto) sowie den **Informationen im Berichteblatt** (z. B. hat sich heute erneut im Wohnbereich verlaufen) in Verbindung gebracht werden. Der Pflegefachkraft stehen im Anschluss an eine Evaluation, die immer unter Einbeziehung aller Beteiligten (Pflege- und Betreuungsteam) je nach Situation auch der Angehörigen erfolgen sollte, prinzipiell zwei Optionen zur Verfügung:

OPTION A: Die Evaluation ergab, dass nur einige oder eine Maßnahme(n) anzupassen sind, der Zustand der pflegebedürftigen Person ist weitestgehend gleichgeblieben und der größte Teil der geplanten Maßnahmen kann umgesetzt werden wie bisher geplant (im Strukturmodell sogenannter kleiner „Evaluationskreis“). **Diese Option ist eher die Regel.**

OPTION B: Bei gravierenden Veränderungen wird eine Neuausrichtung der Pflege erforderlich (z. B. nach Krankenhausaufenthalt oder gravierenden Veränderungen im kognitiven Bereich), somit wird eine neue Situationseinschätzung einschließlich eines Gesprächs mit der pflegebedürftigen Person und ein Verständigungsprozess entlang der SIS® notwendig und daraus ableitend ein neuer (angepasster) Maßnahmenplan erstellt (im Strukturmodell sogenannter „großer“ Evaluationskreis). **Diese Option wird weniger häufig notwendig sein.**

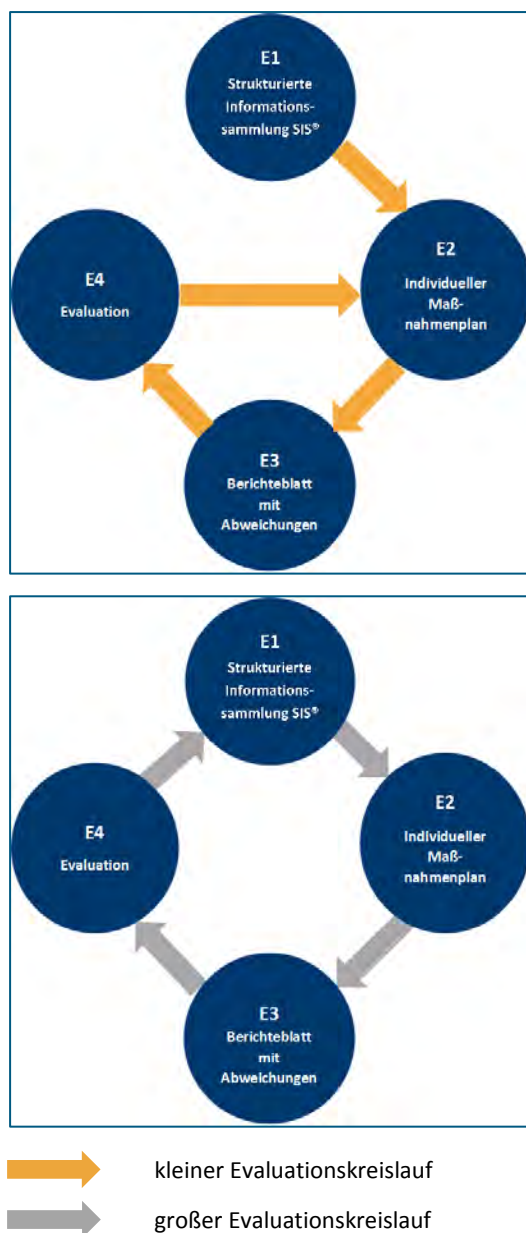


Abbildung 28: Grafische Darstellung „Kleiner und großer Evaluationskreis“

Quelle: S. Hindrichs, E. Fähmann, E. Rösen, K. Triftshäuser, S. Umlandt-Korsch, ehemalige Regionalkoordinatorinnen Ein-STEP Projektbüro

Das Vorgehen im Detail zur Steuerung des Pflegeprozesses für beide Varianten, insbesondere in welchen Situationen die SIS® neu erstellt oder überprüft werden soll, ist immer eine **einrichtunginterne Entscheidung** des Pflege- und Qualitätsmanagement im Rahmen ihrer Organisationsver-

antwortung. Das jeweilige Vorgehen in beiden Situationen - bei der Aufnahme oder dem Einzug und im Versorgungsverlauf - sollte im QM Handbuch geregelt und das Verfahren geschult sein.

Auf keinen Fall ist es fachlich notwendig, bei jeder Veränderung des Maßnahmenplans, auch die SIS® zu ändern. Dies würde dem Kerngedanken des Strukturmodells und den Prinzipien einer schlanken Pflegedokumentation zu wider laufen. (Um nichts zu übersehen, kann ein prüfender Blick in die SIS® genügen.)

Ein bestimmtes Vorgehen zur Frage der Erneuerung einer SIS® kann auch nicht im Rahmen von Prüfereignissen vorgegeben werden und ist nicht Gegenstand von Qualitätsprüfungen. Es gilt immer die plausible Darstellung einer individuellen Situation. Hierbei sind nicht einzelne Dokumente wie früher ausschlaggebend, sondern es geht um die Betrachtung der Gesamtsituation (Fallbetrachtung).

Entscheidend ist, dass auf der Grundlage eines fachlich begründeten Vorgehens für alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten sowie bei Qualitätsprüfungen des MDK, der PKV oder der Heimaufsicht, die aktuelle Versorgungssituation und Situationseinschätzung zur pflegedürftigen Person sich nachvollziehbar in der Dokumentation darstellt. Dies gilt übrigens auch für jede andere Form der Pflegedokumentation, ganz unabhängig vom Strukturmodell.

Thema 4: Funktion und Anwendung des Berichtsblatts im Kontext des Strukturmodells

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat sich mit der neuen Schwerpunktsetzung des Berichtsblatts zur Dokumentation von Abweichungen und akuten Ereignissen auseinandergesetzt und das Vorgehen wird durch entsprechende Vorgaben vom Pflege- und Qualitätsmanagement unterstützt.

Alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten, die Zugang zur Pflegedokumentation haben oder Zugang erhalten sollen, um künftig Eintragungen im Berichtsblatt vorzunehmen, werden über das neue Vorgehen informiert und in die Anleitung sowie die Reflexion zur neuen Dokumentationspraxis einbezogen.

Allgemeines

In der Grundpflegerischen Versorgung mit ihren beschriebenen, routinemäßigen und wiederkehrenden Abläufen der Pflege und Betreuung konzentrieren sich künftig die Aufzeichnungen im Berichtsblatt ausschließlich auf das Dokumentieren von Abweichungen und tagesaktuellen Ereignissen, **wobei Abweichungen sowohl positiver als auch negativer Art Berücksichtigung finden**. Voraussetzung für den Verzicht auf die tägliche und Schicht- bzw. Einsatz bezogene Dokumentation von vorgenannten Maßnahmen ist jedoch, dass die zu erbringenden Leistungen auf einer individuell strukturierten Informationssammlung und einem nachvollziehbar daraus abgeleiteten Maßnahmenplan sowie ggf. auf einem Verständigungsprozess mit der pflegebedürftigen Person beruhen.

Ziel ist es, im Berichtsblatt sämtliche tagesaktuellen Informationen zur Situation der pflegebedürftigen Person, zu Änderungen in der aktuellen Versorgung oder notwendigen Beobachtungen sowie akuten Ereignissen in einem Dokument, nachvollziehbar allen Beteiligten zur Verfügung zu stellen. Das Berichtsblatt wird so, ohne großen Aufwand, zu einem zentralen Steuerungsinstrument im Versorgungsverlauf und stellt eine indirekte Kommunikationsplattform dar. In der Kombination SIS® - Maßnahmenplan - Berichtsblatt können sich auch Aushilfskräfte insbesondere von einer Personalagentur schnell zur pflegebedürftigen Person orientieren.

Prinzipien des Berichtsblatts und weiterhin erforderliche Durchführungsnachweise

In dem Berichtsblatt nehmen künftig alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen, z.B. Angehörige anderer therapeutischen Fachberufe und der sozialen Betreuung aber auch die zusätzlichen Betreuungskräfte (gem. §§ 45b und 43b SGB XI) ihre Eintragungen vor. Hierzu bedarf es klarer Vorgaben des Qualitätsmanagements unter Berücksichtigung des Datenschutzes.

Die Anwendung dieser veränderten Dokumentationspraxis bedarf der Erprobung und Übung, bis sich eine gewisse Routine und ein einrichtungsindividuelles praktikables Vorgehen einstellen. Da bei pflegebedürftigen Personen mit stabilen Versorgungsverläufen nun möglicherweise über einen längeren Zeitraum keine Eintragungen im Berichtsblatt vorzufinden sind, kann es hier zu Beginn der Umstellung bei den Pflegenden zu Irritationen, ja sogar Ängsten kommen. Dies sollte unbedingt im Team angesprochen werden. Es wird einrichtungsintern festgelegt, in welchen zeitlichen Abständen dieser beschriebenen Situation Raum gegeben wird und ab wann, auf der Grundlage einer knappen Evaluation der Situation, eine Bestätigung der unverändert stabilen Versorgungssituation dokumentiert wird.

Durchführungsnachweise werden nach wie vor benötigt für:

- ◆ Ärztliche An-/Verordnungen der Behandlungspflege,
- ◆ Zusätzliche Betreuungsleistungen gem. § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) zur Abrechnungsgrundlage mit den Pflegekassen,
- ◆ Abzeichnung von Positionswechseln im Bewegungs- und Lagerungsprotokoll bei vorliegendem Dekubitusrisiko.

In der **ambulant**en Pflege bedarf es weiterhin der Durchführungsnachweise aller erbrachten Maßnahmen zu Abrechnungszwecken entsprechend des jeweiligen Pflegevertrages mit der pflegebedürftigen Person.

In einigen Pflegeeinrichtungen wird eine „schichtbezogene Abzeichnung“ der wiederkehrenden Abläufe in der Pflege und Betreuung praktiziert. Diese Vorgehensweise ist aus fachlicher und haftungsrechtlicher Sicht grundsätzlich nicht mehr empfehlenswert.

Durch den Fokus auf Abweichungen vom Maßnahmenplan im Berichtsblatt, werden akute oder schleichende Veränderungen zu Art und Aufwand der Pflege und Betreuung zeitnah deutlich. Sie geben eventuell wertvolle Hinweise zu einer notwendigen Überprüfung des bestehenden Pflegegrads der pflegebedürftigen Person. Das Berichtsblatt hat somit auch im Rahmen des einrichtungsinternen Pflegegradmanagements (PGM) eine wichtige Funktion. Siehe hierzu auch im Download den Leitfaden: „PGM im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation gemäß

Strukturmodell“ und entsprechender Workflows für ambulante und stationäre Einrichtungen.

Einrichtungsinterne Voraussetzungen

Die Voraussetzung, um im Berichteblatt nur noch die Abweichungen zu erfassen, ist die Hinterlegung von schriftlichen Verfahrensanleitungen (auch Leitlinien, Standards etc. genannt) für die wichtigsten Handlungen in der Pflege und Betreuung. Diese beschreiben zentrale Maßnahmen der regelmäßig wiederkehrenden körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (neue Definition für Grundpflege im § 4 SGB XI). Siehe hierzu auch Kapitel 5.

Wenn die Verfahrensanleitungen in der Pflegeeinrichtung einem Bezeichnungssystem (z.B. Nummerierungen) unterliegen, kann im Maßnahmenplan darauf routinemäßig Bezug genommen werden, muss aber nicht. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Darlegung **individueller Ausprägungen** in Bezug auf die pflegebedürftige Person.

Zum Hintergrund

Die Erkenntnisse aus der Implementierungsstrategie haben bestätigt, dass die Situationseinschätzung mittels SIS[®], die andere Strukturierung des Maßnahmenplans, der neue Fokus des Berichteblatts und das grundlegend veränderte Verfahren der Evaluation die Chance bieten, einen wesentlichen Beitrag zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu erzielen. Voraussetzung ist allerdings die Einhaltung der Prinzipien des Strukturmodells, ausreichende Schulung und Reflexion während der Umstellung und eine konsequente Neuausrichtung der Pflegedokumentation und Verschlinkung der einzusetzenden Dokumente. Das gilt auch- und gerade - für EDV gestützte Dokumentationssysteme.

Der Einführungsprozess ist verbunden mit der Einhaltung von Qualitätsstandards, Vertrauen in die Fachlichkeit und Übernahme von Verantwortung der Pflegenden sowie eine konsequente Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Person. Pflegerische Risiken und Phänomene und sich abzeichnende Veränderungen in der Situation der pflegebedürftigen Person werden durch dieses effektive Vorgehen gezielter und frühzeitiger erkannt und belegen deutlich das mögliche Potenzial einer Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation bei gleichzeitiger Entlastung der Pflegenden.

Thema 5: Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation im Kontext des Strukturmodells und Organisationsverantwortung

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung ist über juristische Aspekte zur neuen Dokumentationspraxis und den Zusammenhang mit aktuellen Verfahrensanleitungen (Leitlinien/Standards etc.) sowie den Funktions- und Stellenbeschreibungen informiert.

Die Beibehaltung von Durchführungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege (ärztliche Anordnung/Verordnung) ist bekannt.

Das Pflege- und Qualitätsmanagement sorgt im Rahmen seiner Organisationsverantwortung für die notwendige Handlungssicherheit bei der Umsetzung des Strukturmodells.

Allgemeines

In der Vorbereitung und Entwicklung des Strukturmodells wurde die Notwendigkeit zur Bearbeitung juristischer Fragen aus unterschiedlicher rechtlicher Perspektive im Kontext der Pflegedokumentation deutlich. Es ging im Wesentlichen um sozial- und haftungsrechtliche Aspekte, die Bewertung aktueller Rechtsprechung mit Bezug zur Dokumentation in einzelnen Fallkonstellationen und die Einordnung des Beruferechts (Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege). Vorliegende Gutachten und Dokumente zur rechtlichen Bewertung aus vorausgegangenen Modellvorhaben zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wie z. B. in Schleswig-Holstein, NRW und Bayern wurden hierin mit einbezogen. Die rechtliche Bewertung und klare Einordnung der u.a. immer wieder zitierten Aussage: „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht erbracht“, (die mit zu dem überbordenden Dokumentationsaufwand geführt hatte), war dabei erneut von zentraler Bedeutung, obwohl aus Sicht der Experten nie eine rechtliche Grundalge hatte.

Das Ergebnis der Beratungen der juristischen Expertengruppe wurde im Jahr 2014 in der sogenannten „Kasseler Erklärung“ (siehe Anlagen) zusammengefasst und veröffentlicht und in mehreren Fachzeitschriften publiziert sowie erläutert. Diese Dokumente (siehe Anlagen) bestätigten im Wesentlichen vorhandene Aussagen im Zusammenhang mit Dokumentationsanforderungen. Ziel dieser Erklärung war es, die Einführung des Strukturmodells aus rechtlicher Sicht zu flankieren. Die Entscheidung der Träger von Pflegeeinrichtungen, das Strukturmodell einzuführen, sollte hierdurch unterstützt und den Verantwortlichen in der Praxis Sicherheit im täglichen Umgang mit der neuen Dokumentationspraxis vermittelt werden.

Mit ihren Empfehlungen weist die Expertengruppe im Hinblick auf Entbürokratisierungsbestrebungen erneut auf die eigentliche Funktion einer Pflegedokumentation als zentrales Kommunikations- und Steuerungsmedium im pflegerischen Alltag hin und ermutigt zur Rückbesinnung. In diesem Zusammenhang wird auf folgende Aspekte, die im Sinne der Organisationsverantwortung gewährleistet sein sollten, hingewiesen:

- ◆ Die Erfüllung fachlicher Anforderungen an eine Pflegedokumentation,
- ◆ die Funktion der Pflegedokumentation und entsprechende interne Regelungen zum Umgang mit der Dokumentation,
- ◆ die Beachtung von Rahmenvorgaben und Anforderungen aus der Sozialgesetzgebung.

Sozialrechtliche Regelungen, Erklärung der Vertragsparteien und Unterstützung durch den Gesetzgeber

Im SGB XI finden sich grundsätzliche Ausführungen zur Pflegedokumentation:

- ◆ In den Maßstäben und Grundsätzen gemäß § 113 Abs.1 Satz 4 Nr.1 SGB XI (seit 2009) sind Anforderungen zu Regeln an „eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen“ beschrieben.
- ◆ Zur Überbewertung der Dokumentation von Pflegequalität wird im § 114a Abs. 3 Satz 3 SGB XI (seit 2013) ausgeführt: „Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten (...) sowie der Pflegebedürftigen (...) angemessen zu berücksichtigen.“ Damit erhält die Befragung von Beschäftigten die gleichberechtigte Bedeutung als Informationsquelle neben der Dokumentation und der Inaugenscheinnahme der pflegebedürftigen Person.
- ◆ In einer Pressemitteilung der Vertragspartner nach § 113 SGB XI (04.07.2014) wurde auf Beschlussfassung erklärt, dass eine Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen sowie den Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) vereinbar ist.
- ◆ Im Jahr 2016 (PSG II) erfolgte auf Initiative des damaligen Pflegebevollmächtigten eine weitere Klarstellung des Gesetzgebers zur Nutzenstiftung der Zeitersparnis: „[...] zeitliche Einsparungen, die das Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation

sind [...], führen nicht zur Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen [...]" (§113 Abs. 1 Satz 6 SGB XI).

- ◆ Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages stellte schließlich im Herbst 2016 im Rahmen der Beratungen zum PSG II fest: „Mit dem Strukturmodell wird der Praxis nun erstmals eine verlässliche, das heißt mit den Kosten- und Einrichtungsträgern sowie den Prüfinstanzen konsentiertere und hinsichtlich wichtiger Rechtsfragen geprüfte Richtschnur zur angemessenen und sachgerechten Gestaltung der Pflegedokumentation an die Hand gegeben. Auf dieser Grundlage kann überflüssiger Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen“ (Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode – 135 – Drucksache 18/668 zu Nr. 32 §113 SGB XI).

Rahmenvorgaben und Voraussetzungen

Die Verschlinkung der Pflegedokumentation ist, wie oben ausgeführt, unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Diese Voraussetzungen beinhalten die Überprüfung und ggf. Anpassungen von:

- ◆ Die vorliegenden Verfahrensanleitungen (Leitlinien/Standards etc.), welche die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (vorher Grundpflege) der Versorgung beschreiben.
- ◆ Die Neubestimmung von Evaluationszeiträumen zur individuellen Steuerung des Pflegeprozesses und im Rahmen des veränderten Vorgehens beim Risikomanagement.
- ◆ Die Überprüfung der bisherigen Funktion einer Fallbesprechung und deren Bedeutung im Zusammenhang der Informationen aus dem Berichteblatt sowie die Anpassung von bisherigen Instrumenten zur internen Qualitätssicherung, z.B. Pflegevisiten.
- ◆ Die Anpassung des Einarbeitungskonzeptes von neuen Mitarbeitern im Hinblick auf die neue Dokumentationspraxis, insbesondere zum Zusammenhang zwischen Maßnahmenplan und den Verfahrensanleitungen.

Eine **erste Voraussetzung**, um auf das Abzeichnen einzelner regelhaft wiederkehrender Maßnahmen zu verzichten ist, dass Verfahrensanleitungen vorliegen, welche die wesentlichsten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen beschreiben und festgelegt ist, wer zur Durchführung berechtigt ist.

Verfahrensleitungen beschreiben nachvollziehbar das übliche Vorgehen bei diesen Leistungen und müssen den Mitarbeitern zugänglich gemacht werden. Diese Verfahrensleitungen und die aktuelle Pflegedokumentation mit dem Maßnahmenplan bilden eine Säule (Fundament) für den sogenannten „Immer-so-Beweis“.

Eine zweite Voraussetzung ist die einheitliche Regelung im Qualitäts-handbuch, wie die Verfahrensleitungen den Mitarbeitern bekannt gemacht werden. Neben der Berücksichtigung im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter, ist ein schriftlicher Nachweis zu führen. Hier bestätigt der Mitarbeiter, dass er die Verfahrensleitungen gelesen und zur Kenntnis genommen hat. Dies verpflichtet ihn zur Umsetzung bei der Versorgung pflegebedürftiger Personen.

Das Vorhandensein aktueller Verfahrensleitungen und die protokollierte zur Kenntnisnahme der Verfahrensleitungen ist eine weitere Säule in der Führung des sog. „Immer-so Beweises“.

Eine dritte (grundlegende) Voraussetzung ist die aktuelle individuelle Pflegedokumentation mit den Bestandteilen Strukturierte Informationssammlung (SIS®), individuelle Maßnahmenplan, Berichtblatt mit Abweichungen und Evaluation zur Überprüfung von Maßnahmen.

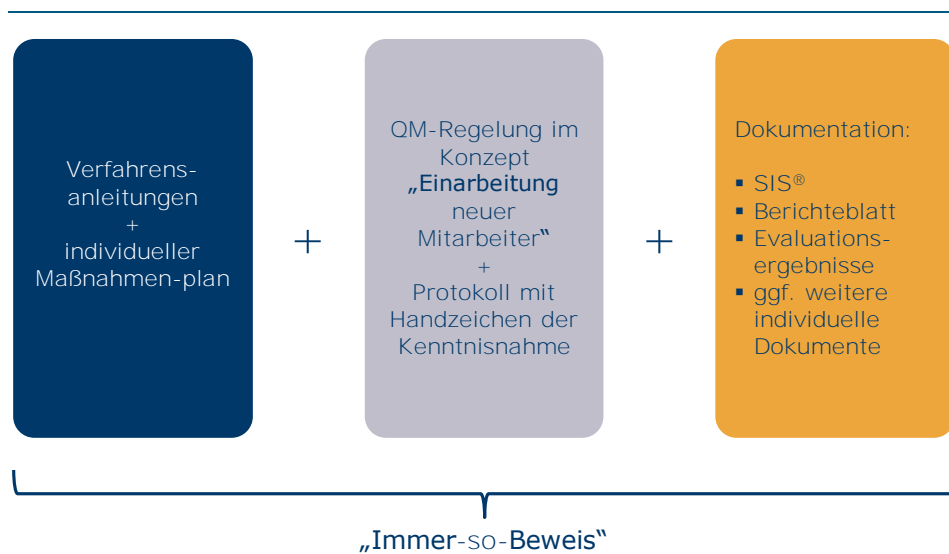


Abbildung 29: Grafische Darstellung der drei Säulen des „Immer-so-Beweis“

Quelle: S. Umlandt-Korsch (Beratung* Moderation*Coaching)

Wie differenziert müssen Verfahrensanleitungen sein?

Das Pflege- und Qualitätsmanagement legt für eine überschaubare Anzahl definierter Pflege- und Betreuungssituationen Verfahrensanleitungen für das übliche Vorgehen im Qualitätshandbuch (oder in anderer Form) fest.

Diese Verfahrensanleitungen sind darüber hinaus sinnvoll, um ein einrichtungsinternes Pflegeverständnis zu erzeugen und abzubilden. Sie sorgen dafür, dass diese fachlichen Grundsätze für alle Mitarbeiter verbindlich sind und nicht noch einmal in der jeweiligen Pflegedokumentation situativ beschrieben werden müssen. Sie können im Rahmen der Evaluation für das interne Qualitätsmanagement einen Bewertungsrahmen darstellen.

Verfahrensanleitungen dürfen allerdings nicht dazu führen, dass Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person im Maßnahmenplan z.B. im Hinblick auf Individualität und Selbstbestimmung keine Berücksichtigung mehr finden. Sie stehen also keinesfalls im Widerspruch zu individuellen Beschreibungen von Maßnahmen. Die Ausdifferenzierung von Verfahrensanleitungen ist in das Ermessen des Pflege- und Qualitätsmanagements gestellt (Organisationsverantwortung).

Hinsichtlich des Detaillierungsgrades ist es aber weder notwendig noch sinnvoll, körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen bis in jede Einzelheit aufzuführen. Hierzu gibt es, immer noch unterschiedliche Auffassungen in den Einrichtungen. Diese reichen von professionsbezogenen Aspekten bis hin zur Ablehnung der Erstellung von Verfahrensanleitungen für oben genannte Maßnahmen. (Zu dieser Position siehe auch den Exkurs aus der Erklärung der juristischen Expertengruppe zum „Immer-so-Beweis“ und Anlagen).

Inwieweit es sinnvoll ist in den Verfahrensanleitungen darüber hinaus auch damit im Zusammenhang stehende entsprechende prophylaktische Maßnahmen aufzunehmen, wird unterschiedlich gehandhabt. Insbesondere im ambulanten Bereich ist dies, wegen der Vorgaben in der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie gem. SGB V, ein verständliches Vorgehen.

Wird durch Verfahrensanleitungen bürokratischer Aufwand von der Pflegedokumentation in das Qualitätshandbuch verlagert?

Mit einrichtungsinternen Verfahrensanleitungen wird im Rahmen des Maßnahmenplans unterschiedlich umgegangen. Einige Pflegeeinrichtungen benutzen diese, um in sehr knapper Form darauf zu verweisen (z.B. Nummerierungen) und beschreiben lediglich zusätzlich die individuelle Ausprägung im Einzelfall. Andere Pflegeeinrichtungen entscheiden sich trotz vorliegender Verfahrensanleitungen dafür, einmalig eine ausführliche individuelle Beschreibung des gesamten Versorgungsablaufs in dem individuellen Maßnahmenplan vorzunehmen (Tagesstrukturierung oder

Beschreibung des Umfangs des Versorgungsauftrages im Rahmen eines Hausbesuches).

Einheitliche Vorgaben zu Anzahl und inhaltlicher Ausprägung (Umfang) für Verfahrensanleitungen kann es nicht geben. Es hängt u.a. davon ab, wie stringent das Pflege- und Qualitätsmanagement im Rahmen der Umsetzung des Strukturmodells eine kritische Überprüfung bisheriger Regelungen oder Anweisungen für die Dokumentationspraxis vornimmt. **Verfahrensanleitungen dienen dem klaren Ziel, die Pflegenden von unnötigem Schreibaufwand zu entlasten.** Sie haben ihre Bedeutung im Zusammenhang mit dem Wegfall von Einzelleistungsnachweisen und der veränderten Dokumentationspraxis im Umgang mit dem Berichtblatt.

In diesem Zusammenhang ist die Aufmerksamkeit darauf zu richten, dass in den Verfahrensanleitungen nicht durch umfangreiche Regelungen im Detail, bürokratischer Aufwand von der Pflegedokumentation in das Qualitätshandbuch verlagert wird. Dies könnte z.B. durch die einrichtungsinterne Steuerungsgruppe im Rahmen des Umsetzungsprozesses sichergestellt werden. Praktische Beispiele zu Verfahrensanleitungen in Form von Pflegerichtlinien für den Stationäre Pflege der Pichlmayer Pflegeakademie (Eggenfelden, Version 1/2016) und „Immer so Standards“ für die ambulante Pflege der DRK Schwesternschaft Mobil (Itzehoe, Version 12/2015), siehe Anlagen 23 und 24.

Können auch Fachzeitschriften oder Fachbücher das Vorliegen von Verfahrensanleitungen für die grundpflegerische Versorgung ersetzen?

Es wird grundsätzlich angeraten, (eigene) Verfahrensanleitungen vorzuhalten und ggf. wie oben beschrieben zu überarbeiten und die Stellen- und Funktionsbeschreibungen damit in Bezug zu setzen. Dies trägt auch dazu bei, ein einrichtungsinternes Pflege- und Betreuungsverständnis sicherzustellen.

Sollte lediglich Fachliteratur als Ersatz für Verfahrensanleitungen genommen werden, so reicht der alleinige Verweis auf diese Fachliteratur keinesfalls aus, um den Anforderungen im Rahmen des „Immer-so-Beweises“ zu entsprechen. In diesem Fall bedarf es einer Verfahrensanleitung in der mindestens Folgendes geregelt ist: genaue Quellenangabe der Fachliteratur mit exakter Seitenangabe auf der die Ausführungen zu der entsprechenden pflegerischen Thematik zu finden sind und es muss immer die aktuellste Version der betreffenden Literatur zur Verfügung gestellt werden (Vorgabe im SGB XI zu Pflege auf dem aktuellen Stand des Wissens) und je nach Größe der Einrichtung eine entsprechende Anzahl an Exemplaren vorgehalten werden.

Die Verpflichtung, die Mitarbeiter zu den Inhalten entlang dieser Literaturfundstellen zu schulen und den Nachweis hierüber zu erbringen bleibt bestehen. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Fachliteratur nicht unterscheidet, welche Leistung durch welche Qualifikationsstufe erbracht

wird. Die Bedeutung der oben erwähnten Stellen- und Funktionsbeschreibungen im Rahmen der Organisationsverantwortung des Einrichtungsträgers bleibt daher, wie oben dargestellt, unberührt. Das zur „Verfügung stellen“ von Fachliteratur zur Aktualisierung des Wissens der Mitarbeiter, ist unabhängig der obigen Ausführungen, selbstverständlich begrüßenswert und fast selbstverständlich.

Juristische Einordnung zu Dokumentationsanforderungen gemäß Strukturmodell.

In der oben erwähnten „Kasseler Erklärung“ wird hierzu Folgendes ausgeführt (Auszug):

Ein Verstoß gegen Dokumentationspflichten führt nicht automatisch zu einer Haftung (d.h. dass ein Haftungsfall eintritt). Zu einer Haftung kann nur ein tatsächlicher schuldhaft verursachter (Körper- bzw. Gesundheitsschaden) führen, wie z.B. ein durch die Pflegeeinrichtung/den Pflegedienst bzw. eine Pflegefachkraft schuldhaft verursachter Dekubitus bei einer pflegebedürftigen Person.

Tritt ein Körper- bzw. Gesundheitsschaden bei einer pflegebedürftigen Person auf und liegt kein Verschulden der Einrichtung bzw. eines Mitarbeiters vor, spielt nun die Beweissicherung eine entscheidende Rolle.

Grundsätzlich hat derjenige, der einen Haftungs- bzw. Schadensanspruch geltend macht (Geschädigter), auch die entsprechenden Beweise vorzubringen. Im Bereich der Dokumentationsmängel findet dieser Grundsatz keine bzw. keine vollumfängliche Anwendung. Nach der einschlägigen Rechtsprechung kann ein solcher Dokumentationsmangel dazu führen, dass nicht mehr der Geschädigte die entsprechenden Beweise vorzubringen hat, sondern die Einrichtung bzw. der Mitarbeiter unter Beweis stellen muss, keinen Körper- bzw. Gesundheitsschaden verursacht zu haben. Diesem so genannten ‚Beweislastrisiko‘ kann jedoch, wie nachfolgend aufgezeigt, wirkungsvoll durch das im Strukturmodell vorgesehene Vorgehen entgegnet werden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die klare Trennung von „Grund-“ und „Behandlungspflege“. Aus juristischer Sicht ist bei der Umsetzung des Vorgehens deutlich zu trennen zwischen den so genannten „routinemäßigen und wiederkehrenden Abläufen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung“ und der Durchführung von ärztlichen Anordnungen der sogenannten „Behandlungspflege“.

Durch den Aufbau der SIS® werden die pflege- und betreuungsrelevanten Informationen entlang der Themenfelder einschließlich der individuellen Risiken systematisch und übersichtlich erfasst. In der Maßnahmenplanung wird den Hinweisen in der Dokumentation in der Form Rechnung getragen, dass die regelhafte Versorgung nachvollziehbar abgeleitet und dar-

gestellt werden kann (z.B. in Form einer Tagesstrukturierung oder als Ablauf eines Pflegeeinsatzes). Die Dokumentationspflicht erstreckt sich also auf die wichtigsten ‚diagnostischen und therapeutischen‘ (Pflege-)Maßnahmen sowie auf die wesentlichen Verlaufsdaten.

Im Rahmen der Behandlungspflege wird es deshalb grundsätzlich für sinnvoll und notwendig erachtet, an der bisherigen umfassenden Verfahrensweise (fortlaufende Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen durch diejenige Person, die sie erbracht hat und ggf. entsprechende ergänzende Hinweise im Pflegebericht) festzuhalten. Nicht dokumentiert werden müssen grundsätzlich Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte sowie Selbstverständlichkeiten. Die Grundpflege setzt sich in der Regel aus solchen Routinemaßnahmen zusammen.

Um mit dem veränderten Vorgehen im Berichtblatt Sicherheit zu erhalten, sind nun die im Folgenden aufgeführten weiteren Hinweise zu notwendigen Rahmenvorgaben zu beachten.

Die Voraussetzung, um im Berichtblatt nur noch die Abweichungen zu erfassen, ist die Hinterlegung von schriftlichen Verfahrensanleitungen für die wichtigsten Pflegehandlungen. Dies erfolgt z.B. im einrichtungsindividuellen Qualitätshandbuch. Diese beschreiben die zentralen Aspekte immer wiederkehrender Pflegehandlungen fachlich aussagefähig und prägnant.

In der Regel liegen solche Dokumente in den Pflegeeinrichtungen vor. Sie sind darüber hinaus, angesichts des bestehenden Qualifikationsmix in den Pflegeeinrichtungen, ambulant wie stationär bei Bedarf zur Orientierung für Mitarbeiter oder bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter durchaus sinnvoll. Vielfach sind sie auch in den gängigsten Bereichen vorhanden.

Es gibt allerdings hierzu aus fachlicher Sicht unterschiedliche Auffassungen im Grundsatz sowie zu Art und Umfang. Dies ist eine Entscheidung des Pflege- und Qualitätsmanagements in Abstimmung mit dem Träger.

Mit den schriftlichen Verfahrensanleitungen ist Transparenz im Leistungsgeschehen gewährleistet, sind fachliche Aspekte der Pflege und Betreuung beachtet und somit die Grundlage geschaffen, um im Pflegebericht „nur“ noch die Abweichungen von der „Routine“ zu dokumentieren. Bei Vorliegen dieser Instrumentarien kann sodann z.B. in einem möglichen Haftungsprozess einem etwaigen vorgeworfenen Dokumentationsmangel – in Bezug auf nicht schriftlich geführte Einzelleistungsnachweise – zunächst damit begegnet werden, dass eine übergeordnete Leistungsbeschreibung (im Strukturmodell „Verfahrensanleitung“ genannt, Anm. Projektbüro) die einzelnen grundpflegerischen Elemente darlegt, vorgelegt wird.

Im Zusammenhang mit einem Zeugenbeweis kann dann belegt werden, dass täglich entsprechende grundpflegerische Elemente stets so ausgeführt wurden – sog. „Immer so“-Beweis. Der „Immer-so-Beweis“ dient als

Nachweis, dass die grundpflegerischen Elemente in ihrem Ob und Wie beschrieben werden können. Damit kann dann einem etwaigen Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden. Zahlreiche Urteile belegen, dass unter diesen Voraussetzungen die beweisrechtliche Situation nicht verschlechtert ist.

Wenn nun diese schriftlichen Verfahrensanleitungen nicht vorliegen, muss sichergestellt werden, dass das übliche Vorgehen in einer Einrichtung durch andere Instrumentarien bewiesen werden kann, wie z.B. Zeugen, die bestätigen können, dass es in der Einrichtung entsprechende mündliche Dienstanweisungen, praktische Einweisungen und stichprobenhafte Überprüfungen gibt.

Allerdings birgt dies aus juristischer Sicht ein höheres Beweisrisiko, sodass bei diesem Vorgehen Vorsicht geboten ist. Schlussendlich ist es nur hilfsweise zur Anwendung zu bringen und nicht zu empfehlen.

Auszug Ende

Organisationsverantwortung im Rahmen des Pflege- und Qualitätsmanagements

Mit der Einführung des Strukturmodells ist ein Ausgangspunkt gesetzt, um innerbetriebliche Prozesse rund um die Pflege- und Betreuung und den damit verbundenen Ressourceneinsatz zu reflektieren und zu evaluieren. **Es ist eine wichtige Aufgabe des Qualitätsmanagements, die Pflegefachkräfte in der individuellen Steuerung des Pflegeprozesses gemäß Strukturmodell zu unterstützen.**

Die pflegebedürftige Person nimmt im Strukturmodell eine aktive Rolle wahr, soweit es ihr aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen möglich ist. Es ist durch die interne Organisation der Arbeitsabläufe und im Rahmen der Qualitätssicherung darauf zu achten, dass sie diese auch wahrnehmen kann. In der Vergangenheit ging diese Rolle in den vielfachen externen Anforderungen an Dokumentation, Qualitätsmanagement etc. nicht selten unter.

Mit der Einführung des Strukturmodells wird Pflegedokumentation zum zentralen Kommunikations- und Steuerungsinstrument und erhält für alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten wieder einen praktischen Nutzen zur Sicherung einer qualitativ guten Versorgung pflegebedürftiger Menschen.

Es ist Aufgabe des Pflege- und Qualitätsmanagements, die Entscheidungsspielräume für die Pflegefachkräfte zu definieren und diese in den Regelungen im QM-Handbuch zu verankern. Wenn bei der Einführung des Strukturmodells sich z.B. Verantwortlichkeiten von Mitarbeitern für das Aufnahmegespräch oder den Erstbesuch verändern, zieht es ggf. die

Überarbeitung von Stellen- und Funktionsbeschreibungen oder anderer Regelungen (z.B. der Heimaufnahme) nach sich.

Veränderte Zuständigkeiten sollten sich nach einer Zeit der praktischen Erprobung, in den Dokumenten und Regelungen des Qualitätsmanagements wiederfinden. Die gleiche Vorgehensweise kann für die inhaltliche Anpassung des Einarbeitungskonzepts gewählt werden.

Mit der Umsetzung der schlanken Pflegedokumentation gewinnt die Fachlichkeit der Pflegenden wieder an Bedeutung. Aufgrund einer jahrelangen Praxis der detaillierten Vorgaben ist die Weiterentwicklung des fachlichen Wissens z.T. in den Hintergrund gerückt, damit ging auch Souveränität in pflegfachlichen Entscheidungen verloren. Unabhängig vom Schulungsbedarf zur Einführung des Strukturmodells, sollten im Rahmen der prospektiven Fortbildungsplanung zu einzelnen Themen das pflegfachliche Wissen wieder aufgefrischt werden. Darüber hinaus kann z.B. auch Kommunikationstraining für Gespräche mit pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen wichtig sein.

Mit der Einführung des Strukturmodells wird im Pflege- und Qualitätsmanagement ein neuer Schwerpunkt gesetzt. Eine systematische Herangehensweise des Qualitätsmanagements bei der Einführung, welches die Potentiale der Pflegenden einbindet und Wünsche der pflegebedürftigen Personen in den Mittelpunkt stellt, ist zu beachten.

Die konsequente Orientierung an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen macht eventuell eine Anpassung der Arbeitsabläufe erforderlich. Hier sind das Pflege- und Qualitätsmanagement gefordert, sich den Anforderungen zu stellen und sie organisatorisch zu meistern.

Zum Hintergrund

Die Dokumentation in der Langzeitpflege hat im Laufe der Jahre eine überbordende Entwicklung genommen. Die Ziele der Dokumentation als Kommunikationsmedium und Steuerungsgrundlage traten in den Hintergrund. Die Funktion als Beweismittel in haftungsrechtlichen Aspekten zur Abrechnungsgrundlage für Pflegeleistungen und als Nachweisinstrument für Pflegequalität bei der externen und internen Qualitätssicherung trat in den Vordergrund.

Im Rahmen der Umsetzung des Strukturmodells bezog die Expertengruppe der Juristen, die ehrenamtlich diesen Entbürokratisierungsprozess aus unterschiedlicher rechtlicher Fachexpertise begleitet hat, Stellung zur haftungs- und sozialrechtlichen Einordnung von Anforderungen an eine Pflegedokumentation im Zusammenhang mit Leistungen der Grund- und Behandlungspflege. Gleichzeitig nahmen sie grundsätzlich Stellung zur Bedeutung der Fachlichkeit von Pflegenden sowie zur Organisationsverantwortung des Pflege- und Qualitätsmanagements.

Aufgrund aktueller Anfragen zur Thematik des Verzichts auf Durchführungsnachweise (Einzelleistungsnachweise) bei immer wiederkehrenden Abläufen der Grundpflege und Betreuung hat die juristische Expertengruppe erneut - im erweiterten Kontext der Kasseler Erklärung - im April 2015 wie folgt Stellung bezogen:

Auszug juristischer Exkurs 1:

Es ist die Frage aufgetreten, ob auch bei Verzicht auf Einzelleistungsnachweise noch konkret erkennbar sein muss, wer die jeweilige Maßnahme – auch die Routinemaßnahme im Bereich der Grundpflege – konkret erbracht hat, etwa durch die Abzeichnung von Schicht- oder Tagesablaufplänen oder durch Rückgriff auf die Dienstplangestaltung und die Zuordnung von Bezugspflegeteams. Dazu nimmt die juristische Expertengruppe wie folgt Stellung:

Aus haftungsrechtlicher Sicht ist dies nicht notwendig. In einer haftungsrechtlichen Prozesssituation ist es ausreichend, wenn nachgewiesen ist, dass alle Mitarbeiter, die mit der Versorgung einer Verbraucherin bzw. eines Verbrauchers zu tun haben, in die individuelle Pflegeplanung eingeführt worden sind, und wenn entsprechende Handlungsbeschreibungen im QM hinterlegt sind und es regelmäßige Schulungen hierzu gibt. Die ohnehin geführten Dienstpläne sind ausreichend, um in Erfahrung zu bringen, wer in welcher Schicht Dienst hatte. Lediglich Abweichungen von der Pflegeplanung sind konkret zu dokumentieren.

Dies entspricht auch der Wertentscheidung des Patientenrechtegesetzes und konkret § 630 f Abs. 2 BGB. Die Regelung findet zwar auf Leistungen der Grundpflege keine Anwendung, sondern nur auf Verträge über medizinische Behandlungen. In der abschließenden Aufzählung der notwendigen dokumentationspflichtigen Inhalte einer Patientenakte sind Routinemaßnahmen, standardisierte Zwischenschritte und Selbstverständlichkeiten aber ebenfalls nicht genannt. Hieraus darf der „Erst-recht-Schluss“ gezogen werden, dass dies auch für rein grundpflegerische Leistungen einer stationären Einrichtung des SGB XI gilt.

Juristischer Exkurs 1 **Ende**

Juristischer Exkurs 2:

Bislang hat die haftungsrechtliche Rechtsprechung ausschließlich zu gezielten Dekubitus-Prophylaxen Durchführungsnachweise verlangt (BGH, Urt. v. 18.3.1986, Az. VI ZR 215/84, und v. 2.6.1987, Az. VI ZR 174/86). Daher sieht die juristische Expertengruppe derzeit die allgemeine Verpflichtung zum Führen eines Bewegungsprotokolls (auch wenn dies längst routinemäßige und wiederkehrende Handlung im Rahmen der täglichen Versorgung im Einzelfall ist).

Urteile, wonach auch andere prophylaktische Maßnahmen einzeln abgezeichnet werden müssen, existierten nach dem Kenntnisstand der Expertengruppe nicht. Es wird noch einen vertieften fachlichen und juristischen Diskurs mit allen Beteiligten zur Frage geben, ob hinsichtlich der Vorbeugung bestimmter anderer Erkrankungen gezielt erfolgende Prophylaxen besondere Dokumentationspflichten bestehen. Nach den Erkenntnissen der juristischen Expertengruppe werden aber jedenfalls Routinemaßnahmen nicht deshalb einzeln nachweispflichtig, weil sie auch eine prophylaktische Wirkung haben.

Juristischer Exkurs 2 Ende

Aktuelle fachwissenschaftliche und juristische Veröffentlichungen zur Thematik Exkurs 2:

Das Thema Lagerungsprotokolle im Kontext der Diskussion von bisher empfohlenen Einzelleistungsnachweisen bei der Dekubitusprophylaxe wird von Albert, Matzker, Muhle, Büscher, Roes zur Diskussion gestellt (2016):

Brauchen wir noch Lagerungsprotokolle? IN: Die Schwester Der Pfleger, Bibliomed, Melsungen, 55. Jg. Heft 3, S. 34-37

Die Thematik der Dokumentation von Prophylaxen im Kontext des ‚Immer so Beweises‘ aus der Kasseler Erklärung (2015) wird aufgegriffen und eine Neubewertung/Einordnung der bisherigen Position von Jorzig und Plantholz zur Diskussion gestellt (2017):

Zur Dokumentation pflegerischer Prophylaxen. IN: Gesundheit und Pflege (GuP 2/2017) Nomos Verlagsgesellschaft, Heft 2 S. 53-59

Thema 6: Vorbereitungen zur Einführung des Strukturmodells und Management des Prozesses in Pflegeeinrichtungen

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat einen Überblick zum Entscheidungsbedarf durch den Träger im Hinblick auf personelle, sächliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen sowie die technischen Anforderungen zur Einführung des Strukturmodells.

Die notwendigen Planungen, insbesondere zur Steuerung des Einführungsprozesses, dem zeitlichen Rahmen sowie festgelegte Schritte, einschließlich der Strategie zur Umstellung bereits bestehender Pflegedokumentationen (personenzentrierte Pflege), liegen vor.

Funktion und Aufgaben der Steuerungs-/bzw. Projektgruppe sind definiert und allen Beteiligten bekannt. Eine projektbezogene Informations- und Kommunikationsstrategie nach innen und außen ist sichergestellt.

Allgemeines

Vor Beginn der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation steht die Grundsatzentscheidung des Trägers/der Geschäftsführung, der Einrichtungsleitung, die Pflegedokumentation grundsätzlich neu auf das Strukturmodell auszurichten. Diese Entscheidung signalisiert den Mitarbeitern das Interesse des Managements, die Mitarbeiter zu entlasten und ihre Fachlichkeit und Motivation zu fördern. Die bejahende Haltung der Leitungsebene vermittelt zusätzlich die nötige Sicherheit bei den fachlichen Entscheidungen und im Dialog mit den Prüfinstanzen. Sie zeigt sich in einer konsequenten Unterstützung des Einführungsprozesses durch das Pflege- und Qualitätsmanagement.

Angesichts dieses gemeinsamen Vorhabens ist klar: die Einführung des Strukturmodells erfordert über einen längeren Zeitraum hohe Aufmerksamkeit sowie eine Prioritätensetzung in der Pflegeeinrichtung. Sie sollte nicht gleichzeitig in weitere umfangreiche Projektvorhaben eingebunden sein.

Die Umstellung der Pflegedokumentation auf das Strukturmodell bedeutet für alle Beteiligten eine veränderte Herangehensweise der Dokumentation mit einer teilweisen Veränderung der bisherigen Abläufe. Die Mitarbeiter müssen sich von jahrelangen Routinen verabschieden. Dies kann mitunter zu Verunsicherungen führen. Um diesen zu begegnen, bedarf es des Rückhalts des Pflege- und Qualitätsmanagements und der Klärung grundsätzlicher Fragen:

Wie sieht das zukünftige Dokumentationssystem aus?

Vor der Einführung des Strukturmodells muss die Sichtung aller bisher genutzten Dokumente und Formulare stehen. Es muss geklärt werden, ob und wo bisher doppelt dokumentierte Inhalte künftig Platz bekommen und welche Formulare noch notwendig sind. Ziel ist die Reduktion der Formulare auf ein Minimum.

Welche Mitarbeiter können die Einführung begleiten?

Es werden interne Ansprechpartner benannt, die an den zweitägigen Einführungsschulungen teilnehmen und später ihren Kollegen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Die ausgesuchten Pflegefachkräfte verfügen über Berufserfahrung und sind in der Lage, von ungewohnten Ideen zu überzeugen. Es gilt, „Querdenker“ und begeisterungsfähige Mitarbeiter aufzuspüren. Die bisherigen Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass dies häufig berufserfahrene, reflexionsfähige und auch ältere Mitarbeiter sind.

Welche zeitlichen Ressourcen sollten zur Verfügung stehen?

Im Rahmen der Einführung des Strukturmodells benötigen die Mitarbeiter nach ihrer Schulung in der Praxis Zeit, sich mit dem Strukturmodell vertraut zu machen, um sukzessive Routine in der neuen Dokumentationspraxis zu bekommen.

Der oder die interne(n) Ansprechpartner, welche die Begleitung der Mitarbeiter übernehmen und je nach Größe der Einrichtung auch in der Steuerungs-/Projektgruppe Auskunft zum Stand der Umsetzung geben, erhalten dazu die nötigen zeitlichen Ressourcen. Die Steuerungs-/Projektgruppe ist im Hinblick auf die Bereiche Pflege **und** Betreuung interdisziplinär besetzt.

Welche Vorgaben im Qualitätshandbuches werden bei der Einführung oder im laufenden Prozess überprüft?

Die im Qualitätshandbuch hinterlegten fachlichen Vorgaben zur Pflege und Betreuung werden bezüglich Art und Umfang an die veränderte Dokumentationspraxis angepasst. Eine evtl. vorhandene Musterdokumentation muss entlang der vier Elemente neu erstellt werden. Dies gilt insbesondere für die einrichtungsinterne Beschreibung/Festlegung des nunmehr vierschrittigen Pflegeprozesses und der personenzentrierten Ausrichtung mit dem Verständigungsprozess.

Vorliegende QM Regelungen (i.S. von Leitlinien, Standards etc.) zu häufig wiederkehrenden (grund-)pflegerischen Maßnahmen oder Prinzipien der Betreuung, sollten hinsichtlich ihrer Aktualität gesichtet werden. Sie spielen im Zusammenhang mit den im Thema 5 dargestellten rechtlichen Aspekten im Rahmen der Grundpflegerischen Versorgung

und dem Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Pflege eine nicht unerhebliche Rolle.

Die vorhandenen Vorgaben zur Durchführung einer Pflegevisite und zu Fallbesprechungen sollten nun auf den personenzentrierten Ansatz des Strukturmodells ausgerichtet sein, d.h. die Perspektive der pflegebedürftigen Person wird zu Beginn und im Rahmen von individuellen Anlässen zur Evaluationen konsequent berücksichtigt.

Hat die Einführung des Strukturmodells Auswirkung auf den Fortbildungsplan?

Es ist sinnvoll, den aktuellen Fortbildungsplan schwerpunktmäßig im Jahr der Einführung des Strukturmodells darauf auszurichten. Eine sukzessive Teilnahme aller Mitarbeiter an den Schulungen und einrichtungsinternen Informationsveranstaltungen ist sicherzustellen. Für die projektverantwortliche Person ist die Teilnahme an sog. Reflexionstreffen mit anderen Pflegeeinrichtungen auf der verbandlichen Ebene zu ermöglichen.

Inwieweit müssen Betriebsrat/Mitarbeitervertretung und Heimbeirat über das Projekt informiert werden?

Es empfiehlt sich, den Betriebsrat/ die Mitarbeitervertretung über die anstehende Einführung des Strukturmodells zu informieren, da sie Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsplatzgestaltung der Pflegefachkräfte bzw. alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten haben kann.

Um die Bedeutung der pflegebedürftigen Personen als gleichberechtigten Gesprächspartner hervorzuheben, empfiehlt es sich ebenso, den Heimbeirat/Heimfürsprecher frühzeitig mit einzubeziehen.

Sollte bei der Einführung des Strukturmodells bei EDV-gestützter Dokumentation der Hersteller von Anfang an mit einbezogen werden?

Mit der Entscheidung des Trägers zur Einführung des Strukturmodells ist mit dem Dokumentationshersteller abzuklären, inwieweit seine Produkte auf das Strukturmodell eingestellt sind und **die Vorgaben einer schlanken Dokumentationspraxis gemäß des Technischen Anforderungsprofils** (siehe Version 1.4 Homepage www.ein-step.de) eingehalten werden. Hier besteht sonst die Gefahr, dass z.B. durch die umfassenden Formularangebote oder hinterlegten Systematiken in den EDV Programmen wieder der ‚alte Zustand‘ der Dokumentation indirekt hergestellt wird). Mehrheitlich bieten inzwischen alle Hersteller von Dokumentationssystemen das Strukturmodell mit den jeweils unterschiedlichen SIS® Varianten (ambulant, stationär, TP und KZP) in ihren Produkten an.

Es ist wird für den Einführungsprozess dringend empfohlen, sich trotz einer technisch gestützten Dokumentation, zuerst eine neue Muster-Pflegedokumentation in Papierform mit entsprechenden Formularen zu erstellen. Dies ist wichtig für die Schulungen, damit bei den Mitarbeitern zunächst wieder ein Bild zu Art und Umfang der neuen Pflegedokumentation entsteht. Die Berichte aus der Praxis bestätigen, dass sich dieses Bild nicht am Bildschirm erzeugen lässt.

Zusätzlich dient diese Muster- Pflegedokumentation dazu, um mit dem Hersteller ins Gespräch zu kommen. Die Geschäftsführung und das Pflege- und Qualitätsmanagement sollten gemeinsam mit dem Hersteller beraten, wie die Umsetzung des Strukturmodells in seinem System in der gewünschten Form realisiert werden kann. Auf keinen Fall sollten die notwendigen Schulungen zur Einführung des Strukturmodells allein durch den Hersteller erfolgen, sondern immer zunächst durch einen geschulten Multiplikator des Verbandes mit dem entsprechenden Zertifikat.

Wie gelingt eine gute Kooperation mit den Prüfinstanzen und Pflegekassen?

Es empfiehlt sich, über die Neuausrichtung der Dokumentation den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und ggf. die Heimaufsicht oder auch die Pflegekassen zu informieren. Damit wird angekündigt, dass sie bei Qualitätsprüfungen oder auch Begutachtungen eine veränderte Pflegedokumentation vorfinden werden und sich die Pflegeeinrichtung ggf. gerade noch in dem Einführungsprozess befindet. Hier haben sich inzwischen in den Ländern unterschiedliche Herangehensweisen entwickelt. Sie können beim zuständigen Verband oder auch bei dem Kooperationsgremium des Landes erfragt werden.

Welche sächlichen Ressourcen sind bei der Einführung des Strukturmodells zu bedenken?

Entscheidungen zu finanziellen Ressourcen beziehen sich ggf. auf die Neuanschaffung eines Dokumentationssystems, Investitionen in EDV-gestützte Systeme oder die Umstellung von papiergestützten Formen der Pflegedokumentation auf ein technisches Verfahren. Hinzu kommen Aufwendungen im Rahmen von Schulungsmaßnahmen und für Sachmittel. Mittelfristig ist davon auszugehen, dass Kosten für die Anschaffung von Dokumentationsmaterialien bei einem schlanken Dokumentationssystem nach dem Strukturmodell eingespart werden.

Welche Vorteile hat die Pflegeeinrichtung durch die Einführung des Strukturmodells?

Die Einführung des Strukturmodells zur Verschlankung der Pflegedokumentation kann für wichtige Ziele einer jeden Pflegeeinrichtung folgenden Beitrag leisten:

- ◆ Entlastung und Motivation der Mitarbeiter durch die Umstellung auf eine Pflegedokumentation, die fachlichen Kriterien standhält und gleichzeitig übersichtlich, praxistauglich und qualitätssichernd ist.
- ◆ Gewinnung von Zeit für die direkte Pflege und Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.
- ◆ Zur betrieblichen Gesundheitsförderung, indem die Pflegedokumentation keinen zusätzlichen Belastungsfaktor mehr im beruflichen Alltag darstellt und die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte gestärkt wird.

Auf der Suche nach begeisterungsfähigen und geeigneten Mitarbeitern, welche die Einführung des Strukturmodells begleiten können, ist die Sichtung von Einschätzungshilfen (Kompetenzprofile) zur Identifikation von geeigneten Mitarbeitern hilfreich. Sie dienen der Anregung und der Entscheidungsfindung der Pflegedienstleitung. Hierbei kann auf unterschiedliche bekannte Modelle zurückgegriffen werden. Merkmale sind eine gute Fachlichkeit, Berufserfahrung und Reflexionsfähigkeit.

Management des Prozesses

Die Umsetzung des Strukturmodells verlangt ein systematisches Vorgehen, klar benannte Ziele und einen festgelegten zeitlichen Rahmen. Es ist zunächst auf jeden Fall mit erheblicher Mehrarbeit zu rechnen, wobei die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Strukturmodell allerdings vielen Mitarbeitern Freude bereitet. Die Entlastungen stellen sich erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung ein. Die Erfahrungen der Implementierungsstrategie haben bestätigt, dass bei einer Pflegeeinrichtung mittlerer Größe von einem Zeitrahmen von einem Jahr ausgegangen werden muss bis mit allen pflegebedürftigen Personen ins Gespräch gegangen und die Pflegedokumentation auf das Strukturmodell umgestellt wurde und sich eine gewisse Routine eingestellt hat.

Aus dem in den Anlagen beigefügten Projektplan sind exemplarisch die einzelnen Schritte für das Managen des Einführungsprozesses ersichtlich. Das empfohlene Vorgehen ist durch die bisherigen Erfahrungen von Pflegeeinrichtungen zur Einführung des Strukturmodells ausdrücklich bestätigt worden. Selbstverständlich fließen die eigenen Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen aus ihren bisher durchgeführten Projekten mit ein. Die

Möglichkeiten der Durchführung dieses Projekts werden durch einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen und ggf. trägerspezifische Vorgaben vor Ort bestimmt.

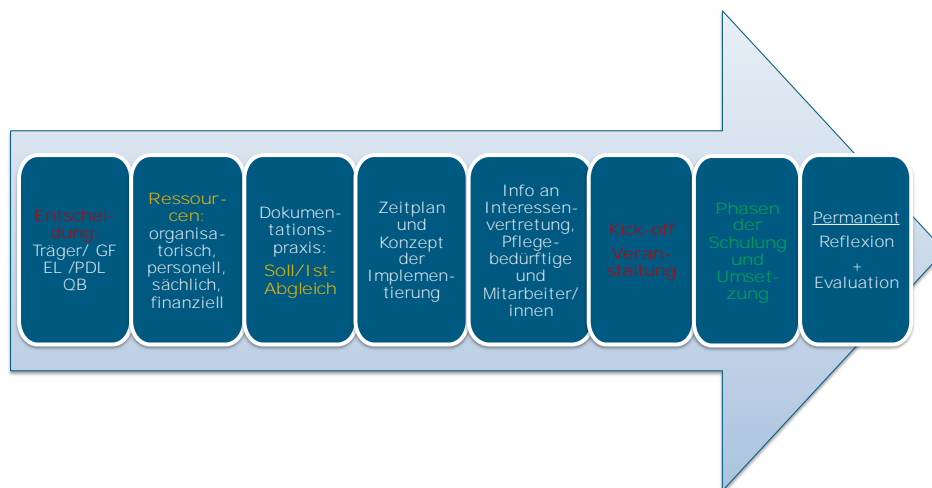


Abbildung 30: Grafische Darstellung Einführungsprozess Strukturmodell

Quelle: Ein-Step Projektbüro

Die konkrete Einführung des Strukturmodells erfolgt auf verschiedenen betrieblichen Ebenen der Pflegeeinrichtung. Dies betrifft:

- ◆ die Organisationsebene bezüglich der Neuordnung der Dokumentationsmappen, der zu verwendenden Formulare (gerade auch bei einem EDV gestützten System) sowie die Anpassung des Einarbeitungskonzepts für neue Mitarbeiter und Regelungen im Qualitätshandbuch;
- ◆ die Ebene des Personalmanagements, im Hinblick auf den unterschiedlichen Schulungsbedarf aller Pflege- und Betreuungskräfte zur Einführung des Strukturmodells und ggf. ein sich daraus ergebender grundsätzlicher Fortbildungsbedarf;
- ◆ die operative Ebene, d.h. die Unterstützung der Anwendung der SIS® inklusive der Risikomatrix, das veränderte Vorgehen mit dem Berichtblatt unter Beteiligung des gesamten Pflege- und Betreuungsteams sowie die Rahmenbedingungen zur Dokumentationsumstellung.

Damit verbunden ist die kontinuierliche Begleitung und Möglichkeit zur Reflexion für Pflegefachkräfte zum Einstieg in den vierphasigen Pflegeprozess mittels der SIS® sowie der daraus abzuleitenden Maßnahmen unter Beachtung des personenzentrierten Ansatzes, einschließlich Aushandlungsprozesses.

Vorgehen zur Erstellung einer entbürokratisierten Pflegedokumentation

Zum Beginn der Einführung des Strukturmodells (und später im laufenden Prozess) steht die neue Zusammenstellung der Pflegedokumentation und die kritische Prüfung bisher verwendeter Dokumente. Dieser Prozess in der Steuerungs-/Projektgruppe beinhaltet folgende Aspekte:

- ◆ Die Anpassung bisher verwendeter Dokumente sind unabhängig von dem Einstieg in den Pflegeprozess mittels der SIS[®], nun an den 4-schrittigen Pflegeprozess anzupassen und neu zu strukturieren oder zu gestalten (z.B. Maßnahmenplan, Berichteblatt zur Verlaufsdocumentation mit der Möglichkeit, Evaluationsergebnisse zu dokumentieren).
- ◆ Biografische Angaben der pflegebedürftigen Person werden im Rahmen der SIS[®] erhoben, wenn sie eine Relevanz für die derzeitige pflegerische Versorgung und Betreuung haben. Herkömmliche, separate Biografiebögen sind dem spezifischen Einzelfall vorbehalten und sollten ebenfalls in Ausprägung und Umfang im Hinblick auf die Nutzenstiftung zur Versorgung kritisch überprüft und ggf. entsprechend gekürzt werden.
- ◆ Bei bisher mehrfach dokumentierten, identischen Informationen muss entschieden werden, an welcher Stelle der Dokumentation oder in welchem Formular sie zukünftig ausschließlich dokumentiert werden sollen (z.B. ärztliche Diagnosen, Medikamente, Allergien, soziale Kontakte etc.), um Doppeldokumentation zu vermeiden.
- ◆ Künftig zu verwendende Differenzialassessments oder bestimmte Instrumente (z.B. Braden-Skala, Trinkprotokoll, Schmerzskalen) werden durch das Pflege- und Qualitätsmanagement festgelegt und für den fachlich begründeten Einsatz im individuellen Fall im Qualitätshandbuch vorgehalten. Es schließt damit einen schematischen und periodisch wiederkehrenden Gebrauch bei allen Bewohnern oder Klienten spezieller Dokumente aus. Siehe auch Thema 2 Teil 2 und Thema 3.

Der Projektplan als Wegweiser für das weitere Vorgehen

Im Projektplan (siehe Anlage) sind die zu beteiligenden Personen, die Organisation des Projektes und die Kommunikationsstruktur während der Einführung, die angestrebten Meilensteine und Ziele im Projektverlauf beschrieben. Anhand dieses Beispiels kann die Pflegeeinrichtung sich orientieren und einen eigenen Projektplan erstellen und diesen den Mitarbeitern vorstellen. Dieses Vorgehen hat sich in der Praxis bewährt und aufgrund der Erfahrungen aus der Implementierungsstrategie wird ausdrücklich empfohlen, so zu verfahren.

Einsetzen einer Steuerungs-/Projektgruppe

Für diesen Prozess sollte eine Steuerungs-/Projektgruppe einberufen werden, in der mindestens die Einrichtungsleitung, das Pflege- und Qualitätsmanagement und evtl. die Mitarbeitervertretung/der Betriebsrat vertreten sind. Diese Gruppe kann zu einem späteren Zeitpunkt mit zusätzlicher fachlicher Expertise erweitert werden, z.B. durch die Wohnbereichsleitung, motivierte Pflegefachkraft, die verantwortliche Person für die Tourenplanung etc. Da die organisatorischen Voraussetzungen in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege sehr unterschiedlich sind, muss hier je nach Organisationsstruktur entschieden werden. Die Teilnehmerzahl der Gruppe ist individuell anhand der Größe der Pflegeeinrichtung/des Pflegedienstes festzulegen, sollte aber im Kern 4-6 Personen nicht überschreiten.

Exemplarische Erprobung der neuen Pflegedokumentation

Vor Beginn der Einführung der neuen Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell, kann das Üben anhand von vorhandenen Pflegedokumentationen (mit unterschiedlichen Fallkonstellationen) in papiergestützter Form sehr nützlich sein und wird ausdrücklich empfohlen. Aus diesen Erkenntnissen können sehr schnell offene Fragen zum Verständnis der Strukturierten Informationssammlung und der Maßnahmenplanung identifiziert werden. Es führt zur genaueren Einschätzung der notwendigen Veränderungen im Umgang mit der bisherigen Dokumentation und der Festlegung des einrichtungsindividuellen Vorgehens.

Hierbei muss allerdings sehr darauf geachtet und reflektiert werden, dass die Prinzipien zur Anwendung der vier Elemente des Strukturmodells nicht verändert oder abgewandelt werden. Ansonsten stellen sich nicht die gewünschten Effekte der Entbürokratisierung durch Effizienzsteigerung ein. Nach dieser „Trockenübung“ wird in der Regel der Unterschied zwischen der herkömmlichen und der schlanken Variante der Dokumentation deutlich und einer systematischen, erfolgreichen Umsetzung steht nichts mehr im Weg.

Die Erfahrungen aus den „Trockenübungen“ mit der entbürokratisierten Pflegedokumentation sollten bei der Erarbeitung der Planung der Projektziele berücksichtigt werden. Im laufenden Prozess muss der Projektplan an den jeweiligen Erkenntnis- und Umsetzungsstand entsprechend angepasst werden.

Es wird empfohlen, folgende wesentliche Punkte in den Projektplan aufzunehmen:

- ◆ Der Umfang und die zeitliche Planung der Schulung aller Mitarbeiter sowie die Organisation einer kontinuierlichen Begleitung in Form von Teambesprechungen und Einzelgesprächen/Coaching.

- ◆ Die Schrittfolge der Analyse vorliegender Regelungen (Leitlinien, Standards etc.) und anderer relevanter Dokumente zu Art und Umfang der neuen Pflegedokumentation durch das Pflege- und Qualitätsmanagement.
- ◆ Die Festlegung zu einer Kick-Off Veranstaltung, die Phasen der praktischen Umsetzung sowie die regelmäßige Informationsweitergabe zum Stand der Umsetzung durch die Steuerungs-/Projektgruppe.
- ◆ Der Zeitpunkt für Absprachen und der Verhandlung mit dem Hersteller zur Umstellung des technisch- oder papiergestützten Dokumentationssystems (Ausnahme: selbstgefertigte Dokumentationsmappen).
- ◆ Die Festlegung des Zeitrahmens und die Strategie zur Umstellung der Pflegedokumentation von Bewohnern, die bereits in der Pflegeeinrichtung (länger) wohnen oder bei Kunden, die bereits von dem Pflegedienst/in der Tagespflege betreut und versorgt werden.

Sind diese Punkte im Projektplan berücksichtigt, gilt es einzelne Themen vertieft in die Steuerungs-/Projektgruppe zu erörtern und das Vorgehen detaillierter festzulegen.

Schritte und Meilensteine festlegen

In der Steuerungs-/Projektgruppe muss eine grundsätzliche Entscheidung getroffen werden, welche Strategie das Unternehmen bei der Einführung des Strukturmodells wählt. Es zeigen sich drei exemplarische Herangehensweisen, die in engem Zusammenhang mit der Größe und den unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten, teilstationären und der stationären Versorgung stehen:

- ◆ Beginn der Umstellung der Dokumentationen mit jeder Neuaufnahme
- ◆ Beginn der Umstellung in einem Wohnbereich
- ◆ Beginn der Umstellung für eine gesamte Tour in der ambulanten Pflege

Mit dieser Entscheidung über eine Herangehensweise sind die organisatorischen Voraussetzungen für die Umstellung gegeben. Entscheidend ist hierbei aber auch, dass die Umstellung bereits bestehender Pflegedokumentationen von den bereits schon länger betreuten Menschen nicht nur „am Schreibtisch“ erfolgt, sondern hier auch das Gespräch auf der Grundlage der SIS® wie bei einer Neuaufnahme oder einem Einzug durchgeführt wird, um den Pflegeprozess in die Systematik des Strukturmodells mit dem personenzentrierten Ansatz zu überführen.

Dies mutet zunächst etwas befremdend an, führt aber zu erstaunlichen Ergebnissen wie die Praxis berichtet: Die pflegebedürftige Person und die Pflegefachkraft kommen mitunter über Dinge ins Gespräch, die so gegenseitig nie wahrgenommen, angesprochen oder ausgesprochen wurden. Der Wahrnehmung zur pflegebedürftigen Person ist bei den Pflegefachkräften danach verändert und führt mitunter zu einer Überprüfung des bisherigen Pflege- und Betreuungsangebots. Die pflegebedürftige Person wiederum erlebt in anderer Art und Weise Wertschätzung und Verständnis für ihre Situation und ihren Vorstellungen von Selbstbestimmung und persönlichen Wünschen.

Dieser genannte Effekt ist übrigens im übertragenem Sinne, bei Gesprächen mit Angehörigen von stark kognitiv eingeschränkten Menschen, ähnlich. Pflegeeinrichtungen, die diese Umstellung der Dokumentation zu einem Prozess der internen Evaluation und der Güte ihrer Versorgung nutzen, berichten, dass die Investition in diese Zeit, sich um Vielfaches für alle Beteiligten und die Pflegeeinrichtung auszahlt. Zusätzlich gewinnt dieses Vorgehen im Zuge der internen Überlegungen zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Hinblick auf die Maßnahmenplanung an Bedeutung.

Schulungsangebote für Mitarbeiter als Voraussetzung zur Umsetzung des Strukturmodells

Aufgrund der zentralen Bedeutung von Schulungen ist die Erstellung eines Schulungsplans unerlässlich, denn die Anwendung der SIS® ist nur für hierin geschulte Pflegefachkräfte möglich. In Bezug auf die Prinzipien des Strukturmodells, insbesondere den personenzentrierten Ansatz, die Prozesssteuerung und den Umgang mit dem Berichtblatt, sind aber alle Mitarbeiter des Pflege- und Betreuungsteams zu schulen, wenn auch in unterschiedlichem Umfang.

Das Schulungsangebot umfasst neben einer Ersteinweisung in das Strukturmodell auch Gruppen- und Einzelangebote, in denen im gesamten Team die Umsetzung der neuen Dokumentationspraxis reflektiert wird.

Im Praxistest wurde, ambulant wie stationär, die Bedeutung der Kommunikation für die Pflegenden insbesondere im Rahmen von Übergaben „wiederentdeckt“. In Einzelgesprächen können unterschiedlich auftretende Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit der SIS® und dem Berichtblatt thematisiert und aufgearbeitet werden.

Die Dichte der jeweiligen Begleitung der einzelnen Teams kann nur entlang des Umsetzungsprozesses und der besonderen Gegebenheiten in der Pflegeeinrichtung bestimmt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass sich nach fünf bis sieben Neuaufnahmen eine gewisse Routine im Umgang mit der SIS® einstellt und der veränderte Umgang mit dem Berichtblatt einer längeren Übung bedarf. Regelmäßige Fortbildungsangebote sichern dann

im weiteren Verlauf nachhaltig den Umgang mit der neuen Dokumentationspraxis.

Flankierend zur Umsetzung des Strukturmodells kann es auch zu Schulungsbedarf bei pflegefachlichen Themen kommen. Die Pflegenden werden zum Teil wieder lernen müssen, zu fachlichen Themen sprachfähig zu werden und ihr Handeln zu begründen. Gerade im Hinblick auf die Verbesserung des kollegialen Dialogs bei externen Qualitätsprüfungen spielt dieser Lernprozess - unter dem Aspekt der Förderung und Anerkennung der Fachlichkeit eine große Rolle. Die damit einhergehende Personalentwicklung ist aufgrund der geforderten eigenständigen pflegefachlichen Einschätzung von zentraler Bedeutung.

Erfolgreiche Umsetzung des Projektverlaufs durch Kommunikation

Es ist sinnvoll, die geplante Entbürokratisierung anhand einer neuen Muster- Pflegedokumentation den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung in physischer Form vorzustellen und die Vorgaben an die neue Dokumentationspraxis aus Sicht des Managements zu formulieren. Dies betrifft insbesondere eine unveränderte Anwendung des Konzepts und Darstellung der SIS®, des grundlegend inhaltlich neu ausgerichteten Maßnahmenplans und der Umgang mit dem Berichtblatt, sowie den individuellen und den durch das Pflege- und Qualitätsmanagement festgelegten Evaluationsdaten. Die Darstellung des Projektverlaufs, der zeitliche Rahmen und die begleitenden Maßnahmen zur Unterstützung der Mitarbeiter werden ebenfalls kommuniziert.

Die notwendige projektbegleitende Kommunikation hat eine interne und eine externe Ausrichtung.

Prinzipien dabei sind:

- ◆ Bereitstellung von Informationen: allgemeine Information (intern und extern) über das Ziel des Projekts, Verantwortlichkeiten und Ablauf.
- ◆ Begeisterung zu wecken und Identifikation mit dem Vorhaben bei allen Beteiligten zu stiften.
- ◆ Pointierte Informationsveranstaltungen über erfolgreiche Abschnitte des Projekts durchzuführen.
- ◆ Schaffung von Transparenz zur Funktion der Steuerungs-/ Projekt- gruppe und verantwortlicher Personen.
- ◆ Information der Fachöffentlichkeit, für die Umgebung und innerhalb des Verbandes sowie für weitere Kooperationspartner.

Wesentliche Zielgruppen der innerbetrieblichen Kommunikation durch die Steuerungs-/ Projektgruppe richten sich nach der Größe und der Anzahl der Hierarchieebenen im Unternehmen. In der Regel sind dies:

- ◆ Nicht unmittelbar am Einführungsprozess beteiligte Mitarbeiter, die sich für das Projekt interessieren oder auch Angehörige;
- ◆ der Heimbeirat/Heimfürsprecher in seiner Funktion als Vertretung der Pflegebedürftigen und ihrer Interessen insbesondere im Hinblick auf Zeitressourcen für die direkte Pflege;
- ◆ Angehörige anderer Berufsgruppen, die unmittelbar an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und über veränderte Dokumentationspflichten informiert sein müssen;
- ◆ Angehörige/Betreuer, die aktiv durch das Konzept der SIS® in das Gespräch mit eingebunden sind;
- ◆ Ehrenamtliche, Präsenzkräfte/Alltagsbegleiter, die Aufgaben der zusätzlichen (psycho-) sozialen und alltagsnahen Betreuung übernehmen.

Wesentliche Zielgruppen der externen Kommunikation sind:

- ◆ Niedergelassene Ärzte, die bei Hausbesuchen Einsicht in die neue Pflegedokumentation nehmen,
- ◆ Prüfinstanzen (Medizinischer Dienst, Prüfdienst der Privaten, Heimaufsicht), um sie über die Grundsatzentscheidung zu einer veränderten Dokumentationspraxis frühzeitig zu informieren,
- ◆ Gutachter von MDK und Medicproof, die im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit auch auf Informationen aus der Pflegedokumentation zurückgreifen,
- ◆ Auszubildende und ihre Ausbildungsstätten, die im Rahmen der praktischen Ausbildung inhaltliche Vorgaben zur Pflegeprozesssteuerung und der Dokumentation sichergestellt wissen wollen.

Die Art und Ausrichtung der Kommunikation richtet sich nach den verschiedenen Zielgruppen und dem Umfang der Beteiligung an diesem Projekt. Dies kann verbunden werden, mit dem Ausdruck von Anerkennung und Wertschätzung insbesondere gegenüber den unmittelbar Beteiligten.

Zum Hintergrund

Während der Umsetzungsphase kann es zu paradoxen Reaktionen der Mitarbeiter auf die schlanke Pflegedokumentation kommen, die durch eine gute Begleitung des Prozesses aufgefangen werden können.

Mitunter kommt es vorübergehend zu einer „Mehr-Dokumentation“ im Berichteblatt, da die Mitarbeiter einen Legitimationsdruck spüren, der erst im Laufe der Umsetzung der neuen Dokumentationspraxis nachlässt. Der Legitimationsdruck resultiert aus der langjährigen und umfassenden Dokumentationsverpflichtung, die sich in einzelnen Pflegeeinrichtungen auch durch die Wiedereinführung alternativer Dokumentationsmedien (z.B. Übergabebücher) widerspiegelte.

Zeitnah eintretende Effekte der Zeitersparnis (stationär) führten dazu, dass die Mitarbeiter dies vorübergehend als „Nichtstun“ empfanden und Schwierigkeiten äußerten, diese Situation auszuhalten.

Bei der Anwendung der Strukturierten Informationssammlung trat nicht selten zunächst die Besorgnis auf, wesentliche Aspekte zur Situationseinschätzung eventuell zu vergessen.

Eine offene und gelebte Fehlerkultur und ein spürbarer Rückhalt durch die Vorgesetzten minimiert Ängste vor Lücken in der Pflegedokumentation bei der Einführung des Strukturmodells.

Thema 7: Die Pflegedokumentation in der Tagespflege auf der Grundlage des Strukturmodells

Im Rahmen des ersten Praxistests (2013/14) zum Strukturmodell hatte sich bereits herausgestellt, dass die Anforderungen an die Pflegedokumentation in der Tagespflege, andere sind als in der ambulanten bzw. stationären Langzeitpflege und daher eine Anpassung der Dokumente erfordern. Charakteristisch für die teilstationäre Pflege ist, dass sie nur einen zeitlich begrenzten Tagesausschnitt umfasst und die Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Personen in der Tagespflege möglichst nahtlos in das Gesamtversorgungssetting zu integrieren ist. Das stellt vor allem hohe Anforderungen an die Gestaltung der Kommunikationsprozesse mit den anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren.

Auf Basis eines intensiven fachlichen Austausches mit Praktikern sowie Vertretern der Verbände, der Pflegewissenschaft, der Prüfinstanzen und der Länder wurde vom Projektbüro Ein-STEP 2016 das Konzept zur Anpassung des Strukturmodells an der Tagespflege entwickelt und in einem Praxistest von 38 Tagespflegeeinrichtungen in 13 Bundesländern drei Monate erprobt. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind die Grundlage für die Ausführungen in diesem Kapitel.

Die Prinzipien des Strukturmodells und viele weitere Hinweise, die in diesen Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells für die ambulante, teilstationäre und stationäre Langzeitpflege dargestellt sind, gelten auch für die Tagespflege.

Diese Ausführungen beschränkt sich daher auf besonders relevante Aspekte des Strukturmodells für die spezifischen Dokumentationsanforderungen in der Tagespflege. Ansonsten gelten bei der Einführung des Strukturmodells dieselben Prinzipien im Vorgehen und beim Management des Prozesses wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben.

Ausgangspunkt

Die Tagespflege ist eine Form der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI (Tages- und Nachtpflege). Angebote teilstationärer Pflege sollen helfen, den Vorrang häuslicher Pflege sicherzustellen. Ziel der Leistungen ist die Vermeidung oder Hinauszögerung dauerhaft stationärer Pflege und die Entlastung pflegender Angehöriger sowie anderer Pflegepersonen. Meist werden pflegebedürftige Personen zu Hause abgeholt und am Nachmittag oder Abend zurückgebracht.

Für die pflegebedürftigen Personen stellt der Besuch der Tagespflege erst einmal eine deutliche Veränderung der Gewohnheiten und Abläufe dar. Der notwendige Transfer zwischen Einrichtung und Häuslichkeit wird von manchen Gästen als Belastung erlebt, andere genießen wiederum diese

Abwechslung im Alltag und die mit dem Besuch einer Tagespflege verbundene Möglichkeit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Angebote in Tagespflegen sind aufgrund der Tageszeiten, in denen sich die Gäste dort aufhalten, und der Tatsache, dass Personen mit hohem Pflegeaufwand selten die Tagespflege besuchen können, weniger pflegerischer Natur, sondern haben ihren Schwerpunkt in der Betreuung und Tagesstrukturierung.

Die Bedeutung teilstationärer Pflege hat in den letzten Jahren zugenommen und wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz I noch einmal deutlich aufgewertet: Seit Januar 2015 besteht auch für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (ehemals Pflegestufe 0) ein Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Weiterhin können teilstationäre Leistungen ebenfalls seit Januar 2015 in vollem Umfang neben ambulanten Sachleistungen oder Pflegegeld in Anspruch genommen werden (keine Anrechnung mehr).

Die Zahl der Leistungsempfänger in der Tagespflege entwickelt sich sehr dynamisch mit durchschnittlichen Zuwachsraten von 13 Prozent pro Jahr: 1999 erhielten am Stichtag 15.12. rund 10.000 Pflegebedürftige Leistungen der Tagespflege, 2015 waren es über 74.000 Personen. Die Nachtpflege spielt dagegen bisher kaum eine Rolle. Die Zahl der angebotenen Plätze liegt bei knapp 500.

Effekte des Strukturmodells in der Tagespflege

Die Elemente des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation in der Langzeitpflege bilden auch die Grundlage für die Pflegedokumentation in der Tagespflege.

Die Pflegedokumentation in Tagespflegeeinrichtungen erfolgte bisher analog zum stationären Bereich. Das führte in der Praxis dazu, dass alle prinzipiell möglichen Probleme einer pflegebedürftigen Person (meist nach der AEDL-Grundstruktur) schematisch abgearbeitet wurden. Der besondere Schwerpunkt auf die im Setting der teilstationären Pflege so relevanten Aspekte der Tagesstrukturierung und Betreuung ging dabei verloren. Letztlich, so wurde es von vielen empfunden, enthielt die Pflegedokumentation viele Informationen, die für die tägliche Arbeit nicht relevant waren.

Durch die Umstellung der Pflegedokumentation auf das Strukturmodell sind auch in der Tagespflege gegenüber der herkömmlichen Pflegedokumentation folgende Effekte zu erwarten:

- ◆ **Übersichtliche Darstellung zum Einstieg in den Pflegeprozess in der Dokumentation:** Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) fasst die ersten drei Schritte des 6-phasigen Pflegeprozesses zusammen. Einzelne Zwischenschritte werden nicht mehr verschriftlicht.
- ◆ **Rationaler Umgang mit Risiken:** Im Rahmen der Situationseinschätzung in der SIS® erfolgt eine kurze und knappe fachliche Risikobewertung, die insbesondere den Versorgungskontext der Tagespflege berücksichtigt.
- ◆ **Schnelles Erkennen** von Risiken oder positive wie negative Ereignisse und daraus abzuleitenden Handlungsbedarf durch die **Dokumentation von Abweichungen** zur regelhaften Versorgung im Berichteblatt.
- ◆ **Angebote der sozialen Betreuung und Tagesstrukturierung:** Diese erhalten nun auch in der Dokumentation die notwendige Berücksichtigung. Pflegemaßnahmen werden nur verschriftlicht, wenn diese auch in der Tagespflege durchgeführt werden.
- ◆ **Zielgerichtete und Setting-übergreifende Evaluation:** Die Überprüfung der geplanten Maßnahmen bezüglich ihrer Wirksamkeit sollte, wenn die Leistungen der Tagespflege zur Stabilisierung der häuslichen Pflege beitragen sollen, nicht ohne einen Abgleich mit der Einschätzung von Angehörigen/Betreuern und ggf. des ambulanten Dienstes erfolgen.
- ◆ **Verbesserung der Kommunikation** mit dem ambulanten Pflegedienst sowie mit Angehörigen durch die Einführung eines Zusatzdokumentes (Kommunikationsbogen). Dieser wird genutzt, um den notwendigen Austausch pflege- und betreuungsrelevanter Informationen künftig stärker zu forcieren und zu verstetigen.

Umsetzung des Strukturmodells in der Tagespflege

Die spezifischen Dokumentationsanforderungen und -bedarfe der Tagespflege machen gegenüber den für die stationäre und ambulante Langzeitpflege entwickelten Versionen des Strukturmodells eine Reihe von Anpassungen der inhaltlichen Strukturierung einzelner Elemente sowie Vorgaben für die praktische Umsetzung erforderlich (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 Übersicht über die Anpassungen der Pflegedokumentation und des Strukturmodells für die Tagespflege

Bereich	Besondere Merkmale bei der TP
Stammdaten	Empfehlungen zu erforderlichen Angaben in Abgrenzung zur Dokumentation von Aspekten zur Pflege und Betreuung
Strukturierte Informationssammlung	Verwendung der SIS® Tagespflege (basierend auf der SIS® stationär): Feld B: Zusätzliche Leitfrage: „Was bringt Sie zu uns?“ Feld C / neue Bezeichnung Themenfeld 6: „Erhalt/Förderung von Alltagsfähigkeiten bzw. Sicherstellung von Rückzugsbedürfnissen“
Maßnahmenplan / Evaluation	Vorschlag von drei Varianten zur Strukturierung von Maßnahmenplänen, besonders bewährt hat sich in der Praxis die Variante 3
Berichteblatt	Speziell in der Tagespflege: relevante Informationen aller an der Pflege und Betreuung Beteiligten müssen einfließen
Zusatzdokument	„Kommunikationsbogen“ zur systematischen Erfassung von Informationen/Beratungen mit Angehörigen und/oder mit dem ambulanten Dienst
Zeitlicher Ablauf	Empfehlung zum zeitlichen Ablauf zur vollständigen Erstellung der SIS® und des Maßnahmenplans (vier Tage Aufenthalt)

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Diese Kategorien werden im Folgenden für die einzelnen Elemente der Pflegedokumentation und des Strukturmodells beschrieben.

Stammdatenblatt

Hinweise aus der Praxis haben gezeigt, dass die Erfassung von Stammdaten in den Tagespflegeeinrichtungen sehr unterschiedlich gehandhabt wird und es z. T. zu Doppelungen mit der Pflegedokumentation kommt. Es wird den Tagespflegeeinrichtungen daher bei der Einführung des Strukturmodells zunächst eine Überprüfung aller Bestandteile der Stammdaten im Hinblick auf ihre tatsächliche Notwendigkeit für die interne und externe Kommunikation empfohlen. Das Stammbblatt enthält organisatorische Daten für die Einrichtung, aber i. d. R. keine pflegfachlichen Angaben. Folgende Informationen sollte das Stammbblatt enthalten:

- ◆ Personaldaten des Tagespflegegastes (Name, Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum, Familienstand)

- ◆ Angaben zu Diagnosen, Allergien und verwendeten Hilfsmitteln
- ◆ Kontaktdaten zu Angehörigen, Vollmachtinhabern bzw. rechtlichen Betreuern
- ◆ Kontaktdaten zum ambulanten Pflegedienst
- ◆ Kontaktdaten zu Ärzten (Hausarzt, ggf. Facharzt) und ggf. weiteren Leistungserbringern (Therapeuten, Apotheke)
- ◆ Angaben zu Besuchstagen in der Tagespflege und ggf. zum Fahrdienst
- ◆ Angaben zum Pflegegrad und zur Pflegekasse sowie zum Sozialamt
- ◆ Feld für „Sonstiges“ (z. B. Hinweise zu freiheitsentziehende Maßnahmen, § 45 b-Leistungen, Fußpflege, Frisör)
- ◆ Aufnahmedatum (ev. auch Datum zum Abschluss der Inanspruchnahme) und Handzeichen der Pflegefachkraft
- ◆ Ggf. Bezugspflegeperson, wenn die Einrichtung mit diesem Pflegesystem arbeitet.

Die Stammdaten sollten übersichtlich geordnet und auf einem DIN A4-Blatt erfasst werden. **Ein Beispiel findet sich in den Anlagen.** Ziel dieser Anregung ist es, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und ausschließlich benötigte Informationen für die Arbeit in der Tagespflege zu erfassen.

Strukturierte Informationssammlung, SIS® Tagespflege

Für die Tagespflege wurde eine gesonderte Version der SIS® auf Basis der stationären Variante entwickelt. Die SIS® Tagespflege steht als PDF-Datei im DIN A4 und DIN A3-Format sowie elektronisch ausfüllbar auf der Website von Ein-STEP (www.ein-step.de) zum Download zur Verfügung.

An folgenden Stellen wurde die SIS® an die Besonderheiten der Tagespflege angepasst (siehe auch Abbildung 27):

- ◆ Anpassung der Überschrift der Strukturierten Informationssammlung: SIS® – Tagespflege
- ◆ Anpassung der Personenbezeichnung im Feld A:
Name des Tagesgastes
- ◆ Ergänzung der Leitfragen im Feld B

Tagespflege ist eine Versorgungsform, die zusätzlich zur ambulanten Sachleistung bzw. zum Pflegegeld in Anspruch genommen werden kann. Sie kommt meist dann erst zum Tragen, wenn Pflegebedürftige nicht mehr allein zu Hause zurechtkommen und die ambulante Betreuung nicht an

allen Wochentagen sichergestellt werden kann (z. B. bei Berufstätigkeit der Angehörigen). Durch die zusätzliche Leitfrage „Was bringt Sie zu uns?“ werden veränderte Lebensumstände, Vorstellungen und Wünsche der pflegebedürftigen Person hinsichtlich ihrer weiteren Versorgung angesprochen.

Zu bearbeitende Themen im Themenfeld 6 der SIS® Tagespflege

Da die Tagespflege ausdrücklich die häusliche Pflege stärken und ergänzen soll, wird dieser Aspekt im Themenfeld 6 unter der Überschrift: „Erhalt/Förderung von Alltagsfähigkeiten“ in den Mittelpunkt gestellt. Die andere Überschrift: „Sicherstellung von Rückzugsbedürfnissen“ entspringt einer Anregung der Expertengruppe. Es wurde darauf hingewiesen, dass es durchaus Tagesgäste gibt, die ausschließlich den Ortswechsel und die Atmosphäre in der Tagespflege genießen wollen sich aber nicht mehr aktiv an Geschehen beteiligen wollen oder Ruhe und Entlastung im Hinblick von einer angespannten häuslichen Situation suchen/benötigen.

Leitgedanken den Themen sind dabei, ob und, falls ja, wie die Stärkung und Förderung der Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen mittels gezielter Maßnahmen während des Aufenthaltes in der Tagespflege erfolgen kann. Besteht beim Tagespflegegast dagegen primär ein Rückzugsbedürfnis, so ist auszuloten, wann und wie dieses während seines Aufenthaltes konkret umgesetzt werden kann (siehe auch Thema 2 Teil 1).

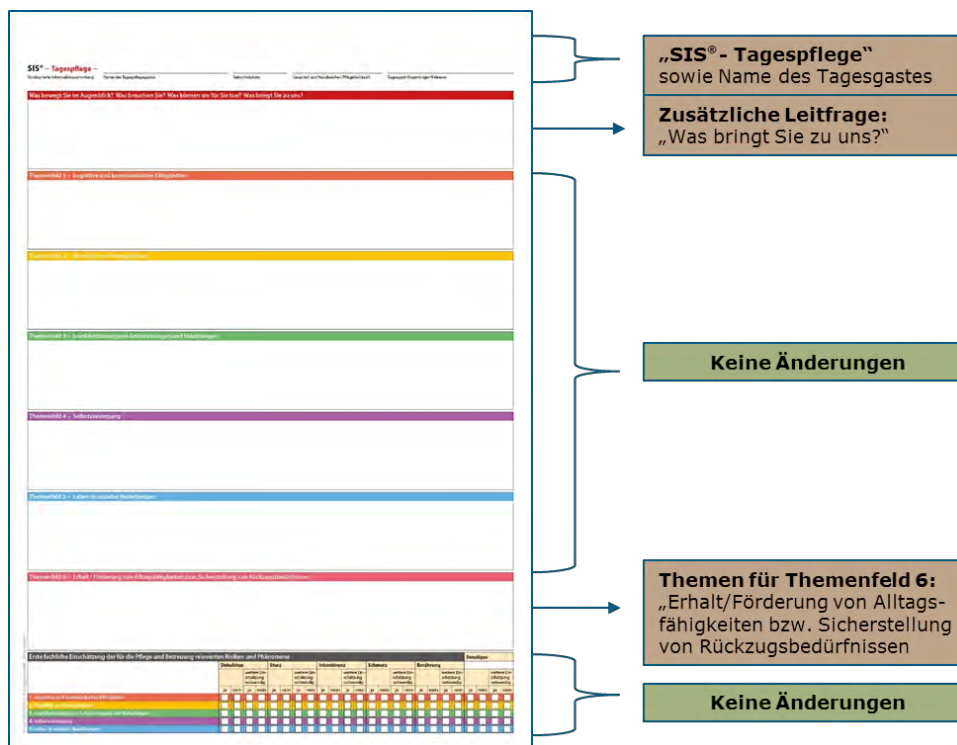


Abbildung 31: Unterschiede in der SIS® Tagespflege im Gegensatz zu der Variante SIS® stationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Maßnahmenplan

Die im Rahmen der Verständigung mit dem Tagesgast und seinen Angehörigen aus der SIS® gewonnenen Erkenntnisse zum Aufenthalt in der TP d. h.

- ◆ die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Tagesgastes,
- ◆ die Informationen Dritter (Angehörige/Betreuer),
- ◆ die Einschätzung des Pflege- und Betreuungsteams zu Ressourcen des Tagesgastes und ein (daraus abgeleiteter) pflege- und betreuungsrelevanter Handlungsbedarf während des Aufenthaltes,
- ◆ die fachliche Einschätzung zu Risiken und Phänomenen in der Risikomatrix (insoweit sie in der Tagespflege relevant sind) und
- ◆ Maßnahmen der Behandlungspflege während des Aufenthaltes.

bilden die Grundlage für den individuellen Maßnahmenplan.

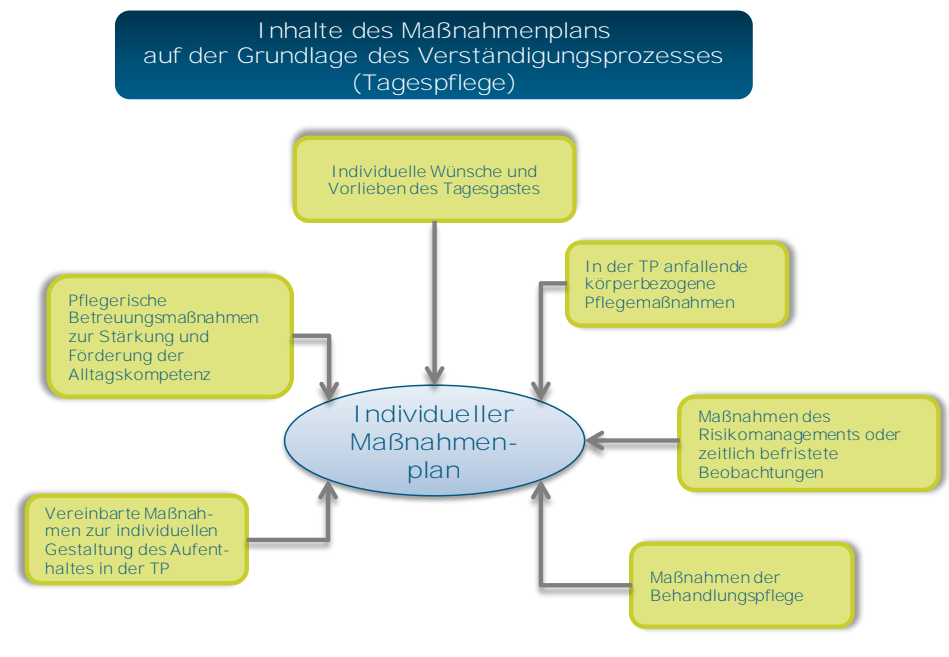


Abbildung 32: Darstellung von Einflussfaktoren auf den Maßnahmenplan

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Die Maßnahmenplanung erfolgt handlungsleitend; Ziele, die sich aus der SIS® insbesondere durch die Wünsche und Interessen der pflegebedürftigen Person ergeben, sind immanent enthalten. D. h. die Auswahl der Maßnahmen muss erkennbar mit den in der SIS® genannten Aspekten in den Themenfeldern korrespondieren und ihren Intentionen entsprechen.

Die Besonderheit in der Tagespflege besteht darin, dass die psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht und individuelle pflegerische Maßnahmen in begrenztem Maße eine Rolle spielen, da diese weitgehend von ambulanten Pflegediensten bzw. pflegenden Angehörigen zu Hause übernommen werden. Der Maßnahmenplan muss die individuellen Besonderheiten des Gastes bezüglich der Betreuung, die im Rahmen der Tagespflege notwendigen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und ggf. einzelne behandlungspflegerische Maßnahmen beinhalten. Im Ergebnis fallen die Maßnahmenpläne in der Tagespflege daher deutlich schlanker aus als bei einer herkömmlichen in der bisherigen Dokumentationspraxis.

Auch für die Tagespflege gilt das Prinzip, dass wiederkehrende Verrichtungen im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Betreuung, die in der Einrichtung nach einem festgelegten Verfahren erbracht werden (z. B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Art und Weise), nur einmal in Form einer Verfahrensanleitung an übergeord-

netter Stelle allgemein und für alle verbindlich beschrieben werden müssen und anschließend mit einem kurzen Verweis (auf die Nummer oder ein Kürzel der entsprechenden Verfahrensanweisung) in dem individuellen Maßnahmenplan (Tagesstruktur) eines Gastes eingetragen werden können.

Grundsätzlich orientieren sich Inhalt und Form des Maßnahmenplans an den spezifischen Gegebenheiten der Einrichtung. Es hat sich jedoch im Laufe der Implementierungsstrategie gezeigt, dass bestimmte Angaben zwingend enthalten sein sollten (siehe Thema 3).

Die Verwendung einer Grundbotschaft zu jedem Tagesgast am Beginn des Maßnahmenplans ist auf Basis der Praxiserfahrungen zu empfehlen. Sie sollte einen besonders charakteristischen, für die tägliche Versorgung in der Tagespflege relevanten Aspekt zur Person aus der SIS® aufgreifen. Die Grundbotschaft gibt vor allem neuen bzw. kurzfristig einspringenden Mitarbeitern eine schnelle Orientierung zum Tagesgast.

In der Anlage finden sich als Anregung drei Varianten eines Maßnahmenplans für die Dokumentation in der Tagespflege.

Im Praxistest wurden für die Strukturierung des Maßnahmenplans mehrheitlich die Varianten 2 und 3 bevorzugt, insbesondere aber die Variante 3: Dort werden anhand der einrichtungsindividuellen allgemeinen Tagesstruktur (linke Spalte, bei allen Gästen gleich) für den jeweiligen Tagesgast jeweils die individuellen Abweichungen bzw. Ausprägungen und Besonderheiten notiert.

Bezüglich der Planung der Betreuungsleistungen gilt zu beachten: Werden in einem Zeitfenster mehrere Beschäftigungsangebote gemacht, aus denen der Gast wählen kann, sollte nach einer Beobachtungsphase konkret im Maßnahmenplan beschrieben werden, welches Angebot an dem jeweiligen Tag der Gast bevorzugt. Eine Abweichung davon würde sich dann im Berichtsblatt widerspiegeln. Gibt es dagegen in der Einrichtung zu den Zeiten der Beschäftigung jeweils nur ein Angebot, ist im Maßnahmenplan festzuhalten, ob der Tagesgast daran teilnehmen will. Die konkret stattgefundene Beschäftigung kann dann dem Wochenplan entnommen werden. Nimmt er nicht an der Beschäftigung teil, ist im Maßnahmenplan die Verständigung mit dem Tagesgast zu dokumentieren, wie die Zeit anderweitig genutzt wird.

Berichtsblatt und Evaluation

Grundsätzlich gelten in der Tagespflege für das Berichtsblatt und die Evaluation die in den vorderen Kapiteln erläuterten Prinzipien des Strukturmodells. Von besonderer Relevanz ist in der Tagespflege, dass das **Berichtsblatt** grundsätzlich von **allen an der Pflege, Betreuung und Therapie Beteiligten** genutzt wird.

Dies betrifft:

- ◆ Tagesaktuelle Hinweise von Betreuungskräften zur Situation des Tagesgastes oder speziellen Erlebnissen.
- ◆ Dokumentation von Abweichungen zum Maßnahmenplan oder akuten Ereignissen durch Pflegekräfte.
- ◆ Für die Pflege und Betreuung relevante tagesaktuelle Hinweise Angehöriger oder ambulanter Dienste.
- ◆ Informationen zum Therapieverlauf oder Wahrnehmungen zum Tagesgast durch externe Therapeuten, die in der Tagespflege ihre Leistungen erbringen.
- ◆ Je nach Vorkommnis und Organisation der Tagespflege, Informationen des Fahrdienstes.

Da tagespflegerische Angebote auch die Beförderung der Tagesgäste von der Wohnung in die Einrichtung und zurück umfassen, beginnt die Betreuung bereits mit der Abholung des Tagesgastes. An der Schnittstelle zur Häuslichkeit werden häufig wichtige Informationen an den Fahrer übermittelt, die dann auf unterschiedlichste Art und Weise an die Mitarbeiter der Tagespflege weitergegeben werden. **Daher ist in der Tagespflege ein Verfahren zu etablieren, das sicherstellt, wie pflege- und betreuungsrelevante und sonstige Informationen des Fahrdienstes ins Berichteblatt gelangen** (Informationsfluss, Verantwortlichkeiten).

Seit 2017 können zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43 b SGB XI von allen pflegebedürftigen Personen in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch in der Tagespflege. Ein gesonderter Nachweis der Leistungen für Abrechnungszwecke ist nicht erforderlich (vorbehaltlich anderslautender Vorgaben in den Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen). Der Nachweis erfolgt über die im SGB XI festgelegten Kriterien (Schlüssel und Qualifikation).

Die **Evaluationen von Maßnahmen** in der Tagespflege umfasst auch die Vereinbarungen, die mit dem Tagespflegeaufenthalt seitens des Gastes und seiner Angehörigen angestrebt und in der SIS® festgehalten wurden. Insofern ist hierzu mit den Angehörigen (oder auch dem ambulanten Dienst) Rücksprache zu nehmen (siehe Kommunikationsbogen im folgenden Kapitel).

Die Evaluation erfolgt auch (und gerade) in der TP nicht schematisch, sondern ist immer individuell und anlassbezogen ausgerichtet. Ein formal festgelegter Zeitpunkt zur Evaluation (je nach Häufigkeit der Anwesenheit des Gastes) muss durch das Qualitätsmanagement nur für die Situation festgelegt werden, dass über einen längeren Zeitraum im Berichteblatt keine Einträge vorgenommen wurden.

Zusatzdokument Kommunikationsbogen

„Die Tagespflegeeinrichtung arbeitet mit den an der gesundheitlichen Versorgung der Tagespflegegäste Beteiligten aktiv zusammen, sofern dies mit der tagespflegerischen Versorgung im Zusammenhang steht.“ (Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität ... in der teilstationären Pflege vom 10.12.2012).

Die Tagespflegeeinrichtungen berichten vielfach von einem hohen Abstimmungs- und Kommunikationsbedarf mit allen Personen und Institutionen, die an der Versorgung der pflegebedürftigen Person beteiligt sind. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass die tagespflegerische Versorgung in die ambulante Pflege und Betreuung eingebettet ist und der Gast täglich hin und her pendelt.

Je mehr Beteiligte es jedoch gibt, umso aufwendiger gestaltet sich der Prozess der Informationsweitergabe und der gegenseitigen Abstimmung. Deshalb ist es notwendig, z. B. Informationen bezüglich durchgeführter Beratungen, tagesaktueller Ereignisse oder organisatorischer Besonderheiten auf Grundlage eines klaren Verfahrens an die an der Versorgung Beteiligten weiterzugeben bzw. Informationen von dort entgegenzunehmen. Zur Unterstützung der Kommunikationsprozesse wurde ein „Kommunikationsbogen“ entwickelt, welcher mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person für den Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringern (ambulanter Pflegedienst) und auch den Angehörigen genutzt werden soll.

Der zusätzliche Kommunikationsbogen für die Tagespflege hat sich in der Praxis bewährt. Er sollte sämtliche „Nebendokumentationen“ ersetzen, wie Pendelhefte, Notizbücher für Telefonate etc. Es haben sich zwei Einsatzmöglichkeiten für den Kommunikationsbogen herauskristallisiert:

- ◆ Der Bogen bleibt in der Einrichtung in der Akte des Gastes und ist der zentrale Ort für alle organisatorischen Informationen, Abstimmungen und Notizen im Zusammenhang mit einem Tagesgast oder
- ◆ der Bogen wird dem Tagesgast täglich mitgegeben, so dass ein gegenseitiges Informieren mit den anderen Beteiligten (insb. den Angehörigen) regelhaft erfolgt, das teilweise auch Telefonate überflüssig macht. In der Einrichtung sollte dann ein zweiter Bogen für darüber hinaus gehende, im Tagesverlauf anfallende Informationen (von Ärzten, Therapeuten etc.) vorliegen. Wird der Kommunikationsbogen mitgegeben, müssen die Angehörigen explizit über Sinn und Zweck der neuen Maßnahme informiert werden. Zusätzlich ist aus Datenschutzgründen auf einen sorgfältigen Umgang mit den Dokumenten zu achten (Transport in einer Mappe o. ä.)

Inwieweit diese Art der Anwendung des Kommunikationsbogens für alle Tagesgäste sinnvoll ist, sollte in der TP zunächst erprobt werden. Voraussetzung ist, dass der Einsatz und der Zweck des Kommunikationsbogens zunächst mit dem Tagesgast und den Angehörigen besprochen wird und der Pflegedienst über das Ziel der Erprobungsphase informiert und um Mitarbeit gebeten wird.

Ein Beispiel für einen übersichtlichen Kommunikationsbogen findet sich in der Anlage.

Im Praxistest wurde deutlich, dass dieser Kommunikationsbogen (egal welche Variante) grundsätzlich über einen längeren Zeitraum erprobt werden sollte bis Rückschlüsse auf einrichtungsinterne Effekte oder die tatsächliche Verwendung gezogen werden können. Einige Tagespflegen haben berichtet, dass Angehörige regen Gebrauch vom Kommunikationsbogen machen, wenn dieser täglich mitgegeben wird, und dies den Informationsfluss deutlich verbessert.

Vorgehen der Erstellung von SIS® und Maßnahmenplan

Zur Konkretisierung von Zeitintervallen bei der Sammlung von Informationen zur individuellen Situationseinschätzung wird für die Tagespflege folgendes Vorgehen empfohlen:

- ◆ In der Regel werden die SIS® Tagespflege und der daraus abzuleitende (vorläufige) Maßnahmenplan am Tag der Aufnahme, ggf. unter Hinzuziehung von Erkenntnissen aus einem Probetag oder Vorgesprächen, erstellt.
- ◆ An den nächsten Anwesenheitstagen, dies kann sich je nach Häufigkeit des Besuchs in der Tagespflege auf unterschiedliche Zeiträume beziehen, werden weitere Informationen im Berichteblatt gesammelt. Nach spätestens **vier Anwesenheitstagen** erfolgt dann eine interne Fallbesprechung und eine Überprüfung der bisherigen Planungen, die im Ergebnis eine Anpassung des vorläufigen Maßnahmenplans zur Folge haben kann (sog. „kleiner Evaluationskreis“).
- ◆ Zeigen sich umfassende Abweichungen zur Einschätzung der pflegebedürftigen Person am Aufnahmetag, muss auch die SIS® überprüft, angepasst oder neu ausgefüllt werden (sog. „großer Evaluationskreis“). Dies stellt erfahrungsgemäß aber eher die Ausnahme dar. Siehe hierzu auch Thema 3.

Exkurs: Behandlungspflege in der Tagespflege

Im Zuge des Praxistests Tagespflege wurde offenbar, dass die Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen in den Einrichtungen der Tagespflege derzeit mit Schwierigkeiten verbunden ist. Dies betrifft in erster Linie die Medikamentengabe – fehlende An- bzw. Verordnungen des Arztes zur korrekten Durchführung sowie Unklarheiten bezgl. vom Tagesgast mitgebrachter Medikamente erschweren die Arbeit der Tagespflege erheblich.

Bei näherer Betrachtung und Diskussion der Situation mit juristischen Experten hat sich gezeigt, dass die aktuellen Regelungen und Rahmenvereinbarungen nicht ausreichen, um für die derzeit stark an Bedeutung gewinnende Versorgung pflegebedürftiger Personen im Setting Tagespflege ein sicheres Verfahren bei der Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen zu gewährleisten.

Der Arzt müsste, wie bei (voll)stationärer Versorgung, die Durchführung der Behandlungspflege in der Tagespflege als ärztlich delegierte Leistung anordnen. Dies erfolgt aber in der Praxis wegen der prinzipiell ambulanten Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht, da der Arzt, soweit nicht eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen übernehmen kann, eine Verordnung gem. § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege (HKP) ausstellt, die vom ambulanten Pflegedienst **in der Häuslichkeit des Versicherten** durchgeführt wird.

Die Problematik resultiert vor allem daraus, dass die Tagespflege sozialrechtlich betrachtet eine (teil)stationäre Einrichtung ist, der Tagesgast aber primär im ambulanten Bereich versorgt wird. Daher bedarf es einer grundsätzlichen Klärung dieses Aspektes.

Bis eine solche Klarstellung des Verfahrens vorliegt, wird den Einrichtungen der Tagespflege folgendes Vorgehen in Bezug auf die Behandlungspflege empfohlen:

- ◆ Die Einrichtungen nehmen **in den Tagespflegevertrag** mit dem Tagesgast einen Passus auf, der klarstellt, dass die Einrichtung behandlungspflegerische Maßnahmen nur dann durchführen kann, wenn der Tagesgast bzw. seine Angehörigen eine entsprechende ärztliche Anordnung im Original, ersatzweise eine Kopie der Verordnung häuslicher Krankenpflege, am ersten Besuchstag vorlegt. Bei der Medikamentengabe muss auch das entsprechende Präparat in der Originalpackung, mindestens aber mit dem Originalbeipackzettel, mitgebracht werden.
- ◆ „Sofern die Medikamente bereits in der Häuslichkeit gerichtet wurden (vorbereitete Tagesdosis), ist mit den Angehörigen zu besprechen, dass grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass die

Dosierung und das Medikament der ärztlichen Anordnung entsprechen. Dies ist zu dokumentieren.“ (Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität ... in der teilstationären Pflege vom 10.12.2012).

Steuerung des Einführungsprozesses

Mit Beginn der Umstellung auf das Strukturmodell ist ein größerer zeitlicher und organisatorischer Aufwand zu erwarten, bevor sich ein routinierter Umgang mit der schlanken Dokumentationspraxis entlang des Strukturmodells einschließlich der gewünschten Zeitersparnis tatsächlich einstellt.

Diese Feststellung gilt auch für den Fall, dass der Träger der Tagespflege das Strukturmodell in seinen Einrichtungen der stationären und/oder ambulanten Langzeitpflege bereits eingeführt hat. Allein schon aufgrund der oben dargestellten fachlichen Besonderheiten, des an die Tagespflege angepassten Strukturmodells, bedarf es in jedem Fall eines einrichtungsindividuellen Einführungskonzeptes (Projektplan, Steuerungs-/Projektgruppe usw.) sowie der systematischen Schulung aller Mitarbeiter. Hierzu gehören insbesondere auch die Betreuungskräfte, Fachkräfte der sozialen Arbeit oder Therapeuten und die Pflegehilfskräfte und ggf. Hauswirtschaftskräfte.

Die Schulungsunterlagen enthalten umfangreiche allgemeine Hinweise und Erläuterungen zur Steuerung und Organisation der Einführung des Strukturmodells in Pflegeeinrichtungen, die auch für die Tagespflege gelten (Thema 6 und Anlagen).

Thema 8: Die Pflegedokumentation in der Kurzzeitpflege auf der Grundlage des Strukturmodells

Im Rahmen des ersten Praxistests (2013/2014) zum Strukturmodell hatte sich bereits herausgestellt, dass die Anforderungen an die Dokumentation in der solitären Kurzzeitpflege (und eingestreuten Kurzzeitpflegplätzen) andere sind als in der ambulanten bzw. stationären Langzeitpflege und daher eine Anpassung der Dokumentation erfordern. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um eine vollstationäre pflegerische Versorgungsform, die die pflegebedürftige Person in ähnlicher Weise wie in der stationären Langzeitpflege, allerdings für eine begrenzte Dauer, umfassend versorgt.

Auf der Grundlage einer Umfrage bei Kurzzeitpflegeeinrichtungen und auf Basis eines intensiven fachlichen Austausches mit Praktikern sowie Vertretern der Verbände, der Pflegewissenschaft, der Prüfinstanzen und der Länder wurde vom Projektbüro Ein-STEP ein Konzept zur Anpassung des Strukturmodells für die Kurzzeitpflege entwickelt und in der zweiten Jahreshälfte 2016 in 13 solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen drei Monate erprobt. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sind die Grundlage für die Ausführungen in diesem Kapitel.

Die Prinzipien des Strukturmodells und viele weitere Hinweise, die in vorausgegangenen Kapiteln zur Einführung des Strukturmodells für die ambulante und stationäre Langzeitpflege dargestellt sind, gelten auch für die Kurzzeitpflege.

Dieses Kapitel beschränkt sich daher auf besonders relevante Aspekte des Strukturmodells für die spezifischen Dokumentationsanforderungen in der Kurzzeitpflege. Das beschriebene Vorgehen gilt aus fachlicher Sicht auch für die Pflegedokumentation in Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegebetten.

Effekte des Strukturmodells in der Kurzzeitpflege

Durch die Umsetzung des Strukturmodells in der Kurzzeitpflege sind folgende Effekte zu erwarten:

- ◆ **Übersichtliche Darstellung zum Einstieg in den Pflegeprozess in der Dokumentation:** Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) fasst die ersten drei Schritte des 6-phasigen Pflegeprozesses zusammen. Dies ist mit einer Orientierung auf die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person, der pflegfachlichen Einschätzung und dem daraus resultierenden Handlungsbedarf in der Dokumentation verbunden.

- ◆ **Routinemäßige und wiederkehrende Abläufe** der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Betreuung werden in Form von Verfahrensanleitungen im QM Handbuch beschrieben. Ergänzend dazu werden dann im Maßnahmenplan die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person, die bei der entsprechenden Maßnahme zu berücksichtigen sind, erfasst. Damit **entfallen auch in der Kurzzeitpflege Einzelleistungsnachweise** für die immer wiederkehrenden Maßnahmen in der Pflege und Betreuung.
- ◆ **Individuelle Maßnahmen, die** regelhaft im Rahmen der Versorgung immer wieder zu erbringen sind, werden im Maßnahmenplan **einmal ausführlich beschrieben** und können dann **im Verlauf des Tages nur noch mit einem Kürzel/Stichwort** aufgeführt werden.
- ◆ **Rationaler Umgang zur Risikoerfassung:** Die Einschätzung von **pflege- und betreuungsrelevanten** Risiken und Phänomenen der pflegebedürftigen Person erfolgt im Sinne einer Ersteinschätzung (Initialassessment) im Rahmen der Strukturierten Informationssammlung durch die Pflegefachkraft. Die Risikoerfassung erfolgt immer individuell und nicht in Form schematischer Routinen. Siehe hierzu Thema 2 Teil 2.
- ◆ **Nutzung der SIS® und der Maßnahmenpläne von vorangegangenen Aufenthalten in der Kurzzeitpflege:** In der Kurzzeitpflege wird ein unterschiedlich hoher Anteil pflegebedürftiger Personen im Rahmen der Verhinderungs- oder Urlaubspflege nach einer gewissen Zeit erneut aufgenommen.

Umsetzung des Strukturmodells in der Kurzzeitpflege

Die spezifischen Dokumentationsanforderungen in der Kurzzeitpflege machen gegenüber der für die stationäre und ambulante Langzeitpflege entwickelten Version des Strukturmodells eine Reihe von Anpassungen der Inhalte einzelner Elemente sowie Vorgaben für die praktische Umsetzung erforderlich (siehe Tabelle 1).

Tabelle 3 Übersicht über die Anpassungen des Strukturmodells für die Kurzzeitpflege

Bereich	Besondere Merkmale bei der KZP
Strukturierte Informationssammlung	Feld B: ggf. zusätzliche Leitfrage: „Was bringt Sie zu uns?“ Feld C1 / Themenfeld 6: „Wahrung der Individualität während des Aufenthaltes“ „Erste Einschätzung zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege“
Maßnahmenplan/ Berichteblatt / Evaluation	Vorschlag von zwei Varianten von Maßnahmenplänen und einem Berichteblatt
Nutzung bestehender Dokumente im Rahmen der Verhinderungspflege	Trifft insbesondere auf SIS® und Maßnahmenplan zu im Zusammenhang mit wiederkehrender Inanspruchnahme der KZP im Laufe eines Jahres zur Urlaubs- oder Verhinderungspflege
Zeitlicher Ablauf zur Erstellung der SIS®	Vorgabe des zeitlichen Ablaufs zur Erstellung der SIS® und des Maßnahmenplans in Abhängigkeit von der Fallgruppe (gestuftes Verfahren)
Zusatzdokumente	Vorschlag für ein internes Formblatt in der Bewohner-/Gästeakte für die Sammlung von Informationen zur Unterstützung der Entlassplanung

Quelle: Projektbüro Ein-STEP

Diese werden im Folgenden für die einzelnen Elemente der Pflegedokumentation und des Strukturmodells beschrieben.

Strukturierte Informationssammlung: SIS® Kurzzeitpflege

In der Kurzzeitpflege ist es besonders wichtig, die Befindlichkeiten, Ängste und Wünsche der pflegebedürftigen Person möglichst schnell zu erfassen und zügig zu einer fachlich fundierten Situationseinschätzung durch die Pflegefachkraft zu kommen. Das Gespräch mit der pflegebedürftigen Person und das Erfassen der Information in der Strukturierten Informationssammlung sollte daher am Aufnahmetag durchgeführt und abgeschlossen werden. Das Vorgehen in den Situationen, bei denen die

erforderlichen Informationen nicht am Aufnahmetag zur Verfügung stehen, wird in Abschnitt 4.5 erläutert.

An folgenden Stellen wurde die SIS® stationär an die Besonderheiten der Kurzzeitpflege angepasst (siehe auch Abbildung 2):

- ◆ Anpassung der Überschrift der Strukturierten Informationssammlung: SIS®- Kurzzeitpflege
- ◆ Ergänzung der Leitfragen im Feld B:
Die Kurzzeitpflege ist eine Versorgungsform, die als Übergangslösung bei sehr hohem Pflegebedarf (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt) oder zur Überbrückung von Versorgungslücken (Urlaubs- oder Verhinderungspflege) in Anspruch genommen werden kann. Durch eine zusätzliche Leitfrage „Was bringt Sie zu uns?“ können u. a. Vorstellungen, Wünsche und ggf. Ängste der pflegebedürftigen Personen hinsichtlich ihrer weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege angesprochen werden.
- ◆ Änderung der thematischen Zuordnung im Themenfeld 6 der SIS®:
- ◆ Im Themenfeld 6 soll die pflegefachliche Einschätzung zu folgenden Themen dokumentiert werden:

„Wahrung der Individualität während des Aufenthaltes“ **Leitgedanke** ist hierbei, individuell und situationsgerecht zu erfassen und zu beschreiben, wodurch ein möglichst persönlich-individuelles Umfeldes während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege und die praktische Umsetzung dieser Maßnahmen gelingen kann (z.B. Mitbringen von vertrauten Gegenständen, die Berücksichtigung von gewohnten Abläufen und alltäglichen Ritualen). Dies trägt zum Wohlbefinden in der neuen Umgebung bei und unterstützt die Orientierung insbesondere bei Menschen mit Demenz.

„Erste Einschätzung zur weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege“ **Leitgedanken** dabei sind: Zum einen, wesentliche Aussagen der pflegebedürftigen Person zu Wünschen, Erwartungen und Ängsten hinsichtlich der weiteren Versorgung festzuhalten. (Wer ist in diesem Punkt ein wichtiger Gesprächspartner für den Gast? Mit wem kann/sollte der Klärungsprozess weiterbearbeitet werden?) Zum anderen, eine erste fachliche Einschätzung zum weiteren Verbleib aus Sicht der Pflegefachkraft auf der Grundlage der im Aufnahmegespräch gewonnenen Erkenntnisse und Informationen. Zu beiden Aspekten siehe auch Thema 2.

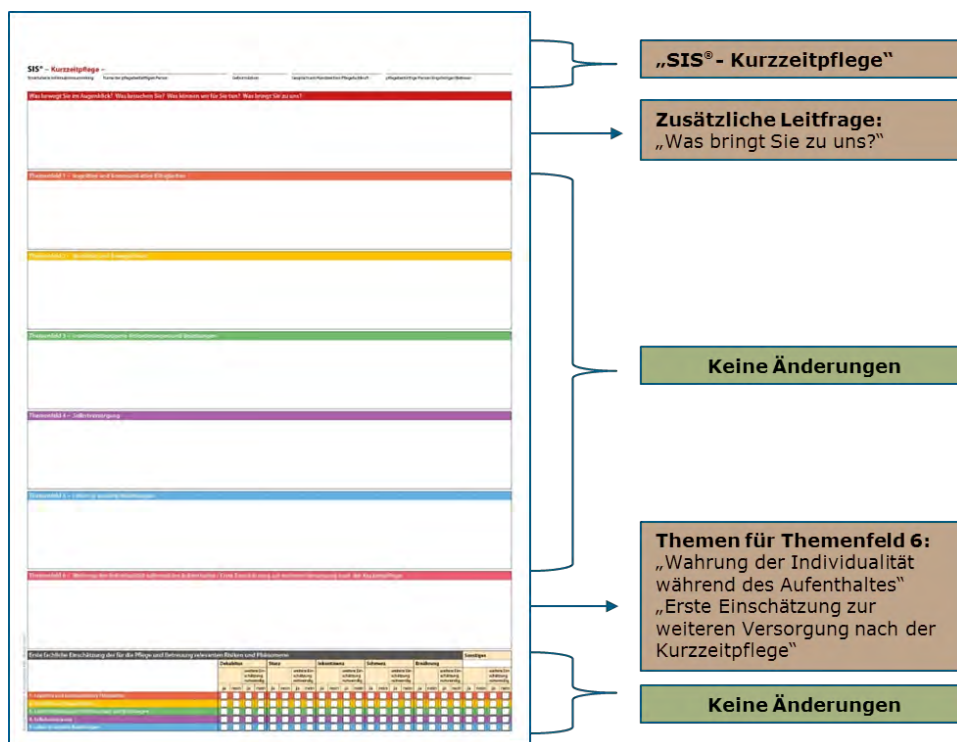


Abbildung 33: Unterschiede in der SIS® Kurzzeitpflege im Gegensatz zu der Variante SIS® stationär

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Die SIS® Kurzzeitpflege steht in den Varianten DIN A4 und DIN A3 und elektronisch ausfüllbar unter www.ein-step.de zum Download zur Verfügung.

Maßnahmenplan

Die aus der SIS® gewonnenen Erkenntnisse, wie zum Beispiel

- ◆ Verständigung zu individuellen Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person,
- ◆ Einschätzung des Pflege- und Betreuungsteams zu Ressourcen sowie pflege- und betreuungsrelevantem Handlungsbedarf,
- ◆ fachliche Einschätzung zu Risiken und Phänomenen in der Risikomatrix sowie Maßnahmen der Behandlungspflege
- ◆ Informationen Dritter (Angehöriger/Betreuer)

bilden die Grundlage für die individuelle Maßnahmenplanung. Diese erfolgt handlungsleitend; Ziele sind in den Maßnahmen hierin (immanent) enthalten.

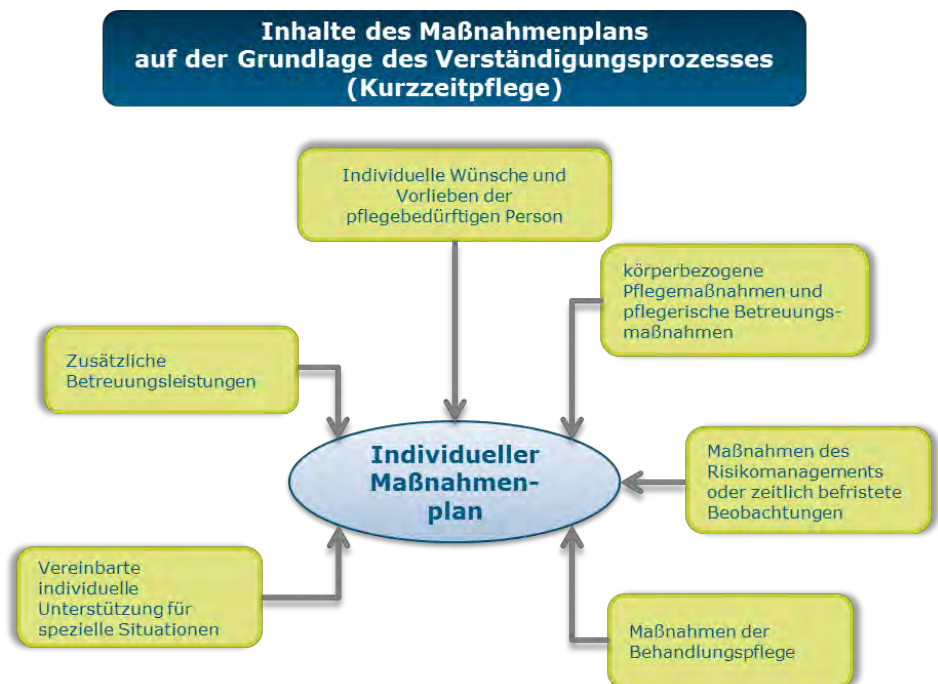


Abbildung 34: Darstellung von Einflussfaktoren auf den Maßnahmenplan in der KZP

Quelle: Ein-STEP Projektbüro

Auch für die Kurzzeitpflege gilt das Prinzip, dass wiederkehrende Verrichtungen im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Betreuung, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden (z. B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form), nur einmal beschrieben und dann im Weiteren mit einem kurzen Hinweis in die Tagesstruktur eingepflegt werden.

Die folgenden Umsetzungshinweise für den Maßnahmenplan beziehen sich auf Leistungsbereiche mit besonderer Relevanz für die Kurzzeitpflege.

- ◆ **Maßnahmen der Behandlungspflege:** Vorgaben zum Zeitpunkt und zur Umsetzung von Maßnahmen der Behandlungspflege werden im Rahmen des tagesstrukturierten Maßnahmenplans dokumentiert. Die Dokumentation ärztlicher Anordnungen und die Abzeichnung ihrer Durchführung erfolgen in gesonderten Dokumenten wie bisher.
- ◆ **Therapeutische Maßnahmen:** Im Maßnahmenplan werden Zeitpunkt und Art verordneter therapeutischer Maßnahmen (z. B.

Physio- oder Ergotherapie) im Rahmen der Tagesstruktur zugeordnet. Angaben der Therapeuten zu Therapieverlauf werden im Berichtblatt dokumentiert.

Grundsätzlich kann sich der Maßnahmenplan in der Kurzzeitpflege analog zur stationären Langzeitpflege an einer individuellen Darstellung der Tagesstruktur - einschließlich der nächtlichen Versorgung - orientieren. Es kann mit fixen Zeiten oder variablen Zeitkorridoren wie in der stationären Langzeitpflege gearbeitet werden. Die Übersicht über erforderliche und optionale Inhalte eines Maßnahmenplan finden sich der Abbildung 24.

Die Erfahrungen im Rahmen der Implementierung des Strukturmodells und die Rückmeldungen in den Expertenworkshops haben gezeigt, dass Anregungen zur Strukturierung des Maßnahmenplans hilfreich und erwünscht sind. **Daher wurden zwei Vorschläge für Varianten eines tagesstrukturierenden Maßnahmenplans entwickelt und im Rahmen des Praxistests erprobt.** Im Praxistest bevorzugte die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen zwar die Variante 2, aber auch die Variante 1 hat sich als sehr gut geeignet für den tagesstrukturierende Maßnahmenplan in der Kurzzeitpflege erwiesen. Es wird empfohlen, eine der beiden vorgeschlagenen Varianten zu nutzen. **Beide Maßnahmenplan-Varianten finden sich exemplarisch in den Anlagen.**

Besonderheiten bezüglich SIS® und des Maßnahmenplans bei der Urlaubs- oder Verhinderungspflege

Eine Besonderheit in der Anwendung des Strukturmodells kommt bei der Inanspruchnahme von wiederkehrenden Verhinderungs- oder Urlaubspflegen zum Tragen. Im Rahmen der Aufnahme der pflegebedürftigen Person wird für das Gespräch, die SIS® und der Maßnahmenplan eines vorangegangenen Aufenthaltes herangezogen. Sowohl die SIS® als auch der Maßnahmenplan kann gänzlich oder in Teilen erneut genutzt werden.

Ob und in welchem Umfang dies geschieht, ist abhängig davon, inwieweit die Pflege- und Betreuungssituation sich unverändert darstellt oder ob in der Zwischenzeit Veränderungen eingetreten sind, die in der Folge eine erneute pflegefachliche Einschätzung zum Pflege- und Betreuungsbedarf und der Risikoeinschätzung nach sich ziehen. Die fachliche Entscheidung, die „alte“ SIS® weiter zu nutzen, wird mit dem Handzeichen der Pflegefachkraft auf der SIS® erneut dokumentiert. Die Pflegefachkraft bestätigt hierdurch erneut die fachliche Einschätzung zu den bisher dokumentierten Inhalten der SIS®.

Der Maßnahmenplan kann bei Bedarf entsprechend aktualisiert werden - auch dies wird mit dem Handzeichen der Pflegefachkraft dokumentiert. Zu überprüfen sind ebenfalls vorliegende Medikamentenpläne oder andere Maßnahmen der Behandlungspflege.

Berichtsblatt und Evaluation

Grundsätzlich gelten für die Anwendung und Funktion des Berichtsblatts in der Kurzzeitpflege dieselben Prinzipien wie für die stationäre Langzeitpflege, d.h. es werden die Abweichungen von den geplanten grundpflegerischen und betreuenden Maßnahmen dokumentiert. **Entscheidend ist auch hier, dass alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten das Berichtsblatt für ihre Eintragungen nutzen.** Da Kurzzeitpflege oft unter einem großen Zeit- und Entscheidungsdruck arbeiten muss, ist die schnelle Erfassung und übersichtliche Darstellung von Veränderungen von besonderer Bedeutung. Dieser Anforderung kommt entgegen, dass im Strukturmodell das Berichtsblatt im Wesentlichen für das Dokumentieren folgender Informationen genutzt wird:

- ◆ Abweichungen von den geplanten wiederkehrenden Abläufen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Betreuung,
- ◆ Ergebnisse gezielter / geplanter und zeitlich befristeter Beobachtungen auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS® und der Risikomatrix,
- ◆ Tagesaktuelle Ereignisse und ggf. Reaktionen darauf.

In der Kurzzeitpflege sind analog zur stationären Langzeitpflege weiterhin Einzelleistungsnachweise erforderlich

- ◆ für die Durchführung ärztlicher Anordnungen im Rahmen der Behandlungspflege sowie
- ◆ für die Durchführung des Positionswechsels im Lagerungs- und Bewegungsprotokoll bei vorliegendem Dekubitus Risiko.

Eine individuelle oder anlassbezogene Evaluation von Maßnahmen wird erforderlich wenn:

- ◆ im Berichtsblatt Abweichungen vom Maßnahmenplan dokumentiert sind
- ◆ Veränderungen zu der vorliegenden Risikoeinschätzung beobachtet wurden und
- ◆ bei akuten Situationen oder besonderen Ereignissen.

Darüber hinaus sind für die Evaluation in der Kurzzeitpflege keine weiteren Regelungen notwendig, es sei denn, es handelt sich um eine Einrichtung die auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet sind.

Von besonderer Relevanz in der Kurzzeitpflege ist, dass das Strukturmodell die **Nutzung des Berichtsblatts grundsätzlich für alle an der Pflege, Betreuung Beteiligten vorsieht**. Dies betrifft insbesondere auch:

- ◆ Informationen zum Therapieverlauf oder Wahrnehmungen zur Person durch externe Therapeuten,
- ◆ bei Bedarf Ergebnisse von Beratungen mit der pflegebedürftigen Person und ihren Angehörigen sowie
- ◆ Erkenntnisse aus Fallbesprechungen und Übergaben oder zum Wohlbefinden kognitiv eingeschränkter Menschen.

Das Berichtsblatt ist damit die zentrale Plattform zur Sicherstellung von Informationen für alle, die an der Pflege und Betreuung beteiligt sind und dient der raschen Orientierung zur tagesaktuellen Situation der pflegebedürftigen Person (Steuerung Pflegeprozess).

Für die oben erwähnte Maßnahmenplan Varianten 1 und 2 wurden auch entsprechende Berichtsblatt Varianten 1 und 2 entwickelt und erprobt. **Diese finden sich ebenfalls in den Anlagen.**

Vorgehen der Erstellung von SIS® und Maßnahmenplan in der KZP

Zu möglichen Zeitintervallen für die Sammlung von Informationen zur individuellen Situationseinschätzung im Rahmen der SIS® werden die Varianten A und B zum Vorgehen in der Kurzzeitpflege empfohlen:

Variante A: Die SIS® und der daraus abzuleitende Maßnahmenplan werden innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme erstellt.

Variante B: Bei Personen

- ◆ in Krisensituationen z.B. nach akutstationärem Aufenthalt oder aus der Häuslichkeit,
- ◆ die aufgrund anderer krankheitsbedingter Umstände als sehr instabil einzuschätzen sind oder
- ◆ bei denen aufgrund einer kognitiven Einschränkung keine oder wenig Informationen zur Verfügung stehen

wird folgendes gestuftes Vorgehen innerhalb eines **Zeitintervalls von 7 Tagen** vorgeschlagen:

- ◆ Bei Aufnahme werden mit der pflegebedürftigen Person bzw. den Angehörigen oder dem Betreuer so viele pflege- und betreuungsrelevante Informationen wie möglich erhoben. Bei diesen

pflegebedürftigen Personen, muss ggf. von einem erhöhten Risikopotential ausgegangen werden bis eine genauere Situations-einschätzung möglich ist.

- ◆ Anhand der vorliegenden Informationen erfolgt eine erste pflegfachliche Einschätzung in den Themenfeldern einschließlich der Risiken und Phänomene in der Risikomatrix.
- ◆ Auf der Grundlage dieser Situationseinschätzung wird ein erster, vorläufiger Maßnahmenplan erstellt. Das kann im Einzelfall bedeuten, dass die Anweisung erfolgt, zunächst in jeder Schicht entsprechende Beobachtungen im Berichtblatt zu dokumentieren. In wieweit aufgrund tagesaktueller Ereignisse einzelne Maßnahmen sofort aktualisiert werden müssen, kann nur situationsbedingt entschieden werden.
- ◆ Abhängig von der Einschätzung in der Risikomatrix können für einzelne Maßnahmen individuell eng befristete Evaluationszeiträume festgelegt werden.
- ◆ Nach 7 Tagen erfolgt im Rahmen einer Fallbesprechung die abschließende Erstellung der SIS® und des Maßnahmenplans. Grundlage hierfür ist die Auswertung der in diesem Zeitraum im Berichtblatt erfolgten Einträge und - soweit möglich - die Einbeziehung aller an der Pflege und Betreuung Beteiligten (ggf. auch Angehörige/Betreuer).
- ◆ Das Ergebnis kann sein, dass es ausreicht, ausschließlich den Maßnahmenplan anzupassen, da die fachliche Einschätzung zur pflegebedürftigen Person in der SIS® unverändert gilt (sog. „kleiner Evaluationskreis“).
- ◆ Betreffen dagegen die Ergebnisse der Abstimmung auch wesentliche, im Rahmen der Themenfelder dokumentierte Aspekte und entsprechende Einschätzungen in der Risikomatrix, wird die SIS® erneut unter Angabe des aktuellen Datums von der Pflegefachkraft ausgefüllt (sog. „großer Evaluationskreis“). Dies gilt dann auch für das Gespräch mit der pflegebedürftigen Person (Feld B). In der IT-gestützten Dokumentation wäre dies eine sogenannte Versionierung der SIS®, in der papiergestützten Dokumentation bedeutet dies die Erstellung eines neuen Dokuments.

Dokumentation von Informationen zur Entlassplanung

Die rechtzeitige und strukturierte Planung der Entlassung stellt insbesondere für pflegebedürftige Personen, deren weiterer Verbleib nach der Kurzzeitpflege bei Aufnahme noch nicht geklärt ist, einen wichtigen Aufgabenbereich der Kurzzeitpflege dar. Aus diesem Grund wurde ein Formu-

lar zur Unterstützung der internen Entlassplanung als Bestandteil der Gästeakte entwickelt. Die Einführung dieses DIN A 3 Bogens sollte im Rahmen der internen Organisation beraten und erprobt werden und gilt als fester Bestandteil der Dokumentationsakte. Je nach Dokumentationssystem werden diese Angaben auch schon an anderer Stelle erfasst. Dann gilt es zu prüfen, in wie weit diese Bündelung eine sinnvolle Ergänzung darstellt oder Veränderungen in der bisherigen Dokumentationspraxis hierzu erfolgen sollen.

Dieses Formular enthält alle im Zusammenhang mit der Entlassplanung wesentlichen Informationen und Aktivitäten:

- ◆ Kontaktdaten wichtiger Ansprechpartner
- ◆ Aktivitäten der Entlassplanung: z.B. Beratungen der pflegebedürftigen Person und seiner Angehörigen, angestrebte Folgeversorgung, Maßnahmen zur Vorbereitung der Folgeversorgung
- ◆ Entlassungsstatus: Wohin wurde die pflegebedürftige Person entlassen?

Ein Muster für dieses Formular zur internen Dokumentation von Informationen zur Entlassplanung in der Kurzzeitpflege findet sich in den Anlagen.

Steuerung des Einführungsprozesses

Mit Beginn der Umstellung auf das Strukturmodell ist ein größerer zeitlicher und organisatorischer Aufwand zu erwarten, bevor sich ein routinierter Umgang mit der schlanken Dokumentationspraxis entlang des Strukturmodells einschließlich der gewünschten Zeitersparnis tatsächlich einstellt. Diese Feststellung gilt auch für den Fall, dass der Träger der Kurzzeitpflege das Strukturmodell in seinen Einrichtungen der stationären und/oder ambulanten Langzeitpflege bereits eingeführt hat. Allein schon aufgrund der oben dargestellten fachlichen Besonderheiten des an die Kurzzeitpflege angepassten Strukturmodells bedarf es in jedem Fall eines einrichtungsindividuellen Einführungskonzeptes (Projektplan, Steuerungs-/Projektgruppe usw.) sowie der systematischen Schulung aller Mitarbeiter(innen).

Die Schulungsunterlagen enthalten umfangreiche allgemeine Hinweise und Erläuterungen zur Steuerung und Organisation der Einführung des Strukturmodells in Pflegeeinrichtungen, die auch für die Kurzzeitpflege gelten (Thema 6 und Anlagen).

Literaturverzeichnis

- Bachem, Jörn** (2016): Weniger ist mehr. Dank Strukturmodell: rechtssicher effizient dokumentieren IN: Heilberufe Spezial Pflege im Recht, Springer Medizin, April 2016, Seite 25-28.
- Beikirch, Elisabeth; Breloer-Simon, Gabriele; Rink, Friedhelm; Roes, Martina**: Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege, Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2014.
- Beikirch, Elisabeth; Entzian, Hildegard; Roes, Martina** (2014): Reset Pflegedokumentation IN: Altenheim, Vincentz, 53. Jg., Ausgabe 5, S. 16-21.
- Beikirch, Elisabeth; Nolting, Hans-Dieter** (2015): Anforderungen an Dokusysteme jetzt konkretisiert IN: Altenheim, Vincentz, 54. Jg., Ausgabe 11, S. 38 – 41.
- Beikirch, Elisabeth; Nolting, Hans-Dieter; Schulz, Anke** (2016): Strategie Entbürokratisierung- Pflegedokumentation neu denken. IN: Heilberufe Spezial Pflege im Recht, Springer Medizin, April 2016, S. 16-19.
- Beikirch, Elisabeth** (2016): Das Strukturmodell – ein fachlich und juristisch belastbares Konzept der Pflegedokumentation und die Strategie zur Umsetzung im Rahmen der Entbürokratisierung der Pflege. IN: Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen, G & S Verlag, Köln, 13. Jg., Juli/August 2016, S. 168-173
- Beikirch, Elisabeth; Büscher, Andreas; Entzian, Hildegard; Fleer, Bernhard; Nolting, Hans-Dieter; Roes, Martina**: Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge (Thesenpapier vom 13.07.2016)
- Beikirch, Elisabeth; Braeseke, Grit; Nolting, Hans-Dieter; Umlandt-Korsch, Sabrina**: Pflegegradmanagement im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell – Leitfaden (20.01.2017)
- Beikirch, Elisabeth; Nolting, Hans-Dieter; Wipp, Michael**: Dokumentieren mit dem Strukturmodell – Grundlagen-Einführung-Management, Vincentz Network, Hannover 2017
- DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband**: Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – unterstützende Hinweise für die strukturierte Informationssammlung (SIS®) zur Einführung des

Strukturmodells - Handlungshilfe für Pflegefachpersonen bei der Erstellung der strukturierten Informationssammlung, DBfK BV Eigenverlag 2015

Deutscher Pflegerat (DPR): Der DPR unterstützt das Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Positionspapier, 2015.

Drube, Patricia (2016): Erfolg und Stolpersteine in der Praxis, Entbürokratisierung gelungen? IN: Heilberufe Spezial Pflege im Recht, Springer Medizin, April 2016, S. 29-31.

Greb-Kohlstedt; Bettina, Kammeyer, Ute; Rückert, Ramona: Dokumentation in der Betreuungsarbeit. Chancen nutzen mit PSG, Strukturmodell und NBI. Vincentz Network, Hannover 2017.

Hausmann, Ernst, Seger (2015): Welche Auswirkungen hat das Strukturmodell „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ auf die Qualitätsprüfungen nach §114 SGB XI IN: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nomos, Baden-Baden, 69.Jg, Ausgabe 6, S. 40-51.

Hindrichs, Sabine; Schulz, Anke; Triftshäuser, Kerstin (2015): Vom Kopf auf die Füße IN: Altenpflege Dossier 04- Dokumentation, Vincentz, Ausgabe 04/2015, S. 14-21.

Höhmann, Ulrike; Weinrich, Heidi; Gätschenberger, Gudrun: Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht 261, 1996.

Kämmer, Karla (Hrsg.): Die neue Pflegedokumentation. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH &Co KG, Hannover 2017.

Initiative Neue Qualität der Arbeit, inqa.de (2010): Entbürokratisierung in der Pflege – Handlungsleitfaden für die Pflegepraxis; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.).

Matzker, Eva-Maria; Muhle, Anne: Praxistipps Strukturmodell – Antworten auf die wichtigsten Fragen, Vincentz Network, Hannover 2017

Paulus, Regino: Das Strukturmodell der entbürokratisierten Pflegedokumentation. Der vierstufige Pflegeprozess von der SIS bis zur Evaluation. Mensch und Medien GmbH, Landsberg am Lech, 2017.

Roes, Martina (2014): Fachlich, übersichtlich, praxistauglich IN: Die Schwester Der Pfleger, Bibliomed, 53. Jg, Ausgabe 7, S. 694-698.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege, Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung, Im Auftrag der Bundesregierung 2013.

Stenzel, Carola; Tackenberg, Peter (2015): Vereinbarkeit von Projekterfordernissen und Fachlichkeit IN: Die Schwester Der Pfleger, Bibliomed, Melsungen, 54. Jg., Ausgabe 12, S. 60-62.

Wingenfeld, K./Büscher, A./ Gansweid, B. (2008): Kapitel F im Anlagenband zum Abschlussbericht Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Bielefeld/Münster: IPW/MDK WL.

World Health Organization (Hg.) (1996): People's needs for nursing care. A European study. Copenhagen.

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1** Strukturmodell ambulant (1a) und stationär (1b); Version 2.0/2017
- Anlage 2** Funktion des Strukturmodells ambulant (2a) und stationär (2b); Version 1.1/2015
- Anlage 3** Funktion der Felder in der SIS® (A-C2) ambulant (3a) und stationär (3b); Version 1.1/2017
- Anlage 4** Abbildung SIS® Tagespflege und SIS® Kurzzeitpflege Version 1.0/2017
- Anlage 5** Situationsbeschreibung I stationär (somatisch)
- Anlage 6** Fallbeispiel I stationär; SIS®/Maßnahmenplan/Berichteblatt (dementiell erkrankte Person)
- Anlage 7** Fallbeispiel II ambulant; SIS®/Maßnahmenplan/ Berichteblatt (somatisch)
- Anlage 8** Situationsbeschreibung II ambulant (dementiell erkrankte Person)
- Anlage 9** Exemplarischer Projektplan zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Beispiel/Version 2.0/2017)
- Anlage 10** Muster zum Verfahren Dokumentencheck im Qualitäts- handbuch
- Anlage 11** Varianten 1 und 2 Maßnahmenpläne und Berichteblatt KZP; 11a-11d (Muster)
- Anlage 12** Formular Entlassplan (intern) KZP
- Anlage 13** Muster Einseitiges Stammbblatt TP
- Anlage 14** Varianten 1-3 Maßnahmenpläne und Berichteblatt TP; 14a-14d (Muster)
- Anlage 15** Formular Kommunikationsbogen (intern/extern) TP (2017)
- Anlage 16** Stellungnahme Juristische Expertengruppe Pflegedoku- mentation sog. „Kasseler Erklärung“ I (2014) und II (2015)
- Anlage 18** Gemeinsame Pressemitteilung der Vertragsparteien gem. § 113 SGB XI (2014)
- Anlage 19** Häufige Fragen (www.ein-step.de)

- Anlage 20** Thesenpapier: Unterschiede und Zusammenhänge Strukturmodell und Begutachtungsinstrument (2016)
- Anlage 21** Leitfaden Pflegegradmanagement(PGM) im Kontext Strukturmodell (2017)
- Anlage 22** Anforderungsprofil Umsetzung Strukturmodell in Dokumentationssystemen Version 1.4 (2017)
- Anlage 23** Beispiel Verfahrensanleitungen in Form von Pflegerichtlinien (stationär), Pichlmayr Akademie
- Anlage 24** Beispiel Verfahrensanleitungen In Form von „Immer-so-Standards“, DRK Schwesternschaft Mobil