

Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Stand 14.06.2016

Version 3.1

Dr. Hans Gerber	MDK Bayern
Thomas Muck	MDK Bayern
Jürgen Brüggemann	MDS
Bernhard Fleer	MDS
Dominique Labouvie	MDK Bayern
Sylvia Slomka	MDK Berlin-Brandenburg
Jürgen Butzke	MDK Niedersachsen
Matthias Ernst	MDK Niedersachsen
Elise Coners	MDK Nord
Petra Wollschläger	MDK Nordrhein

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorbemerkung zu Version 3	3
1 Einführung	4
2 Eckpunkte des Strukturmodells	6
2.1 Assessment	7
2.2 Maßnahmenplanung	8
2.3 Durchführung der Maßnahmen (Intervention)	9
2.4 Evaluation	10
2.5 Aufgaben des Pflegemanagements/Qualitätsmanagements	11
3 Grundlegende Hinweise und Empfehlungen der SEG 2 zum Umgang mit dem Strukturmodell.....	12
4 Anwendung des Strukturmodells.....	13
4.1 Informationssammlung.....	13
4.1.1 Häufig gestellte Fragen zur Strukturierten Informationssammlung (SIS)	14
4.2 Maßnahmenplanung	19
4.2.1 Häufig gestellte Fragen zur Maßnahmenplanung auf Grundlage der Strukturierten Informationssammlung (SIS)	21
4.3 Durchführung (Verlaufsdokumentation, Durchführungsnachweise, Abweichungen, Bericht)	25
4.3.1 Häufig gestellte Fragen zur Durchführung (Verlaufsdokumentation, Durchführungsnachweise, Abweichungen, Bericht)	25
4.4 Evaluation	27
4.4.1 Häufig gestellte Fragen zur Evaluation	27
Literatur	28
Anlage	30
Hinweise zur Beantwortung von Prüffragen, zu denen aus der MDK-Gemeinschaft Umsetzungsfragen gestellt worden sind	30

Vorbemerkung zu Version 3

Diese „Ergänzenden Erläuterungen“ richten sich an Prüfer der MDK und des PKV-Prüfdienstes, die Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI durchführen.

Sie wurden mit dem Projektbüro Ein-STEP abgestimmt. Nach Durchführung der Multiplikatoren-Seminare für Multiplikatoren der MDK, des PKV-Prüfdienstes, der Heimaufsichten und der BGW in Mannheim, Magdeburg und Kassel wurde mit dem Projektbüro ein Klärungsprozess zu zentralen Fragen (kompensiertes Risiko und Schmerzeinschätzung) der „Ergänzenden Erläuterungen“ weitergeführt. Aufgrund aktueller Rückmeldungen im Rahmen der Implementierung wurde die vorliegende Version 3 mit Stand 16.09.2015 erstellt.

Diese Version 3.1 wird auf der Internetseite des MDS (www.mds-ev.de) sowie auf der Internetseite des Projektbüros (www.ein-step.de) zum Download bereit gestellt.

Der MDS und die SEG 2 bedanken sich beim Projektbüro für den konstruktiven Dialog und die wertvollen Hinweise.

1 Einführung

Im Juli 2013 hat die damalige vom Bundesminister für Gesundheit eingesetzte Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege Empfehlungen zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation vorgelegt. Zentraler Gegenstand dieser Empfehlungen war ein neues Strukturmodell für die Pflegedokumentation. Der Vorschlag für dieses Strukturmodell ist auf der Grundlage vielfältiger Beratungen mit Experten aus Praxis, Wissenschaft, Sozialrecht sowie Prüfinstanzen, u.a. des MDS, entwickelt worden. Mit der Entwicklung dieses neuen Strukturmodells sollten folgende Ziele verfolgt werden:

- Überprüfung und Bewertung bisheriger fachlicher und juristischer Aussagen zur Dokumentation,
- Aufgreifen von Kritik von Praxis und Verbrauchern,
- Herausstellung der Bedeutung der fachlichen Kompetenz und beruflichen Erfahrung der Pflegefachkräfte,
- Minimierung des zeitlichen Aufwandes für die Pflegedokumentation,
- Schaffung einer gemeinsamen Grundlage für die interne und externe Qualitätssicherung.

In einem Projekt zur praktischen Anwendung des Strukturmodells zur „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ wurde das Strukturmodell in der Praxis getestet (BMG 2014). Diese Testung verlief erfolgreich. Nach der Testung erfolgten geringfügige Modifikationen am Strukturmodell.

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Herr Staatssekretär Karl-Josef Laumann, hat ein Projektbüro eingerichtet (**Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – Ein-STEP**, www.ein-step.de), das am 01.01.2015 seine Arbeit aufgenommen hat. Ziel ist es, im Rahmen eines Implementierungsprojektes die neue Pflegedokumentation in mindestens 25 Prozent aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen umzusetzen. Hinweise zur Umsetzung dieser Implementierung finden sich in dem im Auftrag von GKV-Spitzenverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) und Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (BPA) erstellten Papier „Entwicklung einer Implementierungsstrategie (IMPS) zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen“ (Beikirch 2014). Auftrag des Projektbüros ist es, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bundesweit bei der Umsetzung des neuen Strukturmodells für die Pflegedokumentation zu unterstützen. Hierfür erstellt das Projektbüro Schulungsmaterialien und führt Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren durch, die die Umsetzung des Modells in den Pflegeeinrichtungen gewährleisten sollen. Dieses Schulungsmaterial wird auch den Mitarbeitern der Prüfinstitutionen zur Verfügung gestellt und findet Eingang in die vorliegenden „Ergänzenden Erläuterungen“.

Der aktuelle Stand zum Strukturmodell und Hinweise zur Anwendung des Modells finden sich in der „Handlungsanleitung (Version 1.1)“ vom 02.03.2015 (Beikirch, Kämmer, Roes 2015). Die Handlungs-

anleitung Version 1.1 ist für alle interessierten Personen öffentlich zugänglich (www.ein-step.de) und bildet die Grundlage für die weitere Umsetzung des Modells in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus hat das Projektbüro zusätzlich „Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen (Version 1.0)“ (Beikirch et al. 2015) erstellt. Diese Schulungsunterlagen wurden den Multiplikatoren der Verbände nach erfolgter Teilnahme an der Schulung durch die Regionalkoordinatoren des Projektbüros zur Verfügung gestellt. Pflegeeinrichtungen erhalten diese Schulungsunterlagen über das Registrierungsverfahren zur Teilnahme an dem Einführungsprojekt auf der Internetseite des Projektbüros (www.ein-step.de). Die Multiplikatoren, die an den Multiplikatoren-Seminaren des MDS teilgenommen haben, erhalten diese „Informations- und Schulungsunterlagen“ des Projektbüros vom MDS. Darüber hinaus erhalten nun auch Bildungseinrichtungen und Anbieter von Dokumentationssystemen auf Anfrage bei dem Projektbüro den Zugang zum Download der Schulungsunterlagen.

Bezugspunkt für die Erstellung dieser „Ergänzenden Erläuterungen“ sind die „Handlungsanleitung 1.1“, die „Informations- und Schulungsunterlagen 1.0“ sowie Antworten des Projektbüros auf Fragen des MDS und der SEG 2. Die aktuellen Elemente des Strukturmodells sowie weitere Informationen finden sich auf der Internetseite des Projektbüros im Downloadbereich (www.ein-step.de/downloads/). Hier finden sich auch elektronisch ausfüllbare Versionen der Strukturierten Informationssammlung (SIS).

Die Vertragspartner nach § 113 SGB XI haben in einem Beschluss festgestellt, dass die Kompatibilität der Ergebnisse des Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für den ambulanten und stationären Bereich, insbesondere bezüglich der Pflegedokumentation und der hieraus resultierenden Prüfanforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114 SGB XI, gegeben ist. Die flächendeckende Umsetzung der Projektergebnisse kann daher auf dieser Grundlage beginnen. Bei vorliegenden vertieften Erkenntnissen aus der Implementierung soll eine erneute Überprüfung der Kompatibilität erfolgen.

MDS und MDK-Gemeinschaft haben das Projekt zur Effizienzsteigerung in der Pflege von Anfang an konstruktiv begleitet. Ein Vertreter des MDS war an der Expertengruppe, die das Strukturmodell entwickelt hat, beteiligt. MDK und MDS tragen die Einführung des Strukturmodells vollumfänglich mit. Mit der Unterstützung des Projektes leistet die MDK-Gemeinschaft einen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer den Vorgaben entsprechenden Anwendung des Strukturmodells die fachlichen Anforderungen der QPR an den Pflegeprozess erfüllt werden können.

2 Eckpunkte des Strukturmodells

Der neu entwickelte Ansatz basiert auf dem Vier-Phasen-Modell der WHO:

1. Assessment
2. Planung
3. Intervention
4. Evaluation

Dieses Modell diente der WHO 1974 als Vorlage zur Festlegung des Pflegeprozesses als Bestandteil pflegerischer Arbeit (WHO 1987). Das Strukturmodell ist wissenschaftsbasiert entwickelt worden. Die Ausrichtung der Pflegedokumentation an einem speziellen Pflegemodell ist möglich, aber nicht erforderlich. Kernvoraussetzung ist jedoch die Person-Zentrierung bei der Planung unter Einschluss der individuellen Wünsche und unter Beachtung der speziellen Lebenssituation der pflegebedürftigen Menschen. Der person-zentrierte Ansatz bedeutet:

1. Partizipation der pflegebedürftigen Person durch aktive Ansprache
2. in Beziehung treten mit der pflegebedürftigen Person durch Verständigung über zukünftige Pflege und Betreuung
3. Berücksichtigung des Lebensumfeldes, z.B. ambulantes oder stationäres Setting

Zentrales Element des Strukturmodells ist die „Strukturierte Informationssammlung – SIS“. Die SIS kann dem ersten Schritt des WHO-Modells (Assessment) zugeordnet werden. Für die SIS wird getrennt für die ambulante und die stationäre Pflege ein Formularvorschlag zur Verfügung gestellt. Die SIS gliedert sich in die folgenden Felder:

- A Feld für allgemeine Daten (Name des Pflegebedürftigen, Datum, Erst-/Folgegespräch etc.)
- B Perspektive des Pflegebedürftigen, Einstiegsfragen zum Gespräch
- C1 fachliche Perspektive, Gliederung mit sechs Themenfeldern in Anlehnung an das Neue Begutachtungsassessment (NBA)
- C2 Matrix zur Risikoeinschätzung

Die Anwendung der SIS sowie die darauf aufbauende Maßnahmenplanung ist eine Aufgabe für Pflegefachkräfte.

Eine Anforderung für die Teilnahme am Implementierungsprozess ist es, die SIS unverändert anzuwenden. Im Rahmen der Qualitätsprüfungen ist es jedoch nicht Aufgabe der MDK, zu bewerten, ob die SIS unveränderte Anwendung findet. Für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses (Planung, Intervention, Evaluation) werden keine Formularvorgaben gemacht. Somit bleibt die Gestaltung von

Formularen für Stammbblatt, Biografie, Planung, Durchführung, Evaluation, Vitalzeichen, Behandlungspflege/Medikamente, ärztliche Anordnungen und weitere ggf. erforderliche Elemente der Pflegedokumentation (z.B. Assessment zur Schmerzeinschätzung, Bewegungsprotokolle) den Pflegeeinrichtungen überlassen.

2.1 Assessment

Pflegerrelevante biografische Informationen können im Regelfall in der SIS erfasst werden (Felder B und C1). Ein Extrabogen für die Biografie ist nicht erforderlich.

Zu A Allgemeine Daten

Das Feld dient der Erfassung allgemeiner Daten wie Name des Pflegebedürftigen, Unterschrift der Pflegefachkraft, die das Erst- oder Folgegespräch durchgeführt hat. Zusätzlich besteht die Möglichkeit die Unterschrift der pflegebedürftigen Person als Ausdruck der gemeinsamen Verständigung einzuholen. Letzteres ist ins Ermessen der Pflegeeinrichtung gestellt.

Zu B Perspektive des Pflegebedürftigen

Ausgangspunkt ist die Perspektive des Pflegebedürftigen. Durch das Zitieren des Originaltons der pflegebedürftigen Person soll die Individualität und Wertschätzung ihr gegenüber betont werden. Die Perspektive der pflegebedürftigen Person wird im Laufe des folgenden Verständigungsprozesses konsequent berücksichtigt.

Zu C1 Fachliche Perspektive

Die Erfassung der fachlichen Perspektive ist in der SIS in Anlehnung an die Themenfelder des NBA strukturiert, um eine größere Übersicht zu erhalten und eine zu starke Zergliederung zu vermeiden. Die Themenfelder sind:

	ambulant	stationär
1	kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
2	Mobilität und Beweglichkeit	
3	krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	
4	Selbstversorgung	
5	Leben in sozialen Beziehungen	
6	a) Haushaltsführung	b) Wohnen/Häuslichkeit

Zu C2 Matrix zur Risikoeinschätzung

Mit dieser Matrix soll ein Initialassessment abgebildet werden. Aus den in C1 erfassten Informationen muss sich die Risikoeinschätzung schlüssig ableiten lassen. In der Risikomatrix kann zu den Risiken und Phänomenen

- Dekubitus,
- Sturz,
- Inkontinenz,
- Schmerz,
- Ernährung,
- Sonstiges

angegeben werden, ob sich aus den fünf Themenfeldern (ohne Themenfeld 6a Haushaltsführung bzw. 6b Wohnen/Häuslichkeit) ein pflegerelevantes Risiko ergibt. Es kann auch angegeben werden, ob weitere Einschätzungen erforderlich sind. Vorteil der Matrix ist eine übersichtliche Einschätzung der häufigsten pflegerelevanten Risiken.

Aus den Themenfeldern 6a und 6b (ambulant und stationär) werden keine personennahen Risiken abgeleitet, sondern im ambulanten Bereich werden hier im Wesentlichen pflegeorganisatorische Maßnahmen (z.B. Zusammenarbeit mit der Familie, Versorgungsaspekte, Versorgungsabläufe etc.) dokumentiert. Im stationären Bereich kam die Anregung zu dem Feld 6b bei der Erarbeitung der Handlungsanleitung, damit bewusst an eine sensible und individuelle Umgebungsgestaltung gedacht und dies im Erstgespräch thematisiert wird. Eine Risikoerfassung dagegen konzentriert sich nur auf personenbezogene Risiken, die dann auch personenbezogene und individuelle Maßnahmen nach sich ziehen.

2.2 Maßnahmenplanung

Das Strukturmodell führt anstelle des Begriffes „Pflegeplanung“ den Begriff „Maßnahmenplanung“ ein, da hier neben pflegerischen auch hauswirtschaftliche und betreuende Maßnahmen sowie „Informationen Dritter“ mit einfließen. Die Änderung der Bezeichnung bedeutet nicht den Wegfall der Pflegeplanung wie mitunter von Pflegeeinrichtungen dargestellt wird. Auch im Rahmen des Strukturmodells sind individuelle pflegerische und betreuende Maßnahmen zu planen (Element 2).

Bei der Maßnahmenplanung ist keine gesonderte Festlegung von Pflegezielen vorgesehen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ziele aus der Maßnahmenplanung und durch den Abgleich mit den Wünschen der pflegebedürftigen Person (Frage B/SIS) ableiten (planungsimmanente Ziele). Entscheidend für die angestrebten Ergebnisse ist die Darstellung der im Einzelfall personenbezogenen wichtigen und gemeinsam vereinbarten Maßnahmen. Die Maßnahmen sind handlungsleitend und eindeu-

tig in der Planung zu beschreiben. Die Maßnahmenplanung erfolgt in der Regel durch eine (Rahmen-) Tagesstrukturierung einschließlich der nächtlichen Versorgung. Hier kann mit fixen Zeiten oder Zeitkorridoren gearbeitet werden. Entscheidend ist, dass erkennbar wird, ob aus fachlicher Sicht oder aus Sicht des Pflegebedürftigen bestimmte Maßnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt erbracht werden sollten bzw. müssten. Maßnahmen, die in derselben Form mehrmals täglich erbracht werden (z.B. Bereitstellen von Mahlzeiten in bestimmter Form), müssen nur einmal beschrieben werden und können dann mit einem Kürzel in der Tagesstruktur eingepflegt werden. Entscheidend ist, dass der immer wiederkehrende Ablauf der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung einmal übersichtlich und schnell nachvollziehbar dargestellt ist.

2.3 Durchführung der Maßnahmen (Intervention)

In der stationären Pflege sind keine Einzelleistungsnachweise für regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen und Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung erforderlich. Bedingung ist, dass im Qualitätsmanagement schriftliche Verfahrensanleitungen für die wichtigsten Pflegehandlungen festgelegt werden. Dabei sind die zentralen Aspekte immer wiederkehrender Pflege- und Betreuungsmaßnahmen fachlich aussagefähig und prägnant zu hinterlegen.

Abweichungen von den geplanten Maßnahmen sowie tagesaktuelle Beobachtungen sind im Berichtsblatt zu dokumentieren.

Einzelleistungsnachweise werden erwartet (vergleiche Informations- und Schulungsunterlagen S. 56)

- im ambulanten Bereich:
 - für erbrachte Maßnahmen für Abrechnungszwecke entsprechend dem jeweiligen Pflegevertrag mit der pflegebedürftigen Person
 - für Behandlungspflege
 - für Lagerungs- und Bewegungsprotokolle bei Dekubitusrisiko
 - ggf. bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements (z.B. Trink-/Ernährungspläne)
 - für Leistungen nach § 45b SGB XI

- im stationären Bereich:
 - für Behandlungspflege
 - für Lagerungs- und Bewegungsprotokolle bei Dekubitusrisiko
 - ggf. bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements (z.B. Trink-/Ernährungspläne).¹

2.4 Evaluation

Die Evaluation der Maßnahmenplanung erfolgt wie bei anderen Systemen zur Pflegeplanung und Dokumentation in durch das Qualitätsmanagement festgelegten Abständen und bei relevanten Veränderungen. Ebenso kann eine Evaluation aufgrund individuell festgelegter Evaluationszeiträume im Kontext der Risikomatrix oder zeitlich befristeter Beobachtungen erforderlich sein. Nach den Ausführungen in der Handlungsanleitung und in den aktuellen Schulungsunterlagen ist durch das Qualitätsmanagement festzulegen, in welchem Zeitrahmen routinemäßig die Maßnahmenplanung überprüft werden soll, wenn über einen längeren Zeitraum keine Eintragungen in der Pflegedokumentation erfolgt sind.

¹ Aufgrund der juristischen Stellungnahme zu Nachweispflichten im Rahmen der Pflegedokumentation für zusätzliche Leistungen der Betreuung und Aktivierung gemäß SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen vom 10.05.2016 werden Einzelleistungsnachweise für zusätzliche Leistungen der Betreuung nicht mehr für erforderlich gehalten. In der Aufzählung wurde der Spiegelstrich „Leistungen nach § 87b SGB XI“ daher getrichen. Nach Auskunft des Projektbüros werden bei der Überarbeitung der Informations- und Schulungsunterlagen Mitte 2016 die betreffenden Spiegelstriche auf den Seiten 22 und 56 entsprechend angepasst bzw. gelöscht.

2.5 Aufgaben des Pflegemanagements/Qualitätsmanagements

Einrichtungen, die das Strukturmodell umsetzen, müssen dies durch folgende Vorkehrungen und Qualitätsmaßnahmen flankieren:

- Es müssen Stellen- bzw. Funktionsbeschreibungen vorliegen, in denen die Verantwortlichkeiten für die Prozessgestaltung festgelegt sind. Die Anwendung der SIS/Maßnahmenplanung/Evaluation ist eine Aufgabe der Pflegefachkräfte.
- Es ist sicherzustellen, dass aktuelle Verfahrensanleitungen (Leistungsbeschreibungen) für regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen der Grundpflegerischen Versorgung und Betreuung vorliegen.
- Die Mitarbeiter sind in die Verfahrensanleitungen eingewiesen. Verbindlichkeit und Kenntnisnahme durch die Mitarbeiter muss nachgewiesen werden.
- Es sind Regelungen dazu zu treffen, welche zusätzlichen Instrumente (z.B. Differential-Assessments, Trinkprotokolle, Wundbeschreibung) wann und wie einzusetzen sind.
- Es sind Regelungen zur Durchführung der Evaluation (Zeiträume, Besonderheiten) zu treffen.

3 Grundlegende Hinweise und Empfehlungen der SEG 2 zum Umgang mit dem Strukturmodell

Die SIS soll unverändert in den teilnehmenden Einrichtungen übernommen werden. Es ist jedoch nicht die Aufgabe des MDK, zu bewerten, ob die SIS unverändert dargestellt und angewandt wird. Unabhängig von der Anwendung des Strukturmodells ist es Aufgabe des MDK, zu überprüfen, ob die jeweiligen Prüfkriterien der QPR erfüllt sind oder nicht.

Es wurde bewusst darauf verzichtet, die weitverbreiteten ATL/ABEDL als Strukturierungsgrundlage für die SIS heranzuziehen. Diese werden auch nicht als Struktur für die Maßnahmenplanung vorgeschlagen.

Aufgabe der Leistungserbringerverbände ist es, interessierte Pflegeeinrichtungen bei der Implementierung des Strukturmodells zu unterstützen. Anfragende Einrichtungen sollten an den vom Trägerverband eingesetzten Multiplikator verwiesen werden. Eine Handlungsanleitung für die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege liegt bisher nicht vor. Tages- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell umsetzen wollen, sollten sich mit einer Interessensbekundung an das Projektbüro wenden.

Da die Grundannahmen des Strukturmodells in teilnehmenden Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen akzeptiert werden, müssen diese auch in anderen, nicht teilnehmenden Einrichtungen akzeptiert werden. Unabhängig davon, ob eine Einrichtung an dem Projekt teilnimmt oder nicht, muss eine Gleichbehandlung im Rahmen der Qualitätsprüfungen gewährleistet sein.

Die Pflegedokumentation ist eine Arbeitshilfe für Pflegeeinrichtungen, mit der sichergestellt werden soll, dass die individuell erforderlichen Maßnahmen in der gewünschten Art und Weise kontinuierlich durchgeführt werden. Diese Anforderung ist auch bei der Anwendung des Strukturmodells zu erfüllen. Mitarbeiter müssen in der Lage sein, auf der Grundlage der Maßnahmenplanung und unter Berücksichtigung weiterer Hinweise, z.B. aus der SIS oder dem Berichtblatt, die Pflege und Betreuung so durchführen zu können, wie es im konkreten Einzelfall individuell erforderlich ist.

Nach dem SGB XI und den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität nach § 113 SGB XI ist die Steuerung des Pflegeprozesses eine Aufgabe für Pflegefachkräfte. Dies gilt auch bei der Anwendung des Strukturmodells. Die Informationssammlung, Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung sind durch eine Pflegefachkraft durchzuführen. Ist dies nicht erfüllt, ist die Frage 16.5 „Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?“ mit „Nein“ zu beantworten.

4 Anwendung des Strukturmodells

4.1 Informationssammlung

Im Strukturmodell bildet die Strukturierte Informationssammlung (SIS) die erste Phase des Pflegeprozesses und kann nur von einer Pflegefachkraft durchgeführt werden. Das Ergebnis wird durch Unterschrift der (Bezugs-)Pflegefachkraft bestätigt (Handlungsanleitung Version 1.1 S. 23/24).

Die Sichtweise des pflegebedürftigen Menschen, seine Lebens- und Pflegesituation und seine Wünsche mit dem aus seiner Sicht bestehenden Bedarf an Hilfe und Unterstützung sollen im Erstgespräch unmittelbar zu Beginn des Pflegeeinsatzes/des Einzuges erhoben werden. Die Angaben der pflegebedürftigen Person sollen hierbei möglichst im Originalton festgehalten werden. Falls der Pflegebedürftige selbst aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen keine Aussagen machen kann, empfiehlt sich die Einbeziehung der Angehörigen oder Betreuer bzw. die Beschreibung dessen, was beobachtet werden kann. Falls Angehörige oder Betreuer an dem Gespräch beteiligt waren, ist dies zu vermerken.

Im zweiten Schritt beschreibt die Pflegefachkraft den Pflege- und Betreuungsbedarf aus professioneller Sicht, einschließlich bestehender Risiken. Gibt es hierfür im Rahmen der Verständigung (Sichtweise der pflegebedürftigen Person) abweichende Sichtweisen, wird dies und die Verständigung hierzu dokumentiert.

Die Zusammenführung der Sicht des Pflegebedürftigen (bzw. der Angaben der Angehörigen, ggf. auch des Betreuers) mit der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft sowie der Dialog und der damit verbundene Verständigungsprozess zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegefachkraft bilden die Grundlage der Maßnahmenplanung für die individuelle Pflege und Betreuung.

Die Strukturierung der SIS ermöglicht es, dass alle Lebensbereiche sowie individuelle biografische Aspekte der pflegebedürftigen Person berücksichtigt werden und diese aus fachlicher Sicht eingeordnet und dokumentiert werden können.

In welchem Zeitraum die SIS erstellt wird, bedarf der Entscheidung des Trägers oder ggf. des Pflege- und Qualitätsmanagements. Die Vorschläge aus der Praxis reichen von tagesaktuell über 48 Stunden bis zu einer Woche. Entscheidend ist, dass bei Abschluss der fachlichen Einschätzung (Abzeichnung durch die Pflegefachkraft) die Informationen in den jeweiligen Themenfeldern und die Risikoeinschätzung (Risikomatrix) aufeinander bezogen sind.

Bei Veränderungen des Pflege- und Gesundheitszustandes (z.B. nach Krankenhausaufenthalt) kann die SIS entweder in einzelnen Themenfeldern situationsbedingt evaluiert oder komplett neu ausge-

füllt werden. Zusätzliche Eintragungen müssen immer mit Datum und einem entsprechenden Kürzel der (Bezugs-)Pflegefachkraft versehen werden.

Für ein entsprechendes Vorgehen muss eine Entscheidung des Pflegemanagements erfolgen. Im Praxistest wurde deutlich, dass die Entscheidung unter anderem davon abhängig gemacht wurde, ob die Pflegedokumentation elektronisch oder auf Papier erfolgt.

4.1.1 Häufig gestellte Fragen zur Strukturierten Informationssammlung (SIS)

Wo erfolgt die individuelle Beschreibung des Risikos? Ist zusätzlich zur Risikomatrix die Darstellung des individuellen Risikos erforderlich?

Die Risikomatrix in der SIS (C2) im Kontext der Themenfelder ermöglicht eine erste fachliche Einschätzung (wissenschaftsbasiertes Initialassessment). Die Erfassung in der Matrixstruktur muss mit den Informationen in den Themenfeldern korrespondieren. Wenn beispielsweise in der Matrix bei der Risikoeinschätzung zum Dekubitusrisiko ein „Ja“ in Bezug auf den Themenbereich „Mobilität und Beweglichkeit“ angegeben ist, muss sich dieses Risiko aus den Angaben dieses Themenbereiches (C1) ableiten lassen. Dort könnte z.B. beschrieben sein, dass eine selbständige Druckentlastung im Sitzen und Liegen nicht möglich ist.

Wie ist damit umzugehen, wenn Einrichtungen den in der Handlungsanleitung verwendeten Begriff „kompensiertes Risiko“ ihrer Entscheidung zugrunde legen, ob ein Risiko vorliegt oder nicht?

Die Qualitätsprüfungsrichtlinie verwendet den Begriff „kompensiertes Risiko“ nicht. Im Rahmen von Qualitätsprüfungen ist es nicht erforderlich, den Begriff „kompensiertes Risiko“ zu verwenden; hier sollte durch die Prüfer lediglich unterschieden werden, ob ein Risiko vorliegt oder ob kein Risiko vorliegt.

Laut Schulungsunterlagen erfolgt die praktische Anwendung der Matrix in mehreren Schritten:

- Es erfolgt immer eine fachliche Entscheidung, wie prägnant sich die Situation bei der Aufnahme aus Sicht der Pflegefachkraft darstellt und ob sofort ein Risiko erkennbar ist. Es wird mit „Ja“ oder „Nein“ bewertet.
- Wenn „Ja“ angekreuzt wird, wird immer fachlich entschieden, ob die Einschätzungen zur Risikosituation für die Folgerungen in der Maßnahmenplanung eindeutig sind oder es zunächst einer weiteren Einschätzung bedarf (z.B. durch ein Differentialassessment, mit Hilfe eines Standardinstruments oder durch das Hinzuziehen einer speziellen Expertise). Diese Entscheidung wird in der Spalte „Weitere Einschätzung notwendig“ entsprechend mit „Ja“ oder „Nein“ angekreuzt.
- Wird „Nein“ zu einem Thema in der Matrix im Zusammenhang mit einem Themenfeld angekreuzt, ist die Einschätzung damit abgeschlossen und es bedarf auch keines weiteren Kreuzchens im Block „Weitere Einschätzung notwendig“.
- Ein kompensiertes Risiko/Phänomen ist mit „Nein“ zu bewerten. Ein Risiko kann nur als kompensiert gelten, wenn in den Themenfeldern ersichtlich ist, wodurch das Risiko ausgeglichen ist.

Erst anlässlich einer akuten Veränderung der Situation oder im Rahmen der Verlaufsbeobachtung durch ein gesetztes Evaluationsdatum wird dieses Risiko/Phänomen einer erneuten fachlichen Einschätzung unterzogen. Da das Berichtblatt auf Abweichungen fokussiert, treten auch hierdurch Veränderungen im Risikobereich sichtbar aktuell in den Vordergrund. (Schulungsunterlagen S. 43/44).

Im Rahmen der Prüfung ist der Begriff relevant bei den Fragen, bei denen bewertet wird, ob die Pflegeeinrichtung ein Risiko eingeschätzt hat (z.B. 11.4/T18 stationär: „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“).

Beispielsweise bei der eigenständigen Verwendung eines Rollators würden Prüfer und Einrichtung bisher zu dem Ergebnis kommen, dass kein Risiko vorliegt. Wenn diese Situation z.B. in der SIS nachvollziehbar beschrieben ist, ist das Risiko auch erkannt, wenn die Einrichtung den Begriff „kompensiertes Risiko“ verwenden würde.

Wie ist damit umzugehen, wenn sich aus der Risiko-Matrix der SIS ergibt, dass Schmerzen vorliegen?

Beim Thema Schmerz wird das grundsätzliche Vorgehen zur Risikoeinschätzung durch eine Pflegefachkraft mittels der SIS (insbesondere Themenfelder und Risikomatrix) angewandt. Entscheidend ist bei dieser Thematik, ob es sich um einen akuten oder chronischen Schmerz handelt. Bei akuter Schmerzsituation kann ein Differentialassessment eingesetzt werden, bei stabiler Schmerzsituation kann das Verfahren „kompensiertes Risiko“ gewählt werden. Dies muss dann mit einer entsprechenden Erklärung im Themenfeld korrespondieren (Kontextkategorien).

Denkbar ist dabei eine Konstellation, bei der ein Pflegebedürftiger zwar angibt, chronische Schmerzen zu haben, damit aber zurecht zu kommen. In der Logik der SIS wird diese Situation als „kompensiertes Risiko“ bezeichnet. Dieses kompensierte Risiko bei Pflegebedürftigen, die an chronischen Schmerzen leiden, entspricht am ehesten dem, was im Expertenstandard zum Schmerzmanagement mit chronischen Schmerzen als „stabile Schmerzsituation“ folgendermaßen beschrieben ist:

„Eine stabile Schmerzsituation ist gekennzeichnet durch eine bestehende medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Therapie auf Basis eines Behandlungsplans, der von dem Patienten/Bewohner akzeptiert wird und aus professioneller Sicht angemessen ist. Der Patient/Bewohner ist mit der Situation zufrieden und befähigt zur Teilhabe am Alltagsleben. Eine bereits eingeleitete Schmerzbehandlung inklusive der medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen ist der Pflegefachkraft bekannt und wird, mit dem Ziel die stabile Schmerzsituation aufrechtzuerhalten, in der Pflegeprozessplanung berücksichtigt.“ (DNQP 2015, S. 28)

Insgesamt empfiehlt es sich daher, im Falle des Schmerzes eher von einer stabilen Schmerzsituation als von einem kompensierten Risiko zu sprechen.

Wann aus fachlicher Sicht darüber hinaus von einer stabilen Schmerzsituation gesprochen werden kann, ist im Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen beschrieben. (DNQP 2015, S. 28).

Das Prozesskriterium P1b des Expertenstandards sieht **initial** zunächst vor, dass auch bei stabiler Schmerzsituation ein Differentialassessment erforderlich ist. In der Kommentierung dieses Standardkriteriums ist dazu differenzierter ausgeführt, dass dieses Differential-assessment dann erforderlich ist, wenn nicht im Rahmen des Initialassessments oder durch andere Informationen der Pflegeanamnese des Patienten/Bewohners bereits die erforderlichen Informationen gewonnen wurden.

Sofern die Informationen vorliegen und die Pflegefachkraft dokumentiert hat, ob und warum die Schmerzsituation des Patienten/Bewohners als stabil bezeichnet werden kann, ist kein weiteres formales Assessment erforderlich.

Sofern die folgenden Aspekte sich nicht unmittelbar aus der Ersteinschätzung ergeben, ist eine differenzierte Schmerzerfassung

- zur Schmerzlokalisierung,
- zur Schmerzintensität,
- zur zeitlichen Dimension,
- zu verstärkenden und lindernden Faktoren,
- ggf. zu Auswirkungen auf das Alltagsleben

erforderlich.

Der Expertenstandard zum Umgang mit chronischen Schmerzen gibt für Pflegebedürftige mit einer stabilen Schmerzsituation zum weiteren Verlauf im Sinne der Steuerung des Prozesses entsprechende Hinweise (DNQP 2015, S. 33, 51).

Auch bei einer **im Verlauf** erforderlich werdenden Schmerzeinschätzung umfasst diese die oben genannten Kriterien (Lokalisation, Intensität, zeitliche Dimension, verstärkende/lindernde Faktoren, ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben). Stellt sich im Rahmen der erneuten Schmerzeinschätzung heraus, dass die Situation stabil ist, der Pflegebedürftige unter der Schmerztherapie mit der Situation gut zurecht kommt und ein individuell akzeptables Schmerzausmaß nicht überschritten wird, kann im Einzelfall ggf. auf eine vollständige Erhebung der Kriterien verzichtet werden.

Wo sind Risiken zur Flüssigkeitsversorgung zu erfassen?

Analog der Prozessebene P1 des Expertenstandards „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ sollten in den Themenfeldern der SIS in Verbindung mit der Risikomatrix unter „Ernährung“ die Risikoerkennung der Flüssigkeitsversorgung mit eingeschätzt werden.

Im Feld C2 im stationären Bereich ist bei allen sechs Risikobereichen – im Gegensatz zur SIS ambulant – eine Ankreuzoption „Beratung“ nicht vorgesehen. Wie ist damit umzugehen, dass laut Expertenstandard auch im stationären Bereich eine Beratung erforderlich sein kann?

Aus dem Fehlen der Ankreuzoption „Beratung“ im stationären Bereich kann nicht der Schluss gezogen werden, dass keine Beratung im stationären Bereich notwendig ist. Unabhängig vom genutzten Dokumentationssystem ist im Rahmen der Prüfung entscheidend, dass eine im Einzelfall erforderliche Beratung nachvollziehbar ist.

Aufgrund der spezifischen Situation in der ambulanten Pflege sind in der Risikomatrix Ankreuzfelder für die Beratung vorgesehen. Die Beratung und das Ergebnis müssen laut Handlungsanleitung nachvollziehbar sein.

Wie ist damit umzugehen, wenn die Erfassung von Einschränkungen, Ressourcen, Fähigkeiten in der SIS nicht ausreichend erfolgt?

Auch bei Anwendung der SIS bzw. des Strukturmodells sind Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten zu erfassen und bei der Maßnahmenplanung zu berücksichtigen. Dies ergibt sich u.a. aus den Informations- und Schulungsunterlagen (S. 19).

Hinweis: Wir überprüfen nicht die korrekte Umsetzung der SIS, sondern, ob die individuellen pflege-relevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst wurden.

Genügt, um die Prüffrage 14.2 „ Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?“ positiv zu bewerten, die Anwendung der SIS oder ist eine gesonderte Biografieerhebung erforderlich?

Die Strukturierung der SIS ermöglicht es, dass alle Lebensbereiche sowie biografische Aspekte der pflegebedürftigen Person angesprochen werden und diese aus fachlicher Sicht eingeordnet und dokumentiert werden können. Eine gesonderte Biografieerhebung ist nicht notwendig.

4.2 Maßnahmenplanung

Im Strukturmodell stellt die Maßnahmenplanung das zweite Element des Pflegeprozesses dar.

Stationär

Die Erkenntnisse aus der Strukturierten Informationssammlung (SIS) bilden die Grundlage für die individuelle Maßnahmenplanung. So umfasst die Maßnahmenplanung u.a. Maßnahmen, die sich aus dem Erstgespräch in Verbindung mit den wissenschaftsbasierten Themenfeldern und dem sechsten Themenfeld (Wohnen/Häuslichkeit) ergeben. Weiterhin sind die Ergebnisse, die aus der Risikomatrix resultieren, zu berücksichtigen. So sind die einzuleitenden Maßnahmen mit messbaren Hinweisen (z.B. Beobachtung des Sturzrisikos unter Berücksichtigung der kognitiven Beeinträchtigungen in den nächsten zwei Tagen, Handlungsanleitung 1.1 S. 34) im dafür vorgesehenen Feld für die Evaluation als Ergebnis dieser Risikoeinschätzung eindeutig festzuhalten. Schlussendlich fließen die Sichtweisen, Bedürfnisse und Vorgaben der pflegebedürftigen Person ein.

In der Maßnahmenplanung werden Aussagen z.B. zur Alltagsgestaltung der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung und zu weiteren Absprachen getroffen. Maßnahmen der Behandlungspflege werden mit dem dazu ggf. erforderlichen Risikomanagement erfasst. Die Maßnahmenplanung hat die interprofessionelle Begleitung der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen; sie hat somit auch eine koordinierende Funktion. Hinweise zu Prophylaxen finden in die Maßnahmenplanung (Element 2) Eingang.

Neu ist, dass keine Organisation der Planung z.B. nach den Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDLs) erfolgt. Auch bei der Anwendung des Strukturmodells durchläuft die Pflegefachkraft einen gedanklich-fachlichen Prozess unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der SIS (Welche Ressourcen und Probleme sind vorhanden? Welche Zielsetzungen sind anzustreben?). *„Auch wenn im Strukturmodell nicht explizit Ziele dokumentiert werden, sind sie Teil des professionellen Denkens und der Evaluation!“* (Handlungsanleitung Version 1.1 S. 13).

„Das Ergebnis dieses Prozesses spiegelt sich in Form konkreter Maßnahmen wider, ohne dass die übrigen Zwischenschritte verschriftet werden. Letztlich entscheidend für das angestrebte Ergebnis ist die Darstellung der im Einzelfall bewohnerbezogenen wichtigen Maßnahmen.“ (Handlungsanleitung Version 1.1 S. 13).

Die Maßnahmenplanung hat zum Ziel, die wesentlichen Maßnahmen der Pflege und Betreuung für den Tagesablauf und die Nacht abzubilden. Sofern sinnvoll, kann mit fixen Zeiten und variablen Zeitkorridoren gearbeitet werden. Handlungsleitend ist, ob aus fachlicher Sicht oder auf Wunsch der zu pflegenden Person bestimmte Leistungen zu einem fixen Zeitpunkt erbracht werden müssen oder sollen.

Täglich mehrfach wiederkehrende Maßnahmen, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden, sind nur einmal zu beschreiben und werden dann mit einem Kürzel in der Tagesstruktur eingepflegt. Wichtig ist, dass der Ablauf der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung übersichtlich und nachvollziehbar einmal dargestellt ist.

Die Handlungsanleitung 1.1 sieht noch drei wesentliche Wahlmöglichkeiten sowie eine vierte Kombinationsvariante zur Gestaltung der Maßnahmenplanung vor:

- Variante 1 – Tagesstruktur kompakt: Die alltäglichen pflegerischen Handlungen strukturieren sich gemäß den Themenfeldern.
- Variante 2 – Tagesstruktur ausführlich: Der gesamte Tagesablauf wird in der zeitlichen Reihenfolge beschrieben.
- Variante 3 – Leistungsbezogen ohne Tagesstruktur: Die Zuordnung der Maßnahmen zu den Themenfeldern erfolgt ohne Zeitangaben.
- Variante 4 (Mix aus Variante 1 und Variante 2) – Ausführliche Beschreibung des Tagesablaufs: Regelmäßig wiederkehrende Handlungen werden nur einmalig beschrieben und im Weiteren mittels Kürzel in die Planung eingebunden.

Nach Auskunft des Projektbüros hat sich die Variante 3 (Leistungsbezogen ohne Tagesstruktur) in der Praxis nicht durchgesetzt. In den Informations- und Schulungsunterlagen 1.0 wird aus diesem Grunde diese Variante nicht mehr dargestellt.

Ambulant

Wesentliches Unterscheidungsmerkmal im Vergleich zur stationären Maßnahmenplanung ist die Orientierung der Planung an Art und Umfang der vertraglich vereinbarten Leistungen und den Informationen aus dem Erstgespräch. Weiterhin ist die erfolgte Beratung zu bestehenden Risiken zu dokumentieren. Der Umfang der Bereiche, die es zu berücksichtigen gilt, richtet sich nach der individuellen Situation der zu pflegenden Person und soll sich ausdrücklich nicht nach einer schematischen Erfassung aller erdenklichen Bereiche richten.

Im Modellprojekt haben sich zwei Muster zur Gestaltung der Maßnahmenplanung herausgebildet:

- Die sechs Themenfelder werden zur Strukturierung der Maßnahmenplanung genutzt und können zusätzlich mit den Nummern der jeweiligen Leistungskomplexe verschränkt werden. Ergänzt wird eine Spalte zur Evaluation. Auf dieser Basis erfolgt die individuelle Maßnahmenplanung.
- Die Beschreibung des jeweiligen Einsatzes erfolgt ausführlich oder knapp mit allen individuellen persönlichen und sächlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich.

Ergänzungsblätter/Zusatzbögen (stationär und ambulant)

Es kann in bestimmten Situationen erforderlich sein (z.B. akute, sich stark verändernde und problematische Situationen wie der Umgang mit ungewolltem Gewichtsverlust, Sturzrisiken oder Kontinenzprobleme), dass Ergänzungsblätter bzw. Zusatzbögen eingesetzt werden müssen. Die Pflegeeinrichtung muss im Rahmen des internen Qualitätsmanagements Regelungen treffen, in welchen Fällen und wie lange entsprechende Zusatzdokumente zu verwenden sind bzw. Aussagen zum Evaluationsrhythmus machen.

4.2.1 Häufig gestellte Fragen zur Maßnahmenplanung auf Grundlage der Strukturierten Informationssammlung (SIS)

Wie ist mit Variante 3 der Maßnahmenplanung (Leistungsbezogen ohne Tagesstruktur) umzugehen?

In der Handlungsanleitung werden, wie bereits unter Kapitel 4.2 genannt, verschiedene Wahlmöglichkeiten für die Maßnahmenplanung beschrieben. An dieser Stelle wird nur auf die dritte Variante eingegangen:

„Variante 3 – Leistungsbezogen ohne Tagesstruktur: Die Angebote/Maßnahmen werden den Themenfeldern ohne Zeitangaben zugeordnet. Hier kann jede Pflegeeinrichtung mit ihrem Team das eigene Vorgehen entwickeln und entlang der einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen und Zielgruppen die gebotenen Strukturen und Prozesse gestalten.“

Schlussendlich obliegt die Verantwortung für die Qualität und die richtige Durchführung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen den Pflegefachkräften. Die durchzuführende Pflegemaßnahme muss auch bei Anwendung der SIS in jedem Fall so konkret beschrieben sein, dass Art, Umfang und Durchführung handlungsleitend und nachvollziehbar dargestellt sind.

Wie oben bereits dargestellt, wird es in der Praxis voraussichtlich selten oder gar nicht vorkommen, dass Pflegeeinrichtungen sich für diese dritte Variante entscheiden werden. In den Schulungsunterlagen wird sie nicht mehr dargestellt (Schulungsunterlagen, S. 51).

Unabhängig von der angewandten Variante muss eine Planung das pflegerische Handeln nachvollziehbar und schlüssig abbilden.

Hinweis: Wir prüfen die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit von geplanten Maßnahmen im Rahmen der Fragen der Prüfanleitungen. Es ist nicht Aufgabe der Prüfteams der Medizinischen Dienste, Empfehlungen hinsichtlich der zu treffenden Wahl einer der genannten Varianten der Maßnahmendarstellung gegenüber einer Pflegeeinrichtung auszusprechen.

Bedeutung der „Immer-so-Beweise“/„Immer-so-Routinen“ eine Rückkehr zu den Pflegestandards?

In den Schulungsunterlagen wird der Begriff der „Immer-so-Routine“ nicht mehr verwendet: „QM und Pflegemanagement sorgen durch die Festlegung von einer überschaubaren Anzahl von prinzipiellen „Immer-so-Leistungsbeschreibungen“ (z.B. Morgenpflege oder Begleitung zum Zubettgehen) dafür, dass die dort festgelegten Grundsätze gelten und nicht noch einmal in der Pflegedokumentation des einzelnen Nutzers situativ beschrieben werden müssen, wenn sie entsprechend durchgeführt werden. Wichtig ist, dass jeder Träger/jede Einrichtung hier eine passende Form findet – mit dem klaren Ziel, die Pflegenden von unnötigem Schreibaufwand zu entlasten.“ (Handlungsanleitung 1.1, S. 17).

„Unterstützende oder pflegerische Maßnahmen, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden (z.B. Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form), sind nur einmal zu beschreiben und werden dann mit einem Kürzel in der Tagesstruktur eingepflegt. Entscheidend ist, dass der routinemäßige und wiederkehrende Ablauf in der grundpflegerischen Versorgung [...] nachvollziehbar einmal dargestellt ist.“ (Handlungsanleitung Version 1.1, S. 13/14). Dies bedeutet, dass eine individuelle Planung die zu erbringenden Maßnahmen handlungsleitend widerspiegelt. Insbesondere bei der Anwendung standardisierter Handlungen müssen individuelle Besonderheiten bzw. Abweichungen deutlich werden.

Hinweis: Wir überprüfen, ob die Maßnahmenplanung der angebotenen Pflege und Betreuung auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person ausgerichtet ist. In der Maßnahmenplanung ist dies knapp, verständlich und so zu beschreiben, dass alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen sich daran orientieren können. Damit ein Gesamtbild der pflegerischen Versorgungssituation entsteht, kann es ggf. erforderlich sein, die hinterlegten Verfahrensanleitungen zu immer wiederkehrenden Handlungen in der Grundpflege und Betreuung einzusehen.

Wie ist mit Maßnahmen umzugehen, die nicht täglich zu erbringen (z.B. soziale Betreuung, Baden/Duschen) und ggf. wechselnden Inhalts sind (z.B. in der ersten Woche soziale Betreuung Singen, in der zweiten Woche wird handwerkliches Gestalten angeboten und in der dritten Woche ein Ausflug)?

An mehreren Stellen spricht die Handlungsanleitung von routinemäßig wiederkehrenden Maßnahmen (z.B. Handlungsanleitung Version 1.1, S. 13, 14 und 17). Hierzu ein Zitat aus der Handlungsanleitung Version 1.1, S. 14:

„Entscheidend ist, dass der routinemäßige und wiederkehrende Ablauf in der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung übersichtlich und zur schnellen Orientierung nachvollziehbar einmal dargestellt ist.“

Sofern ein Maßnahmenplan bei nicht täglich wiederkehrenden Maßnahmen (z.B. Baden/Duschen, wechselndes Angebot sozialer Betreuung) keine konkreten Aussagen zum geplanten Tag der Durchführung enthält oder Maßnahmen inhaltlich nicht differenziert geplant sind, sind folgende Beispiele zu beachten:

- **Beispiel 1:** In der Maßnahmenplanung ist ein zweimal wöchentliches Baden ohne Angabe konkreter Wochentage festgelegt. Damit für die Pflegeeinrichtung nachvollziehbar ist, dass dieser Plan eingehalten wird, ist z.B. im Pflegebericht die Durchführung zu dokumentieren.
- **Beispiel 2:** In der Maßnahmenplanung ist ein zweimal wöchentliches Baden am Dienstag und Donnerstag angegeben. In diesem Fall ist nur bei Abweichungen von der Planung ein Hinweis im Pflegebericht erforderlich.
- **Beispiel 3:** In der Maßnahmenplanung ist täglich eine 10-Minuten-Aktivierung ohne nähere Erläuterungen geplant. Im Berichteblatt sind der konkrete Inhalt der jeweils durchgeführten 10-Minuten-Aktivierung und ggf. deren tagesaktuelle Ereignisse während der Aktivität zu dokumentieren.

Wie ist mit Pflegedokumentationen umzugehen, in denen das gesamte Spektrum möglicher Leistungen, z.B. zur sozialen Betreuung, geplant ist, unabhängig davon, ob sie individuell angemessen sind oder nicht?

Nach Angaben von Prüfern argumentieren Einrichtungen, die so vorgehen, dass ein „Zuviel“ an Maßnahmen sich im Falle einer Prüfung günstiger auswirken würde als ein „Zuwenig“.

Die Frage bezieht sich sowohl auf Einrichtungen, die das Strukturmodell anwenden als auch auf Einrichtungen mit herkömmlichem Dokumentationsverfahren. In beiden Fällen ist eine Planung fachlich nicht akzeptabel, bei der automatisiert Leistungen aufgenommen werden, die a) nicht individuell geeignet sind und b) auch nicht durchgeführt werden. Grundsätzlich gilt: Geplante Maßnahmen müssen für die pflegebedürftige Person relevant und angemessen sein, anderenfalls sind diese nicht in die Planung einzubeziehen.

Unter Berücksichtigung der Prüfkriterien und der relevanten Ausfüllanleitungen ist in der ambulanten wie in der stationären Pflege bei entsprechenden Fallkonstellationen eine negative Bewertung der Kriterien in Erwägung zu ziehen, wenn dies auf der Grundlage der Ausfüllanleitung zu den entsprechenden Prüfkriterien möglich ist.

- **Beispiel:** Bei Frage 14.5/T40 stationär „Werden bei Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?“ sollen nach der Ausfüllanleitung Angebote gemacht werden, die den Bedürfnissen des ausgewählten Bewohners entsprechen. Unangemessen wären z.B. Mitwirkung an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bei Bewohnern, die weder motorisch noch kognitiv in der Lage sind, diese Angebote in Anspruch zu nehmen oder Gedächtnistraining bei schwerster Demenz. Auch wenn zusätzlich noch geeignete Angebote gemacht werden, ist eine negative Bewertung der Prüffrage im Einzelfall möglich.

Darüber hinaus sollte das Vorgehen im Freitext der Erhebungsbögen zur Prüfung bei den Bewohnern bzw. Pflegebedürftigen dargestellt werden.

Mit welchem Detaillierungsgrad sind notwendige prophylaktische Pflegemaßnahmen planerisch darzustellen?

Die Maßnahmenplanung muss auf die jeweilige pflegebedürftige Person angepasst und handlungsleitend sein. Dies gilt auch für Prophylaxen.

4.3 Durchführung (Verlaufsdokumentation, Durchführungsnachweise, Abweichungen, Bericht)

Im Strukturmodell wird das Berichtblatt der Intervention (dritte Phase des Pflegeprozesses) zugeordnet. Der Bericht fokussiert auf Abweichungen von geplanten Maßnahmen und pflegefachlichen Beobachtungen. Voraussetzung für diese Vorgehensweise ist die korrekte Anwendung der SIS und eine person-zentrierte, handlungsleitende Maßnahmenplanung.

Entsprechend der Handlungsanleitung ist festgelegt, dass die Durchführung der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der Grundpflegerischen Versorgung und Betreuung, Zwischenschritte und Selbstverständlichkeiten nicht dokumentiert werden müssen.

Diesbezüglich wird prospektiv dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement eine besondere Verantwortung zuteil. Qualitäts- und Pflegemanagement sind unter Berücksichtigung der Einrichtungsspezifika verantwortlich für die festzulegenden Verfahrensanleitungen und sorgen dafür, dass die Gültigkeit der festgelegten Grundsätze gewährleistet ist und diese nicht zusätzlich noch einmal in der Pflegedokumentation beschrieben werden müssen, wenn sie entsprechend durchgeführt werden.

Die Vorgehensweise bezüglich der Dokumentation behandlungspflegerischer Leistungen bleibt unverändert (Handlungsanleitung Version 1.1, S. 18), d.h., in der ambulanten wie in der stationären Pflege sind weiterhin Einzelleistungsnachweise zu führen. In der ambulanten Pflege sind auch für die vereinbarten und erbrachten Leistungen im Rahmen des SGB XI Einzelleistungsnachweise weiterhin erforderlich.

4.3.1 Häufig gestellte Fragen zur Durchführung (Verlaufsdokumentation, Durchführungsnachweise, Abweichungen, Bericht)

Müssen Durchführungsnachweise für Prophylaxen geführt werden?

Aufgrund eines rechtskräftigen Urteils zur Dekubitusprophylaxe besteht derzeit die allgemeine Verpflichtung zum Führen eines Bewegungsprotokolls. Der an der Erstellung der Handlungsanleitung 1.1 beteiligten juristischen Expertengruppe sind keine Urteile bekannt, nach denen auch für andere Prophylaxen Einzelleistungsnachweise erforderlich sind. Neben der Dokumentationspflicht für die Dekubitusprophylaxe wird in den Informations- und Schulungsunterlagen 1.0 (S. 56) auch bei einzelnen individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements (z.B. Trink- und Ernährungsprotokolle) die Erforderlichkeit von Einzelleistungsnachweisen fallbezogen gesehen. In den Informations- und Schulungsunterlagen 1.0 (S. 56) wird angekündigt, dass der Frage nach Dokumentationspflichten für Prophylaxen noch einmal nachgegangen werden soll. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der **Version 3** der „Ergänzenden Erläuterungen“ lagen hierzu keine aktuelleren Informationen vor.

Wie ist mit den Fragen zum angemessenen Ernährungszustand (Frage 12.9/T9) sowie zur angemessenen Flüssigkeitsversorgung umzugehen (Frage 12.10/T12)?

Ergibt die Inaugenscheinnahme, dass die Ernährung bzw. Flüssigkeitsversorgung nicht angemessen sind und es finden sich hierzu keine Begründungen in der Pflegedokumentation, sind die Fragen mit „Nein“ zu beantworten.

Wie kann die Kontinuität der Pflege überprüft werden, wenn keine Einzel-, Sammelleistungsnachweise mehr geführt werden (Frage 16.4/T31)?

Laut QPR ist die Frage „[...] mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Bewohner während des Dienstes (Früh-, Spät-, Nachtdienst) von einem überschaubaren Pflegeteam über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) versorgt wird. Das Kriterium wird anhand der Pflegedokumentation oder der Dienstplanung überprüft.“

In den Informations- und Schulungsmaterialien 1.0 wird die Frage, ob trotz des Verzichtes auf Einzelleistungsnachweise für regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der grundpflegerischen Versorgung nachvollziehbar sein muss, wer die jeweilige Maßnahme erbracht hat, aus haftungsrechtlicher Sicht eindeutig verneint (S. 62 f.).

Sofern das Kriterium nicht anhand der Pflegedokumentation (z.B. Leistungsnachweise, Pflegebericht) oder der Dienstplanung überprüft werden kann, wird vorgeschlagen, im Sinne einer Datentriangulation beispielsweise die verantwortliche Pflegefachkraft oder die Wohnbereichsleitung zu befragen, wie die Kontinuität der pflegerischen Versorgung sichergestellt wird. Anhand dieser Angaben kann in aller Regel die Umsetzung beurteilt werden.

Wie ist mit den Fragen zur angemessenen Körperpflege (Frage 15.2/T29) und zur angemessenen Mund- und Zahnpflege (Frage 15.4/T30) umzugehen?

Ergibt die Inaugenscheinnahme, dass die Körperpflege bzw. die Mund- und Zahnpflege nicht angemessen sind und es finden sich hierzu keine Begründungen in der Pflegedokumentation, sind die Fragen mit „Nein“ zu beantworten.

4.4 Evaluation

Im Strukturmodell ist die Evaluation das vierte Element bzw. die vierte Phase des Pflegeprozesses. Sie soll in fachlich angemessenen Abständen, in Abhängigkeit von stabilen/instabilen Gesundheitssituationen und individuellen Pflegebedarfen durchgeführt werden.

Es ist Aufgabe des internen Qualitätsmanagements, Festlegungen zu treffen, in welchen Situationen bzw. zeitlichen Abständen eine Evaluation durchzuführen ist.

4.4.1 Häufig gestellte Fragen zur Evaluation

Sollte durchgängig und obligatorisch erkennbar sein, wenn im Rahmen der Evaluation Ergänzungen und/oder Änderungen an den drei anderen Elementen vorgenommen wurden?

Die Handlungsanleitung Version 1.1, S. 23–24 besagt, dass die SIS bei Veränderungen des Zustandes situationsbedingt (Klinikaufenthalt mit gravierenden gesundheitlichen Veränderungen) entweder komplett erneut ausgefüllt (Folgegespräch) oder in einzelnen Themenfeldern situationsbedingt evaluiert und die Maßnahmenplanung entsprechend angepasst wird. Nachträgliche Eintragungen in der SIS bei papiergestützter Pflegedokumentation müssen immer mit Datum und einem Kürzel der Pflegefachkraft versehen werden (Informations- und Schulungsunterlagen 1.0, S. 26). Auch bei EDV-gestützten Dokumentationssystemen müssen nachträgliche Eintragungen in der SIS nachverfolgbar sein.

Wie ist mit der Frage 14.6/T36 „Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?“ umzugehen?

Der Anleitung zur Prüffrage kann entnommen werden, dass sich die Frage auf Hinweise zum Wohlbefinden bzw. zum Unwohlsein bezieht. Beobachtungen bzw. Hinweise zum Wohlbefinden bzw. Unwohlsein können z.B. im Berichteblatt vermerkt und damit als Grundlage für die Maßnahmenplanung bzw. für einzuleitende Verbesserungsmaßnahmen herangezogen werden.

In welchen Abständen kann/soll die Evaluation erfolgen bzw. in welchen Abständen wird eine Evaluation empfohlen?

Es gibt keine pflegewissenschaftlich allgemeingültig begründbaren Festlegungen zu Evaluationsintervallen, daher sollte das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement regeln, in welchem Zeitrahmen und in welcher Form routinemäßige Evaluationen (z.B. der SIS und Maßnahmenplanung) erfolgen sollen. Darüber hinaus muss die Einrichtung festlegen, dass Evaluationsintervalle bei stabilen Pflegesituationen mit längerem Zeitraum ohne Eintragungen im Berichteblatt erfolgen sollen.

Literatur

Beikirch E. (2014): Entwicklung einer Implementierungsstrategie (IMPS) zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Berlin

BMG (Hrsg.) (2015), Beikirch E., Kämmer K., Roes M.: Handlungsanleitung (Version 1.1) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär) der integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der Matrix zur Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. Berlin

BMG (Hrsg.) (2014): Abschlussbericht Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Berlin, Witten

DNQP (Hrsg.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Osnabrück.

DNQP (2013): Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Arbeitstexte zur Konsensuskonferenz 11. Oktober 2013. Osnabrück.

DNQP (Hrsg.) (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)

Projektbüro Ein-STEP (Hrsg.) (2015), Beikirch E. et al.: Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen, Version 1.0. Berlin

World Health Organization Regional Office for Europe (1987): People's needs for nursing care, A European study. Kopenhagen

Anlage

Hinweise zur Beantwortung von Prüffragen, zu denen aus der MDK-Gemeinschaft Umsetzungsfragen gestellt worden sind

Nr.	Prüffrage	Hinweis
10.7/T13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	Insgesamt empfiehlt es sich, im Falle des Schmerzes eher von einer stabilen Schmerzsituation als von einem kompensierten Risiko zu sprechen. Weitere Ausführungen zu dieser Frage finden sich auf Seite 17 ff.
12.9/T9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	Ergibt die Inaugenscheinnahme, dass die Ernährung nicht angemessen ist und finden sich hierzu keine Begründungen in der Pflegedokumentation, ist die Frage mit „Nein“ zu beantworten.
12.10/T12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	Ergibt die Inaugenscheinnahme, dass die Flüssigkeitsversorgung nicht angemessen ist und finden sich hierzu keine Begründungen in der Pflegedokumentation, ist die Frage mit „Nein“ zu beantworten.
14.2/T33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	Die Anwendung eines gesonderten Biografiebogens ist nicht erforderlich. Die pflegerelevanten biografischen Angaben können in den Themenfeldern der SIS dokumentiert sein.
14.6/T36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	Der Anleitung zur Prüffrage kann entnommen werden, dass sich die Frage auf Hinweise zum Wohlbefinden bzw. zum Unwohlsein bezieht. Beobachtungen bzw. Hinweise zum Wohlbefinden bzw. Unwohlsein können z.B. im Pflegebericht vermerkt und damit als Grundlage für die Maßnahmenplanung bzw. für einzuleitende Verbesserungsmaßnahmen herangezogen werden.

15.2/T29	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	Ergibt die Inaugenscheinnahme, dass die Körperpflege nicht angemessen ist und finden sich hierzu keine Begründungen in der Pflegedokumentation, ist die Frage mit „Nein“ zu beantworten.
15.4/T30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	Ergibt die Inaugenscheinnahme, dass die Mund- und Zahnpflege nicht angemessen ist und finden sich hierzu keine Begründungen in der Pflegedokumentation, ist die Frage mit „Nein“ zu beantworten.
16.4/T31	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	Sofern das Kriterium nicht anhand der Pflegedokumentation (z.B. Leistungsnachweise, Pflegebericht) oder der Dienstplanung überprüft werden kann, wird vorgeschlagen, im Sinne einer Datentriangulation beispielsweise die verantwortliche Pflegefachkraft oder die Wohnbereichsleitung zu befragen, wie die Kontinuität der pflegerischen Versorgung sichergestellt wird. Anhand dieser Angaben kann in aller Regel die Umsetzung beurteilt werden.
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	Wenn die Informationssammlung, Risikoeinschätzung oder Maßnahmenplanung nicht durch eine Pflegefachkraft durchgeführt worden ist, ist die Frage mit „Nein“ zu beantworten.