



Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
sowie Bevollmächtigter für Pflege

EinSTEP



Einführung des Strukturmodells
zur Entbürokratisierung der
Pflegedokumentation

Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen

Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Version 1.0)

Bundesweite Implementierungsstrategie (IMPS) 2015

Kontakt:

T +49 30 230 809 9841
projektbuero@ein-step.de

Projektbüro Ein-STEP
c/o IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.ein-step.de

Berlin, April 2015

Impressum:**Projektbüro Ein-STEP c/o IGES Institut GmbH****Friedrichstraße 180****10117 Berlin****Erstellt im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann. Die urheberrechtlichen Nutzungsrechte liegen beim Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.****Autoren: Elisabeth Beikirch, Ellen Fährmann, Sabine Hindrichs, Anke Schulz, Susette Schumann, Kerstin Triftshäuser, Sabrina Umlandt-Korsch.****In Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen aus dem Praxistest: Cornelia Albrecht, Mona Frommelt, Frank Gruhle, Andreas Kutschke, Anja Rähke, Petra Schülke.****Fachwissenschaftliche Beratung: Prof. Dr. Martina Roes und Prof. Dr. Andreas Büscher.****Juristischer Exkurs: Dr. Alexandra Jorzig, Dr. Karlheinz Börner und Dr. Markus Plantholz.**

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 des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann, in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden der Einrichtungs- und Kostenträger auf Bundes- und Landesebene, den Prüfinstanzen und den Ländern.

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

- Das Strukturmodell ist 2013/14 von 25 stationären und 31 ambulanten Pflegeeinrichtungen in einem Praxistest erfolgreich erprobt worden.
- Auf Grundlage der Ergebnisse des Praxistests wurde eine „Handlungsanleitung zur praktischen Anwendung des Strukturmodells ...“ erstellt.
- Für die Planung und Steuerung der bundesweiten Einführung des Strukturmodells wurde unter Mitwirkung aller relevanten Instanzen eine bundesweite Implementierungsstrategie (IMPS) entwickelt.

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/>.

Umsetzung der Implementierungsstrategie durch das Projektbüro des Pflegebevollmächtigten

Für die Umsetzung der Implementierungsstrategie hat der Pflegebevollmächtigte zum Jahresbeginn 2015 das Projektbüro „Ein-STEP“ (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) eingerichtet (www.ein-step.de). Ziel ist es, im Laufe eines Jahres etwa ein Viertel der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland für die Teilnahme an dem Einführungsprojekt zu gewinnen.

Das Projektbüro ist für die zentrale Koordinierung und Steuerung der bundesweit angelegten Aktivitäten zur Einführung des Strukturmodells verantwortlich. Es arbeitet u.a. eng mit allen Verbänden der Pflegebranche zusammen, die sich für die Verbreitung in der Fläche engagieren und den Pflegeeinrichtungen ihrerseits weitere Informationen und Unterstützungsangebote vermitteln.

Die Implementierungsstrategie sieht eine Vorgehensweise nach dem „Schneeball-Prinzip“ vor:

- Im ersten Schritt werden durch das Projektbüro ab März/April 2015 sogenannte **Multiplikatoren** geschult. Dabei handelt es sich um Personen, die von den Verbänden der Pflegebranche benannt werden.
- Die Multiplikatoren/innen haben die Aufgabe, anschließend auf regionaler Ebene ihrerseits Schulungen für die Träger und Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zu organisieren bzw. durchzuführen. Die Multiplikatoren/innen sind somit gewissermaßen die „Know-how-Träger“ zum Strukturmodell vor Ort.
- Das Projektbüro unterstützt die Multiplikatoren/innen durch fünf **Regionalkoordinatorinnen**. Die Regionalkoordinatorinnen führen in ihren jeweiligen Bundesländern die Multiplikatoren/innen-Schulungen durch und halten anschließend den Kontakt zu ihren Multiplikatoren/innen. Sie sollen im weiteren Verlauf der Implementierung auftauchende Fragen, Probleme und Anregungen sammeln, damit das Projektbüro über seine Website möglichst zeitnah ergänzende Informationen für alle Teilnehmer der Einführung bereitstellen kann.
- Parallel zu den Schulungen der Multiplikatoren/innen der Verbände erfolgen entsprechende Informations- und Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen der **Prüfinstanzen** (MDK, Prüfdienst der Privaten, Heimaufsichten). Diese Schulungen werden unter der Federführung des MDS und der MDK Gemeinschaft sowie in Zusammenarbeit mit den Ländern und dem Projektbüro durchgeführt.

Informations- und Schulungsunterlagen für Multiplikatoren/innen

Ein zentraler Meilenstein des Einführungsprojekts ist die Entwicklung der bundesweit einheitlichen Schulungsunterlagen, die Sie in den Händen halten. Diese Unterlagen sind Grundlage für alle in Verantwortung bzw. unter Beteiligung des Projektbüros stattfindenden Schulungen zur Einführung des Strukturmodells.

Die Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege wurden auf der Grundlage der bereits vorliegenden Handlungsanleitung zum Strukturmodell (Version 1.1) sowie unter Mitwirkung von Teilnehmern aus dem Praxistest entwickelt. Ferner wurde fachwissenschaftliche und juristische Expertise hinzugezogen.

Im März 2015 wurden die Unterlagen in einer Pilotserie von Schulungen erprobt. In die nun vorliegende Version 1.0 der Schulungsunterlagen sind Erkenntnisse der Regionalkoordinatorinnen sowie zahlreiche Hinweise der Teilnehmer/innen der Pilot-Schulungen eingeflossen. Ferner wurde das Programm der zweitägigen Schulungsveranstaltungen auf die schriftlichen Materialien abgestimmt.

Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, um die bundesweiten Multiplikatoren-Schulungen entsprechend der vom Lenkungsgremium des Projekts verabschiedeten Implementierungsstrategie durchzuführen: Es liegen verbindliche Schulungsunterlagen vor und die Durchführung der Multiplikatoren-Schulungen erfolgt nach einheitlichem Konzept durch die Regionalkoordinatorinnen des Projektbüros.

Aufbau und Nutzung der Schulungsunterlagen

Ziel der zweitägigen Schulungen von Multiplikatoren/innen durch das Projektbüro ist es, in dem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen bei allen Teilnehmern einerseits ein vertieftes Verständnis des Strukturmodells zu erreichen und andererseits die Multiplikatoren/innen in die Lage zu versetzen, ihr eigenes Vorgehen bei der weiteren Unterstützung und Schulung von Pflegeeinrichtungen an den vermittelten inhaltlichen Prinzipien auszurichten.

Die Multiplikatoren/innen kommen aus unterschiedlichen beruflichen Kontexten – Verband, Bildungsträger, zentrales Pflege- und Qualitätsmanagement etc. – und werden im weiteren Verlauf ihrer Tätigkeit unterschiedliche Aufgaben und Rollen wahrnehmen. Diese Vielfalt von Verantwortungsbereichen und auch Professionen der Schulungsteilnehmer stellt gleichzeitig eine Herausforderung und eine Bereicherung dar.

Das vorliegende Schulungskonzept legt den Schwerpunkt daher auf die Vermittlung der Grundprinzipien des Strukturmodells sowie auf unterstützende Hinweise zum (innerbetrieblichen) Management des Einführungsprozesses. In der nächsten Stufe werden die Multiplikatoren/innen eigene Unterlagen und Konzepte entwickeln, wie sie das in den Schulungen erworbene Know-how an ihre jeweiligen Zielgruppen weitergeben. Die Schulungsunterlagen für Multiplikatoren/innen sollten dabei zum Ausgangspunkt genommen und soweit erforderlich an die besonderen Bedürfnisse angepasst werden.

Die Schulungsunterlagen gliedern sich in acht – teilweise nochmals unterteilte – Themen:

- Grundprinzipien und Aufbau der Strukturmodelle für die ambulante bzw. stationäre Pflegedokumentation (Thema 1)

- Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person, Konzept der Strukturierten Informationssammlung, Themenfelder und Matrix zur Risikoeinschätzung (Thema 2, unterteilt in drei Abschnitte)
- Prinzipien der Maßnahmenplanung und fachliche Entscheidungen von Pflegefachkräften bei der Evaluation (Thema 3)
- Grundsätze des Umgangs mit der veränderten Funktion des Berichtsblatts (Thema 4)
- Aspekte der rechtlichen Einordnung der neuen Dokumentationspraxis und Herausforderungen für das Pflege- und Qualitätsmanagement bei der Unterstützung der veränderten Pflegedokumentation (Thema 5, unterteilt in zwei Abschnitte)
- Vorbereitung von Pflegeeinrichtungen auf die Einführung des Strukturmodells (Thema 6)
- Innerbetriebliches Management des Einführungsprozesses (Thema 7)
- Funktion und Aufgaben der Multiplikatoren/innen/innen und der Regionalkoordinatorinnen (Thema 8)

Die Themen 6 und 7 haben eher exemplarischen Charakter und die Darstellungen von Handlungserfordernissen für die direkte betriebliche Ebene erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das Projektbüro hat in diesen beiden Kapiteln die bisherigen Erfahrungen bei der Umsetzung des Strukturmodells aus der Praxis einfließen lassen. Sie müssen von den jeweils handelnden Personen im Verband, in einer Bildungseinrichtung oder einer Pflegeeinrichtungen 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 sein wird.

Kontinuierliche Rückmeldung und Unterstützung durch das Projektbüro

Das Projektbüro ist im Dialog mit den geschulten Multiplikatoren/innen und beteiligten Bildungsträgern interessiert zu erfahren, wie die zur Verfügung gestellten Informations- und Schulungsmaterialien im Rahmen eines eigenen didaktischen Konzepts und der speziellen pädagogischen Expertise von Bildungsträgern angepasst werden. Bei hierbei auftretenden inhaltlichen Fragestellungen zu den Prinzipien des Strukturmodells stehen die Regionalkoordinatoren und das Projektbüro zu Ihrer Unterstützung zur Verfügung.

Dies gilt auch für die Folgeangebote der Multiplikatoren/innen an die beteiligten Pflegeeinrichtungen in Form von Reflexionstreffen zum ge-

gegenseitigen Austausch der Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung sowie bei der Begleitung der Pflegeeinrichtungen.

Die Multiplikatoren/innen werden nach der Initialschulung durch ihre Regionalkoordinatoren und das Projektbüro zu einem kontinuierlichen Austausch zu fachlichen, technischen, juristischen und sonstigen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Einführung des Strukturmodells aufgefordert. Zentrales Medium wird dabei die Internetseite des Projektbüros sein (www.ein-step.de), über die die Multiplikatoren/innen mit den Regionalkoordinatoren und dem Projektbüro kommunizieren und laufend Informationen austauschen werden.

Die jeweiligen Hinweise und Fragestellungen aus den Regionen werden vom Projektbüro thematisch gebündelt und laufend bearbeitet. Mit Abschluss der bundesweiten Strategie fließen dann die vorliegenden Erkenntnisse in die Überarbeitung der Handlungsanleitung und der Schulungsmaterialien (Version 2.0) durch das Projektbüro ein.

Das Team des Projektbüros Ein-STEP wünscht Ihnen einen erfolgreichen Verlauf bei Ihrer wichtigen Aufgabe zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen in den Verbänden. Wir bieten Ihnen hierbei unsere Unterstützung an und freuen uns auf die Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch mit Ihnen.

Berlin, April 2015

Team des Projektbüros Ein-STEP

Inhalt

Einführung	3
Thema 1: Die vier Elemente des Strukturmodells (ambulant/stationär) als Grundlage zur Umstellung der Pflegedokumentation	13
Zielsetzung	13
Allgemeines	13
Die Grundprinzipien des Strukturmodells:	14
Zum Hintergrund	23
Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS ambulant/stationär), Perspektive der pflegebedürftigen Person, Themenfelder und Matrix zur Risikoeinschätzung (Teil 1)	25
Zielsetzung	25
Allgemeines	25
Ausgewählte Prinzipien im Umgang mit der SIS	28
Die SIS in der praktischen Anwendung: kein Formular sondern ein wissenschaftsbasiertes Konzept	29
Zum Hintergrund	38
Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS ambulant/stationär), Perspektive der pflegebedürftigen Person, wissenschaftsbasierte Themenfelder, Matrix zur Risikoeinschätzung (Teil 2)	41
Zielsetzung	41
Allgemeines	41
Zum Hintergrund	44
Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung in der praktischen Anwendung (Teil 3)	47
Zielsetzung	47
Thema 3: Struktur und Anwendung der Maßnahmenplanung im Zusammenhang mit dem Verfahren der Evaluation im Strukturmodell	49
Zielsetzung	49
Allgemeines	49
Die Prinzipien der Maßnahmenplanung	50
Zum Hintergrund	53
Thema 4: Funktion und Anwendung des Berichtsblatts im Kontext des Strukturmodells (ambulant/stationär)	55
Zielsetzung	55
Allgemeines	55
Prinzipien des Berichtsblatts und Einzelleistungsnachweise	55

Zum Hintergrund	56
Thema 5: Aspekte zur rechtlichen Einordnung der neuen Dokumentationspraxis (Teil 1)	57
Zielsetzung	57
Allgemeine juristische Einordnung des Strukturmodells	57
Juristischer Exkurs	60
Zum Hintergrund	62
Thema 5: Handlungserfordernis für das Pflege- und Qualitätsmanagement (Teil 2)	65
Zielsetzung	65
Allgemeines	65
Thema 6: Vorbereitungen zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP) in Pflegeeinrichtungen	67
Zielsetzung	67
Allgemeines	67
Zum Hintergrund	70
Thema 7: Management des Prozesses zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP)	71
Zielsetzung	71
Allgemeines	71
Der Projektplan als Wegweiser für das weitere Vorgehen	73
Zum Hintergrund	77
Thema 8: Funktion und Aufgaben der Multiplikatoren/innen und der Regionalkoordinatoren/innen, Zielsetzung von Reflexionstreffen vor Ort und in der Region	79
Zielsetzung	79
Schlüsselfunktionen in der Implementierungsstrategie (IMPS)	79
Weiterführende Literatur	85
Anlagenverzeichnis	87
Abbildungen	11

Abbildungen

Abbildung 1:	Grundstruktur zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation	14
Abbildung 2:	Die vier Elemente des Strukturmodells im Kontext des Pflegeprozesses	15
Abbildung 3:	Darstellung der vier Elemente des Strukturmodells (stationär) und die Verortung der integrierten SIS	16
Abbildung 4:	Darstellung der vier Elemente des Strukturmodells (ambulant) und die Verortung der integrierten SIS	17
Abbildung 5:	Dimensionen fachlicher Situationseinschätzung (pflegefachlicher Filter)	19
Abbildung 6:	Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und die stationäre Versorgung, Abschnitte A/B/C1/C2	27
Abbildung 7:	Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt A	29
Abbildung 8:	Grafische Abbildung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt B	30
Abbildung 9:	Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt C1	31
Abbildung 10:	Grafische Darstellung der SIS in der ambulanten und stationären Versorgung, Themenfeld 1	32
Abbildung 11:	Grafische Darstellung der SIS in der ambulanten und stationären Versorgung, Themenfeld 2	33
Abbildung 12:	Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Themenfeld 3	34
Abbildung 13:	Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Themenfeld 4	35
Abbildung 14:	Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Themenfeld 5	36
Abbildung 15:	Grafische Darstellung der SIS für die ambulante Versorgung, Themenfeld 6	37
Abbildung 16:	Grafische Darstellung der SIS für die stationäre Versorgung, Themenfeld 6	38
Abbildung 17:	Grafische Darstellung der Risikomatrix in der SIS der stationären Versorgung, Abschnitt C2	42

Abbildung 18:	Grafische Darstellung der Risikomatrix in der SIS der ambulanten Versorgung, Abschnitt C2	43
Abbildung 19:	Darstellung von Einflussfaktoren auf die Maßnahmenplanung	50
Abbildung 20:	Grafische Darstellung des Kommunikations- und Organisationsmodells der IMPS und der wesentlichen Akteure auf Bundes- und Landesebene	83

Thema 1: Die vier Elemente des Strukturmodells (ambulant/stationär) als Grundlage zur Umstellung der Pflegedokumentation

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat die Prinzipien der vier Elemente des Strukturmodells zur Neuausrichtung ihrer Pflegedokumentation verstanden. Anhand der Vorgaben des Strukturmodells kann eine eigene einrichtungsbezogene Dokumentation in Art und Umfang zusammengestellt werden.

Allgemeines

Das Strukturmodell zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation

Mit der fachlichen Entscheidung, die einrichtungsinterne Dokumentation am Strukturmodell zu orientieren, wird die Handlungsanleitung (Version 1.1) zusammen mit den vorliegenden Schulungsunterlagen zu einem wichtigen Begleiter während der Umsetzung des Strukturmodells. 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 Themenfelder zur fachlichen Einschätzung des Pflege- und Hilfebedarfs und der Matrix zu individuellen pflegesensitiven Risiken und Phänomenen (Element 1).
- ◆ die individuelle Maßnahmenplanung mit den Erkenntnisse aus der SIS (Element 2)
- ◆ das Berichtblatt mit der Fokussierung auf Abweichungen aus dem der Maßnahmenplanung und der SIS (Element 3)
- ◆ der Evaluation zur Festlegung von Evaluationsdaten aus Erkenntnissen der SIS, der Maßnahmenplanung und des Berichtblatts (Element 4)

Entsprechend gestaltet sich der Neuausrichtung der Pflegedokumentation im Überblick wie folgt:

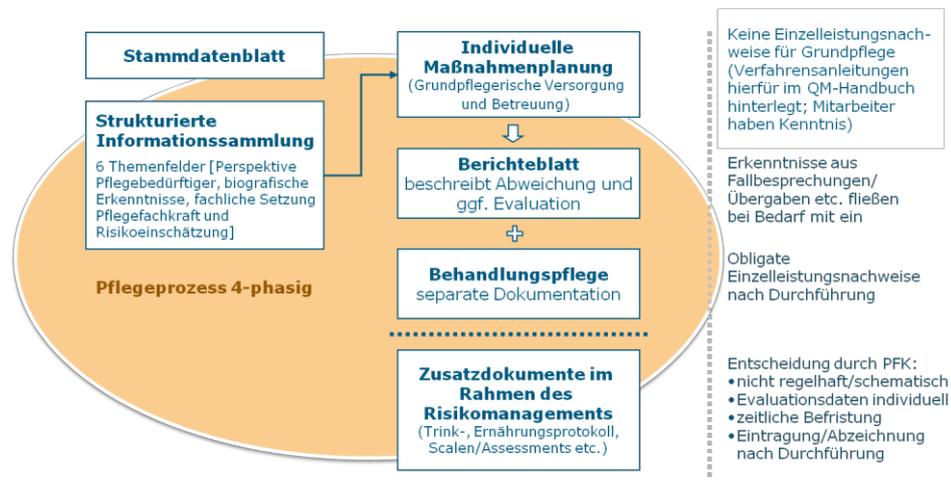


Abbildung 1: Grundstruktur zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation

Die Grundprinzipien des Strukturmodells:

- ♦ Die Stärkung der fachlichen Kompetenz der Pflegefachkräfte und die Konzentration auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person.
- ♦ Das pflegewissenschaftliche Fundament eines personenzentrierter Ansatzes und die Erfassung pflege- und betreuungsrelevanter biografischer Aspekte im Rahmen der Themenfelder der SIS.
- ♦ Die übersichtliche Darstellung zur Einschätzung pflegerischer Risiken und Phänomene in einem eigens hierfür entwickelten Instrument als Bestandteil der SIS.
- ♦ Die Beschränkung im Pflegebericht auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung.

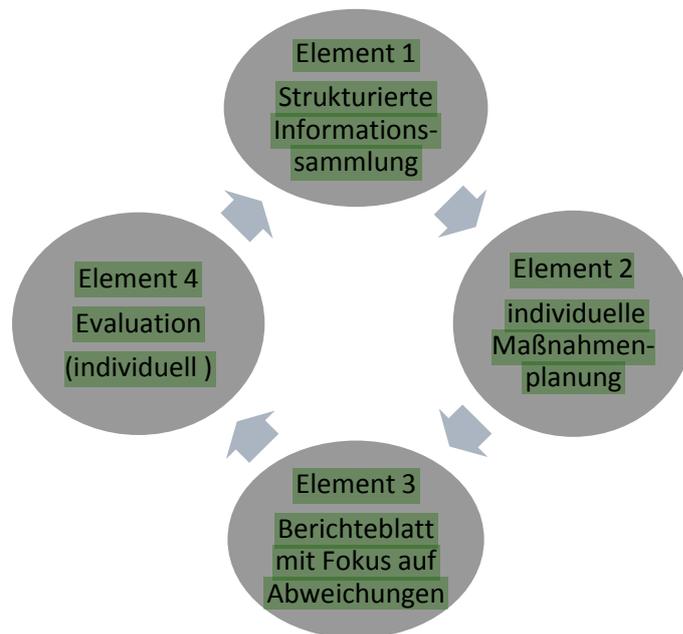


Abbildung 2: Die vier Elemente des Strukturmodells im Kontext des Pflegeprozesses

Im Strukturmodell werden die bisher üblichen ersten drei Schritte des sechsstufigen Pflegeprozesses (Informationssammlung, Probleme/ Ressourcen, Ziele) im Element 1, der Strukturierten Informationssammlung, zusammengefasst.

Die zusätzliche Ausrichtung der Pflegedokumentation an einer speziellen Pflegetheorie oder einer speziellen Trägerphilosophie ist durchaus möglich aber nicht zwingend erforderlich. Dem Strukturmodell liegt ein wissenschaftsbasiertes Konzept zu Grunde. Ausführliche Erläuterungen hierzu finden sich am Ende des Themas 2/Teil1 in der Rubrik ‚Zum Hintergrund‘.

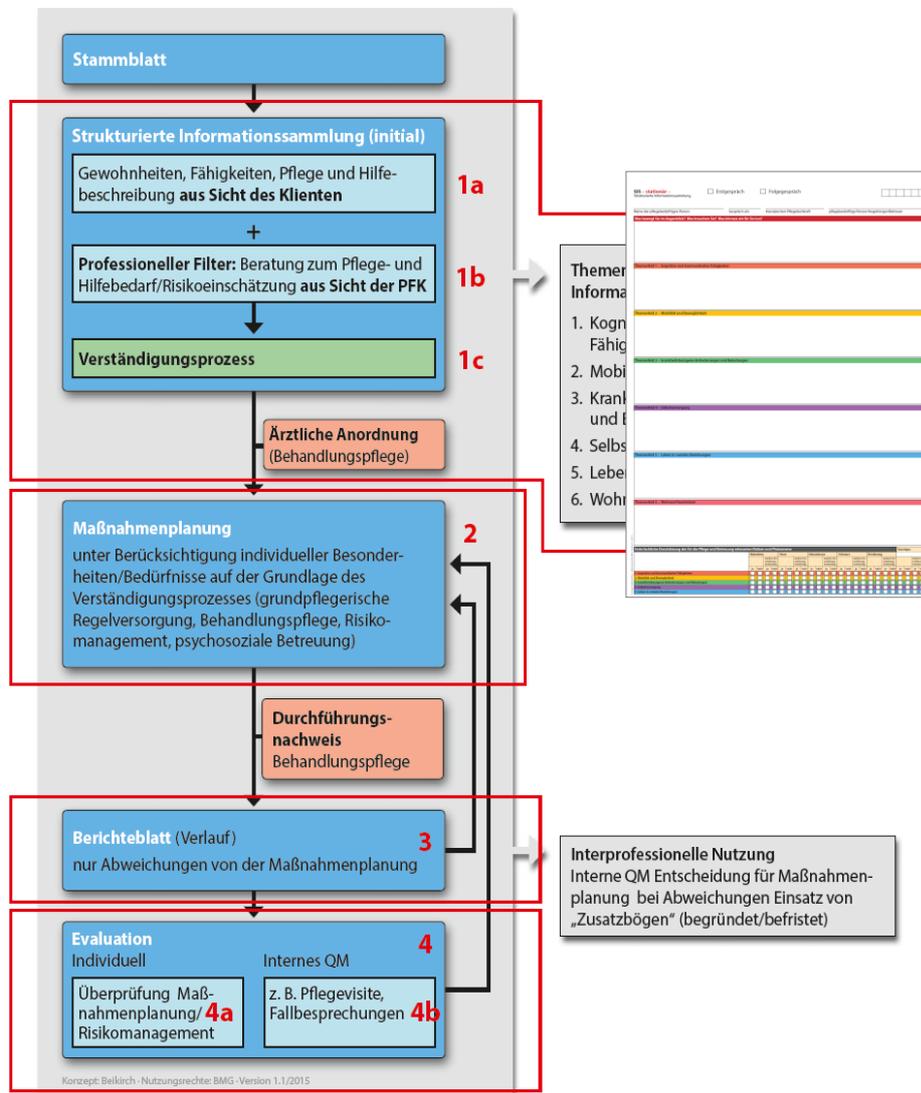


Abbildung 3: Darstellung der vier Elemente des Strukturmodells (stationär) und die Verortung der integrierten SIS

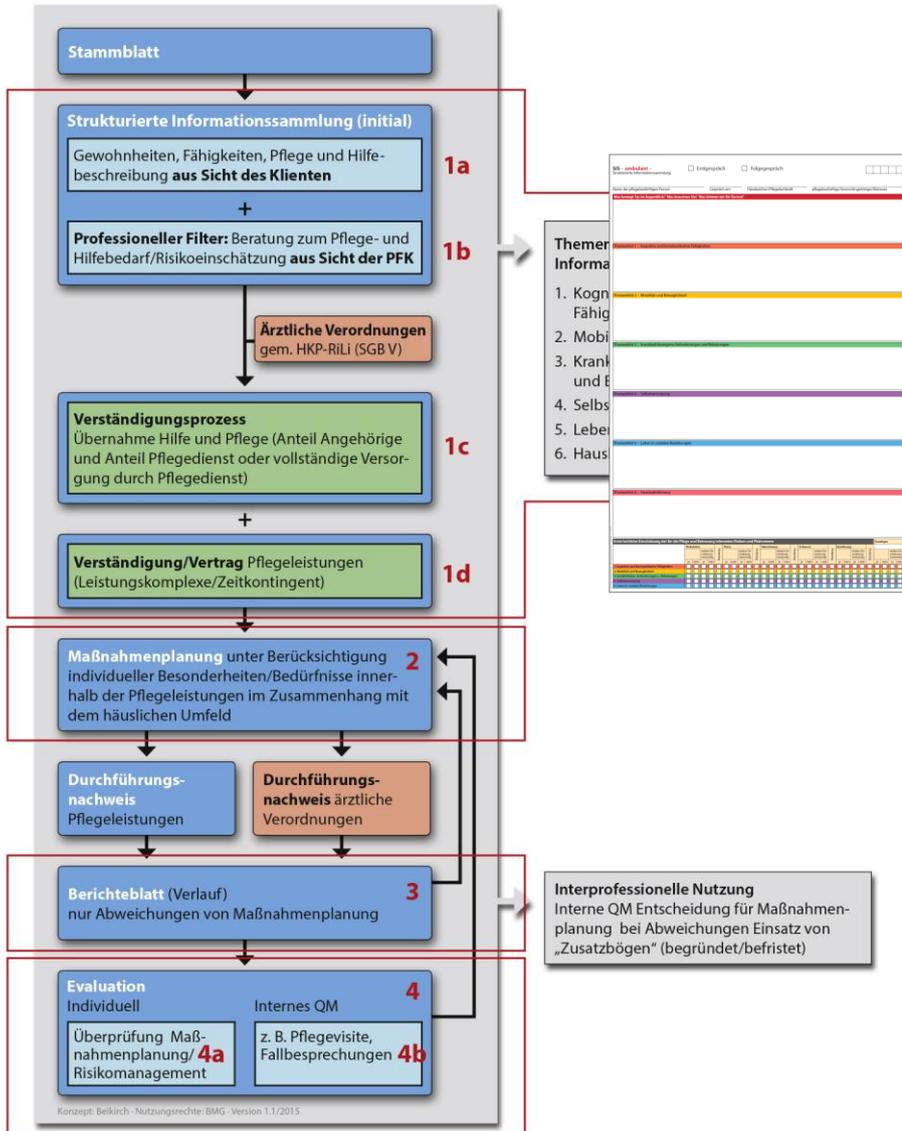


Abbildung 4: Darstellung der vier Elemente des Strukturmodells (ambulant) und die Verortung der integrierten SIS

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 eingesetzt. Sie ist nicht nur im klassischen Sinn Informationssammlung, die das Stammbblatt ergänzt, sondern stellt im Wesentlichen die Sichtweise der pflegebedürftigen Person zu ihrer Lebens- und Pflegesituation und mit ihren Wünschen und Bedarfen an Hilfe und Unterstützung dar.

Des Weiteren bildet sie den Verständigungsprozess ab, welcher zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft mit ihrer fachlichen Expertise erfolgt ist.

Dieser bewusste Prozess des „sich Annäherns“, sorgt dafür, dass Pflegefachkräfte die Situation in ihrer Gesamtheit wahrnehmen, einordnen können und in Kooperation mit der pflegebedürftigen Person, die gewünschten Lösungen herbeiführen können.

Das bewusste Zusammenführen der individuellen Sicht der pflegebedürftigen Person mit der fachlichen Einschätzung durch die Pflegefachkraft und das Ergebnis des Verständigungsprozesses dieser beiden Personen, bildet die Grundlage aller pflegerischen und betreuenden Maßnahmen.

Die SIS ist bewusst auf einer Seite dargestellt und ermöglicht somit eine umfassende Darstellung und schnell Orientierung der Gesamtsituation der pflegebedürftigen Person im Überblick.

Dazu trägt auch die eigens entwickelte Risikomatrix bei, in welcher eine Verknüpfung der aus den Themenfeldern kommenden Informationen und der individuellen pflegesensitiven Phänomene und Risiken erfolgt.

Im Folgenden werden ausgesuchte Prinzipien der Strukturierten Informationssammlung im Einzelnen näher erläutert.

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

ge Person aufgrund ihrer körperlichen oder kognitiven Situation keine Aussagen mehr treffen kann.

Erläuterungen zum pflegefachlichen Filter (Perspektive):

Ergänzend zu den Informationen durch die pflegebedürftige Person erfasst die Pflegefachkraft durch ihre fachliche Expertise systematisch die Pflege- und Betreuungssituation in Form der:

- ◆ Beschreibung des Hilfe- und Pflegebedarfs und den Ressourcen sowie die Einschätzung zu möglichen oder tatsächlichen Risiken aus Perspektive der Pflegefachkraft.
- ◆ Information der pflegebedürftigen Person zu den Ergebnissen ihrer Ersteinschätzung in wertschätzender Art und Weise.

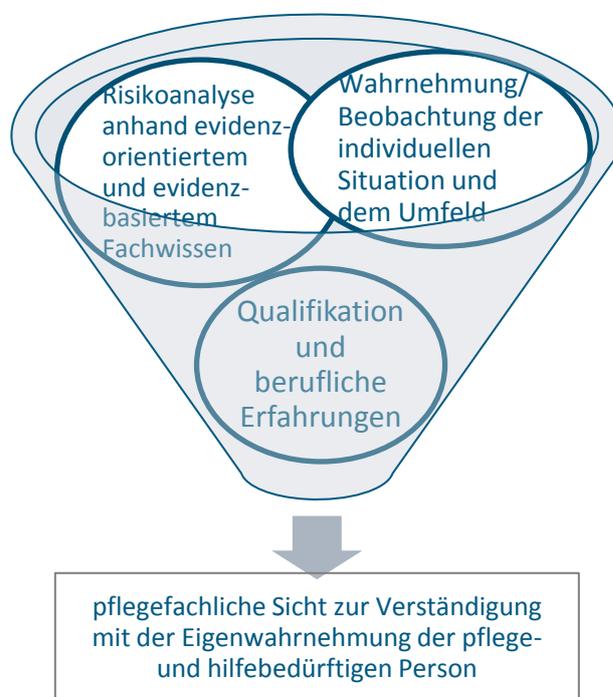


Abbildung 5: Dimensionen fachlicher Situationseinschätzung (pflegefachlicher Filter)

Erläuterungen zum Schritt der Verständigung:

Die Verständigung zwischen der pflegebedürftigen Person (ggf. ihren Angehörigen/Betreuern/Stellvertretern) und der Pflegefachkraft bilden die Grundlage für Entscheidungen zu Art und Umfang der individuellen Festlegung der Pflege und Betreuung einschließlich einer Priorisierung.

Abweichende Auffassungen zur pflegerischen Situation der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Risikominimierung werden dokumentiert und

gewinnen in der Maßnahmenplanung und ggf. in der Evaluation eine besondere Bedeutung.

Dieses Vorgehen hilft die Eigenwahrnehmung der pflegebedürftigen Person zu fördern und ggf. wiederherzustellen, 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 und dem Pflegedienst, im Rahmen von vertraglich vereinbarten Leistungskomplexen bzw. Zeitkontingenten.

Element 2: Prinzipien der der Maßnahmenplanung

Es bedarf einer Entscheidung über die Ausgestaltung der künftigen Maßnahmenplanung. Da diese nicht als einheitliches Dokument (wie z.B. die SIS) vorgegeben wird, sind das Pflege- und Qualitätsmanagement gefordert, eine einrichtungsspezifische Variante zu entwickeln oder Vorbilder aus dem Praxistest zu übernehmen ggf. anzupassen. Ziel ist es, eine übersichtliche Orientierung über die aktuelle Situation der pflegebedürftigen Person im praktischen Handeln für den pflegerischen Alltag zu erhalten.

Der Begriff der ‚Maßnahmenplanung‘ im Strukturmodell wurde anstelle des Begriffs ‚Pflegeplanung‘ gewählt, weil Handlungsbedarf zu einem Mix aus Grundpflege, psychosozialer Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung durch die Leistungen der Pflegeversicherung besteht und im stationären Versorgungssektor dies zusätzlich die Leistungen der Behandlungspflege einschließt.

Dies setzt eine interprofessionelle Versorgung der Menschen einschließlich ehrenamtlicher Helfer und zusätzlicher Betreuungskräfte sowie Familienangehöriger voraus, die auch im Pflegeprozess und in der Pflegedokumentation zum Ausdruck kommen und zusätzliche individuelle Aspekte einbeziehen sollen.

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 der Behandlungspflege festgelegt. Für die Abzeichnung von Maßnahmen

ärztlich angeordneter Behandlungspflege wird ein gesondertes Dokument beibehalten.

In der ambulanten Versorgung orientiert sich die Maßnahmenplanung an den vertraglich vereinbarten Leistungen entlang von Leistungskomplexen oder den Vereinbarungen von Zeitkontingenten und dem pflegeorganisatorischen Rahmenbedingung in der Häuslichkeit.

In der stationären Versorgung orientiert sie sich in der Regel an einer individuelle Ausgestaltung einer entsprechenden Tagesstrukturierung 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 beschrieben und dann im Weiteren mit einem kurzen Hinweis in die Tagesstruktur eingepflegt.

Es kann mit fixen Zeiten oder variablen Zeitkorridoren gearbeitet werden. Handlungsleitend ist, ob aus fachlicher Sicht oder auf Wunsch des Bewohners bestimmte Leistungen zu einem fixen Zeitpunkt erbracht werden oder Maßnahmen der Behandlungspflege dies zwingend erfordern.

Element 3: Prinzipien des Berichtblatts im Strukturmodell

Wesentliches fachliches Ziel des veränderten Umgangs mit dem Berichtblatt ist es, Doppel- oder Mehrfachdokumentation immer wiederkehrender Routinen in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung zu vermeiden. Die Fokussierung auf das Dokumentieren von Abweichungen hat, wie oben ausgeführt, sowohl fachliche als auch rechtliche Aspekte

Durch die strukturierte Informationssammlung und eine daraus abgeleitete Maßnahmenplanung sind sie einmal nachvollziehbar dargestellt und bedürfen nicht einer fortlaufenden Bestätigung. Auf Einzelleistungsnachweise in diesem Zusammenhang kann hier sowohl aus fachlicher als auch aus juristischer Sicht verzichtet werden.

Durch dieses Vorgehen wird die Aufmerksamkeit der Pflegenden auf davon abweichende Ereignisse frühzeitig auf Prozesse der Veränderung oder eine notwendigen Evaluation zu den bisherigen Erkenntnissen und Maßnahmen gelenkt. Es kann ggf. zielgerichtet und angemessen auf Veränderungen reagiert werden.

In dem Berichtblatt können grundsätzlich und gemäß Funktion sowie Verantwortungsbereich alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen (z.B. auch Mitarbeitende nach §§ 45b, bzw. 87b SGBXI, andere therapeutische Gesundheitsfachberufe etc.) Eintragungen innerhalb des

vom QM gesteckten Rahmens und unter Berücksichtigung des Datenschutzes vornehmen.

Leistungsnachweise werden jedoch nach wie vor benötigt für:

- ärztlich delegierte Anordnungen der Behandlungspflege,
- zusätzliche Betreuungsleistungen (§§ 45b, bzw. 87b SGBXI), da sie eine Abrechnungsgrundlage mit den Pflegekassen sind,
- die Abzeichnung von Positionswechseln im Bewegungs- und Lagerungsprotokoll bei vorliegendem Dekubitusrisiko.

Element 4: Prinzipien der Evaluation und Steuerung im Strukturmodell

Bereits in der Darstellung der Schemata zu den Strukturmodellen kommt zum Ausdruck, dass das Element 4 dynamisch angelegt ist und mit den Elementen 2 und 3 korrespondiert. Hier geht es im Wesentlichen um zwei Komponenten:

- ◆ zum einen, um die aktive Setzung von Evaluationsdaten im Kontext ‚Fokus auf Abweichungen im Pflegebericht‘ und
- ◆ zum anderen, um den Umgang mit kurzfristig festzusetzenden Evaluationsdaten im Kontext der Risikoeinschätzung oder der Beobachtung von Phänomenen bei unklaren Ausgangslagen.

Davon unabhängig sind die anlassbezogenen Evaluationen in akuten Situationen oder bei besonderen Ereignissen. Im Praxistest sind die Pflegeeinrichtungen sehr unterschiedlich in der Umsetzung mit der Evaluation umgegangen.

Ein zusätzliches Ziel des Elements 4 ist es, die in der Praxis vorzufindenden ‚**schematischen Routinen**‘ im Umgang mit Assessments, Skalen, Trink- und Essprotokollen etc. kritisch zu hinterfragen und anzuregen, sich aus fachlicher Sicht davon zu lösen.

Weitere Erfahrungen im Rahmen der IMPS werden dazu beitragen, dass sich ein bestimmtes fachliches Vorgehen in diesem Punkt verfestigt.

Zuordnung von Verantwortlichkeiten

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

Es bleibt auch mit der neuen Art zu dokumentieren Aufgabe der Pflegefachkraft, das Pflgeteam 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 deutliche Erleichterung.

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 pflegfachlichen Kompetenz, der im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses bei der Maßnahmenplanung und der Evaluation sichtbar wird. Die Methodik des Pflegeprozesses als Problemlösungs- und Entscheidungsinstrument findet sich sowohl im Strukturmodell allgemein als und 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 vierschrittige Prozess nach Yura und Walsh (1988), welcher von der WHO für die Krankenpflege übernommen wurde, sowie der sechsschrittige Prozess nach Fichter und Meier (1998), welcher in der deutschen Langzeitpflege stark verbreitet ist.

Das Strukturmodell orientiert sich am vierschrittigen 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 ambulant/stationär), Perspektive der pflegebedürftigen Person, Themenfelder und Matrix zur Risikoeinschätzung (Teil 1)

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung ist mit dem Konzept der Strukturierten Informationssammlung(SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess im Rahmen des Strukturmodells vertraut. Die Bedeutung des personenzentrierten Ansatzes und die besondere Herangehensweise im Feld B sowie der Zusammenhang und die Funktion der einzelnen Felder in der SIS sind 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 Neuen Begutachtungsinstruments (NBA, siehe hierzu Hintergrundinformationen am Ende des Kapitels).

Die Strukturierte Informationssammlung kann nur von einer hierin geschulten Pflegefachkraft durchgeführt 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. Anfängliche Verunsicherung durch den Freitext verliert sich bald zugunsten einer anderen Güte des Gesprächsverlaufs zwischen der Pflegefachkraft und der pflegebedürftigen Person (bzw. den Angehörigen).

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 beide Versorgungsbereiche identisch, das Feld C1 differiert jeweils um das Themenfeld 6 (stationär: „Wohnen/Häuslichkeit“; ambulant: „Haushaltsführung“). Im stationären Versorgungssektor wird hierdurch dem Thema Wohnen und Häuslichkeit zur individuellen Gestaltung Raum gegeben. Im

ambulanten Versorgungssektor dient dieses Feld in der Regel der Dokumentation der Zusammenarbeit zwischen der Familie und dem Pflegedienst und/oder zusätzlichem organisatorischen Hilfebedarf. Das Feld C2 differiert für die ambulante Pflege um eine Spalte „Beratung“.

- ◆ Die Grundbotschaft lautet: knappe Darstellung der pflege- und betreuungsrelevanten Aspekte der pflegebedürftigen Person. Hier werden außerdem biografische Informationen zugeordnet und individuelle Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person als Einschätzung der Situation in der SIS aufgenommen.
- ◆ Die Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person findet unmittelbar zu Beginn des Pflegeeinsatzes bzw. des Einzugs statt und bildet die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Erfassung ab. Das Ergebnis wird verpflichtend durch die Unterschrift der Pflegefachkraft bestätigt. Die SIS ermöglicht auch die Unterschrift durch den pflegebedürftigen Person und den Angehörigen/Betreuer.
- ◆ In der SIS ist festzuhalten, wenn Pflegebedürftige und Angehörige nicht einer Meinung bezüglich der pflegerischen Versorgung sind. Das Ergebnis der unterschiedlichen Auffassungen wird in der SIS dokumentiert. Dies gilt auch für den Verständigungsprozess zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft.
- ◆ Wird die SIS zu Beginn der Pflege vervollständigt, so ergänzt die Pflegefachkraft die Informationen und kennzeichnet den Eintrag mit ihrem persönlichen Handzeichen. Um Einschätzungen abzubilden, die sich zu Beginn der Pflegeübernahme oder dem Einzug häufig erst sukzessive einstellen, bedarf es einer Entscheidung des Trägers, welcher Zeitraum oder welches Vorgehen hierfür gewählt wird. Die Vorschläge reichen von tagesaktuell, über 48 Stunden bis zu einer Woche.
- ◆ Zusätzliche Einträge in den Themenfeldern bei Papier gestützter Dokumentation müssen immer mit Datum und einem entsprechenden Kürzel der Pflegefachkraft versehen sein. Sollten die zusätzlichen Erkenntnisse zu Beginn auch eine grundsätzlich veränderte Einschätzung in der Matrix erfordern, bietet es sich an, den Bogen in Gänze zu aktualisieren.
- ◆ Bei einer technisch gestützten Dokumentation kann einen andere Vorgehensweisen zum Tragen kommen. Im Praxistest zeigte sich, dass Entscheidungen des Pflegemanagements in diesem

Punkt deutlich davon geprägt wird, ob die Dokumentation elektronisch gestützt oder auf Papier erfolgt.

Die den Themenfeldern zugeordneten Leitfragen sind nicht als direkte Fragen an die pflegebedürftige Person zu verstehen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und dienen ausschließlich der inhaltlichen Zuordnung der Themenfelder.

Abbildung 6: Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und die stationäre Versorgung, Abschnitte A/B/C1/C2

Prinzipien der praktischen Anwendung üben und Grundsätze festlegen

Die SIS wird, wie oben bereits ausgeführt, von einer hierin geschulten Pflegefachkraft eingesetzt, da die Anwendung – wie jedes neue Verfahren – zunächst der Übung bedarf. Es hat sich im Praxistest bewährt, die Anwendung anfangs auf die ausgewählten Pflegefachkräfte zu begrenzen und das Aufnahmemanagement zu Beginn der Umstellung zentral zu gestalten (siehe Kapitel 1), bis ausreichende Kompetenz in allen Versorgungsbereichen gewährleistet werden kann. Einige Praxisteilnehmer haben durch intensive Schulung und Begleitung dafür Sorge getragen, dass sehr zügig alle Pflegefachkräfte mit der Anwendung der SIS vertraut sind.

Bei stark kognitiv beeinträchtigten Menschen kann/wird dieses Gespräch stellvertretend mit den Angehörigen und/oder mit dem Betreuer 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 und anzupassen.

Ausgewählte Prinzipien im Umgang mit der SIS

- ◆ Der ausdrückliche Beginn des Dialogs mit dem Pflegebedürftigen zu seiner persönlichen Wahrnehmung der aktuellen Situation oder zu seinen Wünschen und Erwartungen an die Institution (Feld B).
- ◆ Dies gilt auch für kognitiv eingeschränkte Personen mit ihren mitunter begrenzten Möglichkeiten, sich direkt mitzuteilen. Hier müssen ggf. andere Wege zum Erhalt von Informationen zum Tragen kommen.
- ◆ 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 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.
(Achtung: Änderung der Vorgaben aus der Handlungsanleitung)
- ◆ 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. eine Bedeutung in der Maßnahmenplanung für ein eng gesetztes Evaluationsdatum.

Die Strukturierte Informationssammlung wird bei gravierenden Veränderungen der Situation der pflegebedürftigen Person, z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt mit erheblichen gesundheitlichen Einbrüchen, entweder komplett erneut ausgefüllt oder in einzelnen Themenfeldern und der Maßnahmenplanung entsprechend angepasst (Folgegespräch).

Die SIS in der praktischen Anwendung: kein Formular sondern ein wissenschaftsbasiertes Konzept

Praktische Anwendung Feld A: Informationen zu pflegebedürftigen Person und Art des Gespräches

Im Feld A werden allgemeine Daten wie Name des Pflegebedürftigen, Identifikationsnummer und die Art des Gespräches (Erstgespräch, Folgegespräch) dokumentiert.

The image shows two forms for the SIS (Structured Information Sampling) process, both labeled with a large red 'A'. The top form is for 'SIS – ambulant – Strukturierte Informationssammlung' and the bottom form is for 'SIS – stationär – Strukturierte Informationssammlung'. Both forms have a header with a red 'A' and two checkboxes: 'Erstgespräch' and 'Folgegespräch'. Below the checkboxes are four input fields: 'Name der pflegebedürftigen Person', 'Gespräch am', 'Handzeichen Pflegefachkraft', and 'pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer'. The bottom form has a small 'A' icon above the checkboxes.

Abbildung 7: Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt A

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 tagesaktuellen fachlichen Einschätzungen der pflegebedürftigen Person.

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 bekommen.

Praktische Anwendung Feld B: Eigenwahrnehmung des Pflegebedürftigen-Fragen zur Situation



Abbildung 8: Grafische Abbildung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt B

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?

Die bewusst offenen Fragen werden auch im Beisein von Angehörigen/Betreuern 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. Die Antworten werden „als Zitat“, d.h. im Originalton, niedergeschrieben, um eine ungewollte Interpretation durch die Pflegefachkraft zu vermeiden.

Praktische Anwendung Feld C 1: Themenfelder im Einzelnen

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

Es wird sowohl der pflegerische Hilfe- und Betreuungsbedarfe als auch die vorhandenen Ressourcen und der Betreuungsbedarf aufgenommen. Biografische Angaben werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für die individuelle Pflege und Betreuung den pflegerischen Themenfeldern zugeordnet.

Zusätzlich werden mögliche Risiken mit der pflegebedürftigen Person und Vorschläge zu entsprechenden Maßnahmen besprochen. Die folgende Abbildung zeigt die Felder C1 der SIS „ambulante“ und „stationäre“ im Vergleich.

Themenfeld 1: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 1: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Abbildung 9: Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt C1

Die sechs pflegebezogenen Themenfelder sind:

- ◆ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- ◆ Mobilität und Beweglichkeit
- ◆ Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- ◆ Selbstversorgung
- ◆ Leben in sozialen Beziehungen
- ◆ Haushaltsführung (ambulant)
- ◆ Wohnen und Häuslichkeit (stationär)

Für den Gesprächsverlauf gibt es **Leitfragen** und **Leitgedanken**, die der Pflegefachkraft eine Orientierung bieten, welche Informationen in den Themenfeldern zu dokumentieren sind. Sie sind in den Pflegeeinrichtungen bei Bedarf entsprechend für die Pflegefachkräfte aufzubereiten und ggf. weiter zu entwickeln. In jedem Fall bedarf es der Übung und Reflexion im Team, damit sich hier eine gewisse Routine einstellt.

In den folgenden Ausführungen finden sich neben den Leitfragen (die den Modulen des NBA nachempfunden wurden) und den Informationen aus der Handlungsanleitung, weitere fachliche Hinweise als Leitgedanken aus dem Literaturfundus des Kapitel F im Anlagenband des Berichts zum NBA (siehe weiterführende Literatur).

Themenfeld 1: Kognition und Kommunikation

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 10: Grafische Darstellung der SIS in der ambulanten und stationären Versorgung, Themenfeld 1

Leitgedanken:

Die zeitliche, persönliche und örtliche Orientierung sowie Interaktionen der pflegebedürftigen Person werden individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.

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

Möglichst prägnant ist die pflegerische Situation mit Handlungs- und Gestaltungsräumen der pflegebedürftigen Person, ihren Kompetenzen, Gewohnheiten, Risiken und fachlichen Erfordernissen festzuhalten.

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 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 könne.

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit

Leitfrage

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

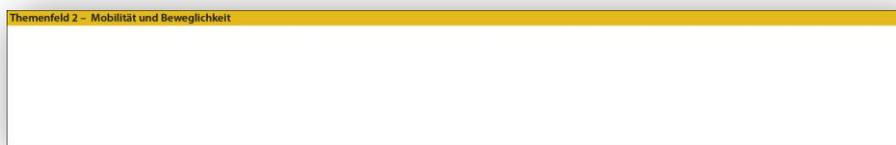


Abbildung 11: Grafische Darstellung der SIS in der ambulanten und stationären Versorgung, Themenfeld 2

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 teilzunehmen. Dabei wird ggf. herausforderndes 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.

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 12: Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Themenfeld 3

Leitgedanken:

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

Hierzu gehören u.a. folgende Faktoren :

- ◆ die individuellen krankheitsbedingten Belastungsfaktoren,
- ◆ die therapeutischen Settings,
- ◆ die Kooperation der pflegebedürftigen Person oder Handlungsbedarf,
- ◆ eventuelle Unterstützungsbedarfe bei der Bewältigung von Phänomenen (z.B. Schmerz, Inkontinenz) oder deren Kompensation.

Sie sind hinsichtlich der krankheits- und therapiebedingten Anforderungen einzuschätzen. Eine ausführliche Erfassung und Dokumentation von Diagnosen, ärztliche Therapien oder Medikamente erfolgt in einem anderen Dokument.

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 auseinanderzusetzen 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?

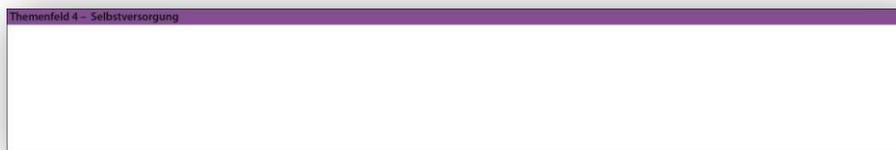


Abbildung 13: Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Themenfeld 4

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 etc. selbstständig/mit Unterstützung vorzunehmen. Ziel ist die Unterstützung größtmöglicher Selbstständigkeit.

Eventuelle (fachliche und ethische) Konflikte zwischen den oben genannten Bezügen 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 eventuelle Störungen im Bereich von Ausscheidungen. Auch biografische Informationen sind in diesem Zusammen-

hang 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 14: Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Themenfeld 5

Leitgedanken:

Selbstständige oder/und mit Unterstützung gestaltete Aktivitäten der pflegebedürftigen Person im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen Bereich werden individuell und situationsgerecht beschrieben. Ebenso wird erfasst, wer aus dem privaten Umfeld die pflegebedürftige Person ggf. dabei unterstützt.

In diesem Themenfeld können z.B. die sozialpflegerischen, weltanschaulichen und konfessionell bedeutsamen Aspekte aufgenommen werden. Auch Hinweise zum Thema Tod und Sterben sowie individuell gewünschte Betreuungsangebote finden hier ihren Raum.

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? Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt (Angehörige, Pflegepersonen, Mitbewohner, etc.) Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Wohnumfelds?

Für die Planung von Hilfen empfiehlt es sich, ergänzend abzuklären wie motiviert die 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 Situation anbieten.

Themenfeld 6a: Haushaltsführung (ambulant)

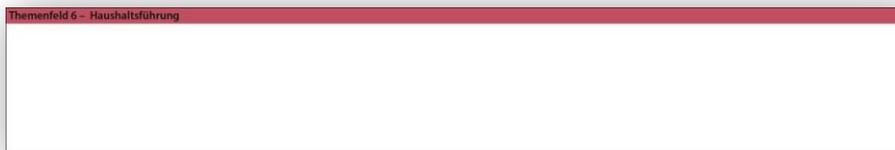


Abbildung 15: Grafische Darstellung der SIS für die ambulante Versorgung, Themenfeld 6

Leitgedanken:

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

Die erfolgte 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 16: Grafische Darstellung der SIS für die stationäre Versorgung, Themenfeld 6

Leitgedanken:

Bedürfnisse und Bedarfe im Hinblick auf das Wohnen und die Häuslichkeit sowie die Möglichkeiten der Umsetzung in einer stationären Einrichtung werden individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben.

Das ist wichtig für den Erhalt der Gesundheit, Kompetenz und des Wohlbefindens, es ermöglicht Orientierung und schafft durch Vertrauen Sicherheit in der unmittelbaren neuen Lebensumwelt (eigenes Apartment, im Doppelzimmer, Küchenzeile für Selbstversorgungspotenziale, Biografie) insbesondere bei Menschen mit Demenz.

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 pflegfachlicher Sicht („pflegfachlicher Filter“) zusammen. Den individuellen Wünschen und Vorstellungen der pflegebedürftigen Menschen zu einem selbstbestimmten Leben sowie ihre Wahrnehmungen zur individuellen Situation und den persönlichen Vorstellungen von Hilfe und Pflege wurde damit bewusst Raum gegeben und aktiv aufgegriffen. Diese narrativ erzählten Informationen (Wiedergabe des Originalwortlauts der pflegebedürftigen Person oder deren Angehörige/ Begleitperson) werden ungefiltert in der SIS festgehalten.

Erst dieses bewusste Zusammenwirken der individuellen Sicht des Klienten und der Sichtweise der erfahrenen Pflegefachkraft in Form des sog. ‚professionellen Filters‘, bildet die Grundlage von Entscheidungen zu Art und Umfang der Pflege und Betreuung. Ein Prozess, der in der ambulanten Pflege aufgrund der häuslichen Situation bereits stärker verankert ist. Für den stationären Sektor, bei dem es um die Entscheidung zu einem existentiellen (meist letzten) Wechsel in eine andere Umgebung geht, sollte hierfür nunmehr – unterstützt durch die veränderte Doku-

mentationspraxis - mehr Raum gegeben werden und einer besonderen Beachtung unterliegen.

Deshalb wird in den Strukturmodellen mit dem Begriff „Verständigungsprozess“ gearbeitet, der sich allerdings im ambulanten und stationären Versorgungsektor unterschiedlich darstellt. Der Begriff steht für einen respektvollen Umgang miteinander und der Verständigung auf der Grundlage der geäußerten individuellen Wünsche und Gewohnheiten die tägliche Versorgung und Betreuung zu sichern. Pflege, zumal die Langzeitpflege, ist ein Beziehungsprozess. Dass diese Vorgehensweise nicht immer einfach ist - insbesondere im Umgang mit kognitiv eingeschränkten oder psychisch kranken Menschen - wurde im Praxistest deutlich und bedarf der Übung und Schulung.

Die pflegebezogenen Kategorien im Feld C1 korrespondieren wie oben ausgeführt mit der inhaltlichen Strukturierung des NBA. Dies sollte eine Wiedererkennung des Konzepts zum neuen Begutachtungsverfahren schaffen, der bei einem neuen und umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI Anwendung finden wird.

Nach Diskussion verschiedener Varianten (z.B. pflegediagnostische Verfahren, Clusterung der AEDL Systematik, Struktur der Pflegecharta, Trajektmodell etc.) wurde sich schließlich dafür ausgesprochen, sich an die Themenfelder des Neuen NBA anzulehnen. Folgender konzeptioneller Gedanke war hierfür leitend:

Den im NBA 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 NBA 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 relevanten Themenkomplexe im Kontext der Versorgung pflegebedürftiger Personen umfassend berücksichtigt sind.

Die Strukturierte Informationssammlung als wissenschaftsbasiertes Konzept gilt als Kernstück im Strukturmodell. Sie enthält am Ende eine Risikomatrix (Feld C2) zur Dokumentation der jeweiligen pflegsensitiven Risiken und Phänomene, die zusätzlich mit den Themenfeldern (Feld C1) verschränkt sind und der Pflegefachkraft (PFK) zur Dokumentation und fachlichen Beurteilung von entsprechenden Befunden dient.

Auch hierbei wurde davon ausgegangen, dass die aufgeführten Risikobereiche und Phänomene einer international breit abgesicherten Wissenschaftsbasierung 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.

Der Fragenkatalog zur Ermittlung der zukünftigen Pflegebedarfsgrade **eignet sich allerdings nicht für ein Erstgespräch zur Einschätzung des Pflege- und Hilfebedarfs mittels der SIS** und würde die umfassendere Strukturierte Informationssammlung auf die vorgegebenen Fragen einengen. Unabhängig davon, dass die Pflegedokumentation nicht zur Komplettierung des Begutachtungsassessments gedacht ist, sind bei sachgerechter Anwendung der Prinzipien des Strukturmodells alle wichtigen Informationen für dieses künftige Begutachtungsverfahren ohnehin aus der neuen Pflegedokumentation erkennbar. Hierzu trägt sogar auch der veränderte Umgang mit dem Berichteblatt bei.

Thema 2: Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS ambulant/stationär), Perspektive der pflegebedürftigen Person, wissenschaftsbasierte Themenfelder, Matrix zur Risikoeinschätzung (Teil 2)

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat den Zusammenhang zwischen den Themenfeldern (C1) und der Risikomatrix (C2) sowie den Nutzen zur eigenen Überprüfung der Einschätzung zur pflegebedürftigen Person erfasst. Die Systematik der Matrix und ihre Funktion zur fachlichen Entscheidungen bei der Risikoeinschätzung ist verstanden.

Allgemeines

Ein zentrales Element zur sicheren Gestaltung des Pflegeprozesses ist der fachgerechte Umgang mit pflegerelevanten Risiken und Phänomenen. Er wird in der Praxis als große Herausforderung angesehen. Dekubitus, Schmerz, Sturz, Inkontinenz, Ernährung sind die weltweit am häufigsten vorkommenden Risikobereiche und pflegesensitive Phänomene in der Langzeitpflege. Sie korrespondieren mit den Themen der Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Die Risikoeinschätzung der Situation der pflegebedürftigen Person erfolgt zunächst auf Grundlage der Fachlichkeit der Pflegefachkraft und ihrer beruflichen Erfahrungen. Mittels eines gezielt eingesetzten Ankreuzverfahrens wird eine erste fachliche Einschätzung von der Pflegefachperson zu möglichen pflegesensitiven Risiken und Phänomenen im Kontext der Themenfelder aus der SIS verlangt. Dies wird als sogenanntes „Initialassessment“ bezeichnet.

Die Verschränkung von pflegerelevanten Themen und Risiken/ Phänomene führt zum schnellen Erfassen vorliegender Wechselwirkungen. (Bei der singulären Bearbeitung der unterschiedlichen Probleme der pflegebedürftigen Person geht der Zusammenhang dieser pflegerelevanten Aspekte schnell verloren.) Durch die Matrixstruktur werden diese Zusammenhänge nun sichtbar und dokumentiert.

Aus der Verlinkung/Verschränkung lässt sich das quantitative Aufkommen von für die Pflege und Betreuung prioritären Themen auf einen Blick erkennen, was wiederum Rückschlüsse auf eventuelle Verständigungsprozesse zulässt und eine Brücke zur Maßnahmenplanung schlägt.

Eventuell muss eine vertiefte Einschätzung in Form eines „Differentialassessment“ oder eine kurzfristig festgelegte Beobachtungsphase (Evalu-

tionsdatum) eingeleitet werden. Dies kann durch Einträge in der Maßnahmenplanung erfolgen und setzt nicht zwingend den Einsatz von Zusatzprotokollen oder Erfassungsdokumenten voraus. Je nach Schwere und Bedeutung der Einschätzung des Risikos kann dies aber auch zu einem erhöhten, zeitlich befristeten oder dauerhaften Dokumentationsaufkommen führen. Dies ist immer im Einzelfall zu entscheiden.

Praktische Anwendung Feld C2:

Die Systematik der Matrix zur Einschätzung von Risiken und Phänomenen mit Bezug zu den Themenfeldern

Stationär

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonstiges	
	weitere Einschätzung notwendig	ja	nein									
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 17: Grafische Darstellung der Risikomatrix in der SIS der stationären Versorgung, Abschnitt C2

Eine erste fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft erfolgt im Ankreuzverfahren im Hinblick auf mögliche pflegesensitive Risiken und Phänomene und in Bezug (Kontext) zu den 5 wissenschaftsbasierten Themenfeldern der SIS.

So wird Dekubitus oder Sturz z.B. im Kontext mit dem Themenfeld „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ zusammenhängend bewertet und dokumentiert. Die Dokumentation in der Matrix muss mit den Informationen in den Themenfeldern korrespondieren. In der Kategorie „Sonstiges“ ist Platz für weitere individuelle Risiken oder Phänomene im Einzelfall.

Die SIS mit der integrierten Risikomatrix ermöglicht eine rationale Praxis der Risikoeinschätzung und Dokumentation der Ergebnisse, welches 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. In der Maßnahmenplanung (Element 2) finden sich dann die entsprechenden fachlichen Maßnahmenplanungen u.a. auch zu Prophylaxen wieder.

Ambulant

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene	Dekubitus			Sturz			Inkontinenz			Schmerz			Ernährung			Sonstiges		
	weitere Einschätzung notwendig		Beratung															
	ja	nein		ja	nein		ja	nein		ja	nein		ja	nein		ja	nein	
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 18: Grafische Darstellung der Risikomatrix in der SIS der ambulanten Versorgung, Abschnitt C2

In der ambulanten Matrix zur Risikoeinschätzung gibt es ein Feld ‚Beratung‘ in jedem einzelnen Block. Ist eine Beratung zu einer der aufgeführten Thematiken erfolgt, wird dies in der Risikomatrix der ambulanten SIS an entsprechender Stelle 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.

Die praktische Anwendung der Matrix erfolgt 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. Er wird mit „ja“ oder „nein“ bewertet.

Wenn „ja“ angekreuzt wird, wird **immer**

- ◆ fachlich entschieden, ob die Einschätzung 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 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.

(Als Beispiele wären zu nennen, Schmerzfreiheit aufgrund von Schmerzmitteleinnahme oder Sturzgefährdung durch die Nutzung eines Rollators etc). 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.

Im Rahmen eines Erstgesprächs ist es nicht immer möglich, sofort die Situation zu einem Risiko/ Phänomen abschließend einzuschätzen (z.B. Aufregung am Tag des Einzugs, ungewohnte Situation und befristeter Zeitraum bei einem Erstbesuch im häuslichen Bereich etc.). Dennoch bedarf es einer fachlichen Entscheidung zu „ja“ oder „nein“ in der Matrix zu allen Themen. In der Maßnahmenplanung kann durch das Setzen eines kurzfristigen Evaluationsdatums dieser erste Eindruck dann zeitlich eng befristet beobachtet und ggf. neu bewertet werden.

Achtung: abweichender und korrigierter Text zur Anwendung der Matrix in der Handlungsanleitung

Zum Abschluss: Kritische Überprüfung

Es ist wichtig zum Abschluss des Gesprächs und beim Ausfüllen der SIS alle Felder kritisch durchzugehen und zu überprüfen, inwieweit die Informationen in den einzelnen Abschnitten (A/B/C1/C2) fachlich und systematisch erfasst und zugeordnet sind und mit den Informationen in der Matrix und/oder denen der pflegebedürftigen Person korrespondieren. Darüber hinaus kann die Matrix für einen Plausibilitätsscheck aller bis dahin erfassten Informationen in der SIS zur eigenen Überprüfung der Dokumentationsqualität, insbesondere von Vollständigkeit, verwendet werden.

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 Phänomene (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 in der praktischen Anwendung (Teil 3)

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung übt die Umsetzung des Konzepts der SIS mit der integrierten Risikomatrix anhand von Fallbeispielen und reflektiert das Vorgehen. Eine entsprechende Unterstützung der Pflegefachkräfte durch das Pflege- und Qualitätsmanagement bei der praktischen Umsetzung mit der neuen Dokumentationspraxis in der Pflegeeinrichtung ist thematisiert.

Exemplarische Situationsbeschreibungen pflege- und hilfebedürftiger Menschen (siehe Anlagen) zur exemplarischen Eigenbearbeitung einer Strukturierten Informationssammlung, der darauf aufbauenden Maßnahmenplanung und der Funktion des Berichtsblatts anhand abweichender oder kritischer Ereignisse:

- ◆ Situationsbeschreibung: Beispiel stationär (somatisch)
- ◆ Situationsbeschreibung: Beispiel stationär (kognitiv eingeschränkt)
- ◆ Situationsbeschreibung: Beispiel ambulant (somatisch) Erstgespräch
- ◆ Situationsbeschreibung: Beispiel ambulant (kognitiv eingeschränkt)

Thema 3: Struktur und Anwendung der Maßnahmenplanung im Zusammenhang mit dem Verfahren der Evaluation im Strukturmodell

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat die Prinzipien der Maßnahmenplanung im Strukturmodell erfasst und kann ein eigenes strukturiertes Vorgehen für ihre Pflegeeinrichtung entwickeln. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Feldern der SIS und der Maßnahmenplanung sind verstanden.

Allgemeines

Bevor die Maßnahmenplanung entsprechend dem Strukturmodell zur Anwendung kommen kann, wird intern ein eigenes Vorgehen/Konzept entwickelt und festgelegt oder sich an bisher vorliegenden Maßnahmenplanungen orientiert. Entlang der einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen und eventueller spezifischer Zielgruppen werden entsprechende Akzente als Ausdruck des eigenen Pflegeverständnisses gesetzt.

Da die Maßnahmenplanung nicht als einheitliches Dokument im Strukturmodell (wie z.B. die SIS) vorgegeben ist, sind hier das Pflege- und Qualitätsmanagement gefordert. Die neue Form der Maßnahmenplanung trägt wesentlich zur Übersichtlichkeit und damit zur Akzeptanz im beruflichen Alltag der Pflegenden bei. Darüber hinaus dient es der schnellen Orientierung zur Situation der pflegebedürftigen Person insbesondere im Falle des Einsatzes von Aushilfskräften oder Personal von externen Personalagenturen.

Die Maßnahmenplanung wird 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 wiederkehrende Maßnahmen der Grundpflege/ Betreuung/ Hauswirtschaft
- ◆ Maßnahmen des Risikomanagements oder zeitlich befristete Beobachtungen
- ◆ Informationen zu zusätzliche Betreuungsleistungen
- ◆ Maßnahmen der Behandlungspflege
- ◆ Hinweise zur Pflegeorganisation oder vereinbarte individuelle Unterstützung für definierte Situationen

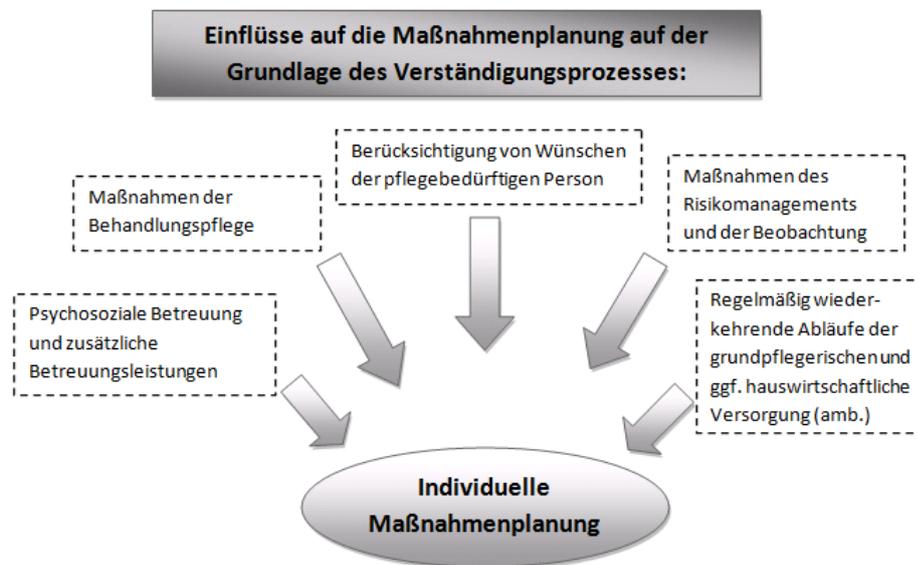


Abbildung 19: Darstellung von Einflussfaktoren auf die Maßnahmenplanung

Die Prinzipien der Maßnahmenplanung

Routinemäßige und wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung werden übersichtlich und zur schnellen Orientierung nachvollziehbar einmal dargestellt.

Handlungsleitend ist, ob aus fachlicher Sicht oder auf Wunsch des Bewohners bestimmte Leistungen zu einem fixen Zeitpunkt erbracht werden sollen.

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 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 Struktur der Maßnahmenplanung wird nachvollziehbar das Wer, Was, Wie, Wo und Wann dargestellt.

Ziele sind immanenter Bestandteil der Maßnahmenplanung. Maßgeblich kommt dies im Sinne der individuellen Zielsetzung durch die eigene Darstellung der Wahrnehmung der pflegebedürftigen Person zum Ausdruck. 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 der SIS einbezieht: Welche Ziele hat der Pflegebedürftige? Welche Ressourcen bestehen? Welche Problemkonstellationen sind vorhanden? Welche Zielsetzungen sind realistisch?

Das Ergebnis dieses Prozesses spiegelt sich in der Ausgestaltung der Maßnahmenplanung wider, ohne dass die bisher üblichen Zwischenschritte im Einzelnen dokumentiert werden. Die konkrete Maßnahmenplanung aus den Erkenntnissen der SIS und eventuell daran anknüpfende Evaluationsdaten sind entscheidend für das angestrebte Ergebnis auf der Grundlage der Verständigung zwischen der pflegedürftigen Person und der Pflegefachkraft.

Varianten zur Strukturierung der Maßnahmenplanung (ambulant/stationär)

Maßnahmenplanung stationär:

- ◆ Variante 1 stationär – Themenfelder kompakt:

Die individuellen Wünsche und Vorlieben der pflegebedürftigen Person sind in der individuellen Tagesstrukturierung als eine „Grundbotschaft“ vorangestellt. Die alltäglichen pflegerischen Handlungen und Betreuungsangebote strukturieren sich gemäß den Themenfeldern. Hierzu zählen auch eventuelle Prophylaxen, die in den Ablauf der pflegerischen Handlung eingebunden sind. Maßnahmen der Behandlungspflege sind extra aufgeführt.

- ◆ Variante 2 stationär – Tagesstruktur kompakt:

Hierbei wird der gesamte Tagesablauf mit den alltäglichen pflegerischen Handlungen und Betreuungsangeboten in der zeitlichen Reihenfolge für 24 Stunden einmal beschrieben. Individuelle Festlegungen der Leistungserbringung zu gewünschten Zeitpunkten und Maßnahmen der Behandlungspflege sowie eventuelle Prophylaxen sind integriert.

- ◆ Variante 3 stationär – Tagesstruktur rational:

Voranstellung der individuellen Wünsche und eine ausführliche Beschreibung der 24-Stunden-Versorgung, wobei regelhaft wiederkehrende pflegerische Handlungen der Pflege im Tagesablauf nur einmal beschrieben werden und in der Folge durch ein Kürzel im weiteren Tagesverlauf gekennzeichnet. Individuelle Festlegungen der Leistungserbringung zu gewünschten Zeitpunkten und Maßnahmen der Behandlungspflege sowie eventuelle Prophylaxen sind integriert.

Maßnahmenplanung ambulant:

Die Struktur der ambulanten Maßnahmenplanung unterscheidet sich von der stationären dadurch, dass sie sich an den Rahmenbedingungen der häuslichen Versorgung zu orientieren hat und Art und Umfang durch

die individuell vereinbarten Leistungen (gemäß des abgeschlossenen Pflegevertrags) 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 Festlegung individuell vereinbarter Unterstützungsleistungen.

In diesem Versorgungsbereich hat die Dokumentation der Beratung (wie oben bei der SIS bereits ausgeführt) zu erkannten Risiken, die bei dem 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 Situation abzustellen und eine möglicherweise eingeübte Praxis der Kompensation durch die pflegebedürftige Person zu berücksichtigen. Je nach Situation fließt das erneute Ansprechen eines erkannten Problems im Rahmen von weiteren Hausbesuchen in die Maßnahmenplanung ein.

Unabhängig von der Thematik einer schlanken Pflegedokumentation gilt, dass die erbrachten Leistungen in der ambulanten Pflege zu Abrechnungszwecken entsprechend abgezeichnet werden müssen.

Die praktische Anwendung der Evaluation: Voraussetzung und Vorgehen

Im Hinblick auf den veränderten Umgang mit dem Berichteblatt (längerer Zeitraum in dem hier nichts dokumentiert worden ist) bedarf es der Festlegungen durch das interne QM, ab wann eine routinemäßige Überprüfung der Maßnahmenplanung erfolgen muss.

In fachlich angemessenen Abständen, abhängig von stabilen oder instabilen Gesundheitssituationen und Pflegebedarfen, erfolgt die Evaluation der Pflegesituation inkl. Maßnahmenplanung und je nach Ergebnis eine entsprechende Reaktion in der Maßnahmenplanung.

Evaluationsdaten können sich im Einzelfall beziehen auf:

- ◆ festgelegte Maßnahmen im Kontext der Risikoeinschätzung
- ◆ Aspekte einer zeitlich eng befristeten Beobachtung bei unklaren Ausgangslagen („Ja oder nein“/Risikomatrix) zu Beginn der Pflege und Betreuung und

- ◆ anlassbezogene Evaluation in akuten Situationen mit möglichen Auswirkungen auf die Themenfelder
- ◆ Festlegung von Evaluationsdaten bei stabilen Pflegesituationen mit längeren Zeiträumen ohne Eintragungen im Pflegebericht.

Im Rahmen der Implementierungsstrategie wird diesem differenzierten Vorgehen im Zusammenhang mit der Maßnahmenplanung in Zusammenarbeit mit den Multiplikatoren/innen und den Pflegeeinrichtungen eine erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet, um die Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung systematisch zusammenzutragen und die Erkenntnisse hierzu für die Praxis aufzubereiten.

Zum Hintergrund

Erkenntnisse aus der praktischen Erprobung des Strukturmodells haben gezeigt, dass diese grundlegende Veränderung in der Maßnahmenplanung und dem Verfahren der Evaluation (sowie der neue Fokus des Berichtsblatts) die Chance bietet, einen wesentlichen Beitrag zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation zu erzielen. Dies ist verbunden mit der Einhaltung von Qualitätsstandards, einem klaren Bekenntnis zur Fachlichkeit und einer konsequenten Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Person. Pflegerische Risiken und Phänomene der pflegebedürftigen Person und sich abzeichnende Veränderungen der Situation werden durch die Schaffung von Übersichtlichkeit gezielter und frühzeitiger erkannt und belegt deutlich auch hierdurch das mögliche Potenzial der Entbürokratisierung.

Thema 4: Funktion und Anwendung des Berichtblatts im Kontext des Strukturmodells (ambulant/stationär)

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat sich mit der Funktion des Berichtblatts auseinandergesetzt und wird durch entsprechende Vorgaben vom Pflege- und Qualitätsmanagement unterstützt. Andere an der Pflege und Betreuung Beteiligte (Berufsgruppen, Ehrenamtliche), die Zugang zur Pflegedokumentation haben, werden über das neue Vorgehen informiert und in die Anleitung mit einbezogen.

Allgemeines

In der grundpflegerischen Versorgung mit ihren beschriebenen, routinemäßigen und wiederkehrenden Abläufen der Pflege und Betreuung konzentrieren sich künftig die Aufzeichnungen im Berichtblatt ausschließlich auf das Dokumentieren von Abweichungen. Voraussetzung für den Verzicht auf die Dokumentation von obigen Maßnahmen ist jedoch, dass die zu erbringenden Leistungen auf einer individuell strukturierten Informationssammlung und einer daraus abgeleiteten Maßnahmenplanung beruhen.

In dem Berichtblatt können zusätzlich (gemäß Funktion sowie Verantwortungsbereich) alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen (z.B. Mitarbeitende nach §§ 45b, bzw. 87b SGBXI, andere therapeutische Gesundheitsfachberufe etc.) Eintragungen vornehmen. Hierzu bedarf es klarer Vorgaben des Qualitätsmanagements unter Berücksichtigung des Datenschutzes.

Prinzipien des Berichtblatts und Einzelleistungsnachweise

In der stationären Pflege stellte sich z.B. die Frage, ob jede regelmäßig wiederkehrende Handlung in der grundpflegerischen Pflege und Betreuung jeweils einzeln abgezeichnet werden muss. Diese Frage kann für die oben beschriebenen Leistungen klar mit „Nein“ beantwortet werden, soweit die Prinzipien des Strukturmodells eingehalten sind.

In einigen Pflegeeinrichtungen wird eine „schichtbezogene Abzeichnung“ praktiziert. Diese Vorgehensweise ist aus fachlicher und haftungsrechtlicher Sicht grundsätzlich nicht mehr empfehlenswert.

Einzelleistungsnachweise werden jedoch nach wie vor benötigt für:

- ◆ Leistungen der Behandlungspflege
- ◆ Nachweise für zusätzliche Betreuungsleistungen (§§ 45b, bzw. 87b SGBXI)
- ◆ Bewegungs- und Lagerungsprotokoll im Zusammenhang mit der Dekubitusprophylaxe
- ◆ einzelnen individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements (wie z.B. Trink- und Ernährungsprotokolle, Miktionsprotokolle, etc.).

In der ambulanten Pflege bedarf es weiterhin der Einzelleistungsnachweise aller erbrachten Maßnahmen für Abrechnungszwecke entsprechend des jeweiligen Pflegevertrages mit der pflegebedürftigen Person.

Einrichtungsinterne Voraussetzungen

Die Voraussetzung, um im Berichtblatt nur noch die Abweichungen zu erfassen, ist die Hinterlegung von schriftlichen Verfahrensanleitungen für die wichtigsten Pflegehandlungen. Diese beschreiben zentrale Maßnahmen der regelmäßig wiederkehren grundpflegerischen Pflege- und Betreuungshandlungen (siehe hierzu auch Kapitel 5).

Wenn die Verfahrensanleitungen einem Bezeichnungssystem (z.B. Nummerierungen) unterliegen, kann in der Maßnahmenplanung darauf routinemäßig Bezug genommen werden. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Darlegung individueller Ausprägungen.

Zum Hintergrund

Juristischer Exkurs:

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 prophylaktischen 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. **Exkurs Ende**

Thema 5: Aspekte zur rechtlichen Einordnung der neuen Dokumentationspraxis (Teil 1)

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung ist über juristische Aspekte zur neuen Dokumentationspraxis sowie die Empfehlungen zu innerbetrieblichen Verfahrensanleitungen und Funktions- und Stellenbeschreibungen informiert.
Die Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege ist bekannt.
Die Verwendung der Pflegedokumentation als Kommunikations- und Steuerungsinstrument wird in Rückbesinnung auf die eigentliche Bedeutung in der Einrichtung wieder gelebt.

Allgemeine juristische Einordnung des Strukturmodells

In der Vorbereitung und Entwicklung des Strukturmodells wurde die Bedeutung juristischer Fragen im Kontext der Dokumentationspraxis schnell klar. Die Quintessenz der juristischen Beratungen wurde im Jahr 2014 in der sogenannten „Kasseler Erklärung“ (siehe Anhang) zusammengefasst, die die Einführung des Strukturmodells unterstützt und zur Sicherheit im täglichen Umgang mit der neuen Dokumentationspraxis beitragen soll.

Mit ihren Empfehlungen bestätigen die Experten erneut den eigentlichen Zweck der Pflegedokumentation:

- ◆ die Erfüllung fachlicher Anforderungen an eine Pflegedokumentation,
- ◆ die Funktion der Pflegedokumentation im Kontext der Organisationsverantwortung,
- ◆ die Beachtung von Rahmenseetzungen und Anforderungen aus der Sozialgesetzgebung

Die Konzentration der Inhalte der Pflegedokumentation auf die Belange der Pflegebedürftigen und eine schlanke nachvollziehbare Verlaufsdocumentation von Pflege und Betreuung, ermöglichen die Rückbesinnung auf die eigentliche Funktion der Pflegedokumentation: hin zum Kommunikations- und Steuerungsmedium im pflegerischen Alltag.

Grund- und Behandlungspflege aus haftungsrechtlicher Sicht

Bei der Grundpflege und Betreuung handelt es sich um wiederkehrende Versorgungsabläufe, die über einen längeren Zeitraum erbracht werden. Hier erstreckt sich die Dokumentationspflicht auf die Maßnahmenplanung als konkrete einmalige Beschreibung der immer wiederkehrenden

pflegerischen und betreuenden Intervention. Das Abzeichnen in Form von Einzelleistungsnachweisen entfällt. Von dieser Regelung profitieren die stationären Pflegeeinrichtungen.

Zu beachten ist, dass es im Rahmen der Pflegedokumentation von regelmäßig wiederkehrenden Abläufen der grundpflegerischen Maßnahmen eine Ausnahme gibt, die sich wie beim Thema 4 zum Hintergrund oben beschrieben, auf die Dokumentation von Positionswechseln/Lagerung im Rahmen der Dekubitusprophylaxe.

Bei der Behandlungspflege handelt es sich um Anordnungen bzw. Verordnungen, die von Ärzten an die Pflegefachkräfte delegiert werden und unter Umständen nur über einen begrenzten Zeitraum erbracht werden. Mit der Delegation der behandlungspflegerischen Leistungen ist auch der Einzelleistungsnachweis verbunden. Dieser erfolgt in der Regel auf einem gesonderten Dokument.

Sozialrechtliche Regelungen

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 das Strukturmodell mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen sowie den Qualitätsprüfrichtlinien (QPR) vereinbar sind.

Organisationsverantwortung

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

- ◆ Verfahrensanleitungen, die die grundpflegerische Versorgung beschreiben
- ◆ Neubestimmung von Evaluationszeiträumen des internen Qualitätsmanagements
- ◆ Nutzung von Instrumenten zur internen Qualitätssicherung, z.B. Pflegevisiten
- ◆ Anpassung des Einarbeitungskonzept von neuen Mitarbeitern

Liegen Verfahrensanleitungen vor, die Maßnahmen der Grundpflege beschreiben und Antworten geben auf die Fragen: wer macht wann, was, wie und ggf. warum? ist eine **erste Voraussetzung**, um auf das Abzeichnen einzelner grundpflegerischer Maßnahmen zu verzichten, gegeben.

Verfahrensanweisungen beschreiben nachvollziehbar das übliche Vorgehen bei der grundpflegerischen Versorgung und muss den Mitarbeitern zugänglich gemacht werden. Diese Verfahrensanweisungen zu den grundpflegerischen Leistungen und die aktuelle Pflegedokumentation mit der Maßnahmenplanung bilden das Fundament für den sogenannten „Immer-so-Beweis“.

Eine **zweite Voraussetzung** ist die einheitliche Regelung durch das Qualitätsmanagement, wie die Verfahrensanleitungen 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 Verfahrensanleitungen gelesen und zur Kenntnis genommen hat. Dies verpflichtet ihn zur Umsetzung in der Versorgung der Pflegebedürftigen.

Das Vorhandensein aktueller Verfahrensanleitungen und die protokollierte zur Kenntnisnahme der Verfahrensanleitungen sind die beiden Säulen in der Führung des sog. „Immer-so Beweises“.

Eine **dritte grundlegende Voraussetzung** ist - wie eingangs beschrieben - eine aktuelle individuelle Pflegedokumentation mit den Bestandteilen Strukturierte Informationssammlung, individuelle Maßnahmenplanung, Berichtesblatt/Abweichungen und Evaluation.

In der Handlungsanleitung zum Strukturmodell ist ein hierzu ein weiterer Exkurs von der juristischen Expertengruppe zur Verfügung gestellt worden, der an dieser Stelle erneut und ungekürzt wiedergegeben wird:

Juristischer Exkurs

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. Gesundheits-) Schaden führen, wie z.B. ein durch die Pflegeeinrichtung/den Pflegedienst bzw. einer 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. Schadenspruch geltend macht (Geschädigter), auch die entsprechenden Beweise vorzubringen. Im Bereich der Dokumentationsmängel findet dieser Grundsatz keine bzw. keine vollumfänglich 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 sogenannten „routinemäßigen und wiederkehrenden Abläufen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung“ und der Durchführung von ärztlichen Anordnungen der sogenannten „Behandlungspflege“ (siehe hierzu auch Anlage 6 des veröffentlichten Abschlussberichts zum Praxistest, April 2014).

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 dargestellt 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 er-

gänzende 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.

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 dargestellt werden kann (z.B. in Form einer Tagesstrukturierung oder als Ablauf eines Pflegeeinsatzes).

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

Die Voraussetzung, um im Berichtsblatt 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.

Die Handlungsanleitung Strukturmodell (Version 1.0) ist durchnummeriert, sodass in der Maßnahmenplanung mitunter darauf routiniert Bezug genommen wird.

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, die 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 des Nachweises, 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, so dass bei diesem Vorgehen Vorsicht geboten ist. Schlussendlich ist es nur hilfsweise zur Anwendung zu bringen und nicht zu empfehlen.

Juristischer Exkurs Ende

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 Stellung zur haftungs- und sozialrechtlichen Einordnung einer nachvollziehbaren differenzierten Dokumentationspraxis im Zusammenhang mit Leistungen der Grund- und Behandlungspflege. In diesem Zusammenhang 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 Einzelleistungsnachweise bei immer wiederkehrenden Abläufen der Grundpflege und Betreuung hat die juristische Expertengruppe im erweiterten Kontext der Kasseler Erklärung im April 2015 wie folgt Stellung bezogen:

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:

Auszug juristischer Exkurs:

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 jedenfalls 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 „Erstrecht-Schluß“ gezogen werden, dass dies auch für rein grundpflegerische Leistungen einer stationären Einrichtung des SGB XI gilt.

Juristischer Exkurs Ende

Thema 5: Handlungserfordernis für das Pflege- und Qualitätsmanagement (Teil 2)

Zielsetzung

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

Allgemeines

Die pflegebedürftige Person nimmt im Strukturmodell bewusst eine aktive Rolle wahr, soweit es ihr aufgrund kognitiver oder körperlicher Einschränkungen möglich ist. Es ist darauf zu achten, dass sie diese Rolle 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 ist ein Ausgangspunkt gesetzt, um innerbetriebliche Prozesse rund um den Pflegeprozess, deren Wirksamkeit und den damit verbundenen Ressourceneinsatz zu reflektieren und zu evaluieren.
- ◆ Es ist eine wichtige Aufgabe, Qualitätsmanagement so zu gestalten, dass es den Pflegeprozess im Strukturmodell unterstützt.
- ◆ Es ist Aufgabe des Qualitätsmanagements die Entscheidungsspielräume für die Pflegefachkräfte zu definieren und in den Regelungen im QM Handbuch dies zu verankern.

Wenn bei der Einführung des Strukturmodells sich z.B. Verantwortlichkeiten von Mitarbeitern für das Erstgespräch verändern, zieht es die Überarbeitung von Stellen- und Funktionsbeschreibungen nach sich. Die neuen Verantwortungsbereiche und Kompetenzen sollten sich nach einer Zeit der Erfahrung in den Dokumenten des Qualitätsmanagements wieder finden. Die gleiche Vorgehensweise kann für die inhaltliche Anpassung von Einarbeitungskonzepten gewählt werden.

Mit der Umsetzung der schlanken Pflegedokumentation gewinnt die Fachlichkeit der Pflegenden 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 pflegefachlichen Entscheidungen verloren.

Unabhängig von dem Schulungsbedarf zur Einführung des Strukturmodells sollten im Rahmen der prospektiven Fortbildungsplanung zu ein-

zelen Themen das Wissen wieder aufgefrischt werden. Neben der Vermittlung von pflegfachlichem Wissen kann auch z.B. Kommunikationstraining für Gespräche mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sein.

Ausrichtung des Pflege- und Qualitätsmanagements

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

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

Thema 6: Vorbereitungen zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP) in Pflegeeinrichtungen

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat einen Überblick zu ersten Schritten der Vorbereitung im Hinblick auf personelle, sächliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen zur Einführung des Strukturmodells und zum Entscheidungsbedarf durch den Träger.

Allgemeines

Vor Beginn der Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation steht die Entscheidung des Trägers/ der Geschäftsführung/ der Einrichtungsleitung die Pflegedokumentation grundsätzlich neu auszurichten. Diese Entscheidung signalisiert den Mitarbeitern das große Interesse an der Entlastung und der Motivation der Mitarbeiter. Die bejahende Haltung der Leitungsebene vermittelt den Mitarbeitern die nötige Sicherheit bei ihren fachlichen Entscheidungen, im Dialog mit den Prüfinstanzen und zeigt sich in einer konsequenten Unterstützung des Prozesses durch das Pflege- und Qualitätsmanagement.

Angesichts dieses gemeinsamen Vorhabens ist klar: die Einführung des Strukturmodells erfordert hohe Aufmerksamkeit und die Einrichtung sollte nicht gleichzeitig in weitere umfangreiche Projektvorhaben eingebunden sein.

Das neue Strukturmodell bedeutet für alle Beteiligten eine veränderte Herangehensweise mit einer teilweisen Veränderung der bisherigen Abläufe. Die Mitarbeiter müssen sich von einer jahrelangen Routine verabschieden. Dies kann mitunter zu Verunsicherung führen. Um dieser zu begegnen, bedarf es des Rückhalts der Leitungsebene und der Klärung grundsätzlicher Fragen:

Wie sieht das zukünftige Dokumentationssystem aus?

Vor der Einführung des Strukturmodells steht die Sichtung aller bisher genutzten Dokumente und Formulare stehen. Es muss geklärt werden, wo bisher doppelt dokumentierte Inhalte 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. Im Praxistest hat sich gezeigt, dass dies häufig berufserfahrene und reflexionsfähige Mitarbeiter sind.

Welche zeitlichen Ressourcen sollten zur Verfügung stehen?

Im Rahmen der Einführung des Strukturmodells haben die Mitarbeiter in der direkten Versorgung der Pflegebedürftigen Zeit, sich in das Strukturmodell ein zudenken, um sukzessive Routine in der neuen Dokumentationspraxis zu bekommen.

Die internen Ansprechpartner, die die Begleitung der Mitarbeiter übernehmen und der Steuerungs-/Projektgruppe Auskunft über die Entwicklung des Projektes geben, haben dazu die nötigen zeitlichen Ressourcen. Die Steuerungs-/Projektgruppe ist im Hinblick auf die Aspekte Pflege und Betreuung interdisziplinär besetzt.

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

Die im Qualitätshandbuch hinterlegten pflegefachlichen Vorgaben werden bezüglich Art und Umfang der Dokumentation angepasst. Eine evtl. vorhandene Musterdokumentation verliert ihre Bedeutung, da sie mit den vier Elementen des Strukturmodells nicht in Einklang zu bringen ist. Sie wird ersetzt durch die einrichtungsinterne Beschreibung/Festlegung anhand des nunmehr vierschrittigen Pflegeprozesses.

Vorliegende Verfahrensanweisungen zu häufig wiederkehrenden (grund-)pflegerischen Maßnahmen oder Prinzipien der Betreuung, im Sinne von Standards, Leitlinien etc. sollten auf ihre Aktualität gesichtet werden. Sie spielen im Zusammenhang mit rechtlichen Aspekten im Rahmen der grundpflegerischen Versorgung und dem Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Pflege eine nicht unerhebliche Rolle.

Die vorhandenen Vorgaben an eine Pflegevisite sollten auf den personenzentrierten Ansatz des Strukturmodells ausgerichtet sein, d.h. die Perspektive der pflegebedürftigen Person wird konsequent berücksichtigt.

Hat die Einführung des Strukturmodells Auswirkung auf den Fortbildungsplan?

Es ist sinnvoll den aktuellen Fortbildungsplan schwerpunktmäßig im Jahr der Einführung darauf auszurichten. Eine sukzessive Teilnahme

aller Mitarbeiter an den Schulungen und einrichtungsinternen Informationsveranstaltungen ist sicher zu stellen. Für die Projektleitung ist die Teilnahme an den 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 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 Anbieter von Anfang an mit einbezogen werden?

Mit der Entscheidung des Trägers/ Geschäftsführung/ Einrichtungsleitung zur Einführung des Strukturmodells ist mit dem Dokumentationsanbieter abzuklären inwieweit sein System in der Lage ist, sich den Vorgaben einer schlanken Dokumentationspraxis anzupassen. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr, dass z.B. durch die umfassenden Formularangebote oder hinterlegten Systematiken in den Programmen wieder der ‚alte Zustand‘ der Dokumentation indirekt hergestellt wird.

Wie gelingt eine gute Kooperation mit den Prüfinstanzen?

Es empfiehlt sich über die Neuausrichtung der Dokumentation den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und ggf. der Heimaufsicht zu informieren. Damit wird angekündigt, dass sie bei Begutachtungsbesuchen oder bei Qualitätsprüfungen eine veränderte Pflegedokumentation vorfinden.

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 Umstellung von papiergestützten Formen der Pflegedokumentation. Hinzu kommen Aufwendungen im Rahmen von Schulungsmaßnahmen und Sachmitteln. 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 von der Einführung des Strukturmodells?

Die Einführung des Strukturmodells zur Verschlankung der Dokumentation 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.
- ◆ Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung, indem die Pflegedokumentation keinen zusätzlichen Belastungsfaktor mehr im beruflichen Alltag darstellt und die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte gestärkt wird.

Zum Hintergrund

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

Thema 7: Management des Prozesses zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP)

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung hat einen Überblick zum Umfang notwendiger Planungen bei der Einführung des Strukturmodells, insbesondere zur Steuerung, dem zeitlichen Rahmen und zu festgelegten Schritten und Zielen. Funktion und Aufgaben des Steuerungsgremiums sind definiert und Bedeutung projektbezogener Kommunikation ist erfasst.

Allgemeines

Die Umsetzung des Strukturmodells verlangt besondere Aufmerksamkeit. Aus dem im Anhang beigefügten Projektplan sind exemplarisch die einzelnen Schritte ersichtlich. Die Angaben im Projektplan haben einen empfehlenden Charakter und sind auf die bisherigen Erfahrungen von Pflegeeinrichtungen zur Einführung des Strukturmodells abgestellt. Selbstverständlich fließen die Erfahrungen aus bereits durchgeführten Projekten mit ein. Die Möglichkeiten der Projektdurchführung werden durch einrichtungsspezifische Rahmenbedingungen und ggf. verbandliche Vorgaben vor Ort bestimmt.

Die Einführung des Strukturmodells erfolgt auf verschiedenen betrieblichen Ebenen. Folgende Ebenen sind beteiligt:

- ◆ Organisationsebene der Pflegeeinrichtung bezüglich der Neuordnung der Dokumentationsmappen und der zu verwendenden Formulare
- ◆ Personale Ebene bei der Schulung und Fortbildung der Pflegefachkräfte zur Einführung des Strukturmodells
- ◆ Mitarbeiterebene zur Unterstützung der Anwendung der SIS und Risikomatrix und der Umsetzung der neuen Dokumentationspraxis

Damit verbunden ist die kontinuierliche Begleitung und Möglichkeit der Reflexion für Pflegefachkräfte zum Einstieg des Pflegeprozesses mit dem Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS) sowie der Anwendung der einrichtungsbezogenen Maßnahmenplanung/ Evaluation und dem veränderten Umgang mit dem Berichtsblatt.

Aufbau einer entbürokratisierten Pflegedokumentation

Zum Beginn der Einführung des Strukturmodells (und später laufend im Prozess) steht die neue Zusammenstellung der bisher verwendeten Pflegedokumentation und der darin verwendeten Dokumente. Eine Zusammenstellung der veränderten Pflegedokumentation sollte unter Berücksichtigung folgender Fragestellungen erfolgen:

- ◆ Bisher verwendete Dokumente für die Erstellung des Pflegeprozesses müssen an den 4-schrittigen Pflegeprozess angepasst werden (z.B. Maßnahmenplanung, Berichteblatt zur Verlaufsdokumentation etc.).
- ◆ Biografische Angaben der Pflegebedürftigen 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.
- ◆ Für mehrfach dokumentierte, identische Informationen muss entschieden werden, an welcher Stelle sie zukünftig dokumentiert werden sollen (z.B. ärztliche Diagnosen, Medikamente, Allergien, soziale Kontakte etc.) um Doppeldokumentation zu vermeiden.
- ◆ Bisher verwendete Differentialassessments (z.B. Braden Skala) werden durch die Festlegung vom Qualitätsmanagement für den begründeten Einsatz im Einzelfall vorgehalten und festgelegt. Es schließt einen schematischen und periodisch wiederkehrenden Gebrauch spezieller Dokumente (Trinkprotokoll, Skalen, etc.) aus.

Parallel zu den vorbereitenden Arbeiten zur Neuorganisation von Art und Umfang der Pflegedokumentation läuft die Reflexion, auch im Hinblick auf den Umfang von Schulungsbedarf, zum Einstieg in den vier-schrittigen Pflegeprozesses auf der Grundlage der Strukturierten Informationssammlung (SIS).

Exemplarische Erprobung der neuen Pflegedokumentation

Vor Beginn der Umsetzung kann das Üben an einigen vorhandenen Pflegedokumentationen von (unterschiedlichen Fallkonstellationen) nützlich sein. Aus diesen Erkenntnissen der praktischen Umsetzung können offene Fragestellungen zum Verständnis der Strukturierten Informationssammlung und Maßnahmenplanung identifiziert werden. Die Erkenntnisse aus der praktischen Übung führen zur genaueren Einschätzung der notwendigen Veränderung im Umgang mit der bisherigen Dokumentation. Nach dieser „Trockenübung“ wird in der Regel der Unterschied zwi-

schen der herkömmlichen und der schlanken Variante der Dokumentation deutlich und einer systematischen, erfolgreichen Umsetzung nichts mehr im Weg.

Der Projektplan als Wegweiser für das weitere Vorgehen

Mit der Einführung des Strukturmodells ist ein Ausgangspunkt gesetzt, um innerbetriebliche Prozesse rund um die pflegerische Versorgung und Betreuung, deren Wirksamkeit und den damit verbundenen Ressourceneinsatz zu reflektieren und zu evaluieren.

Im Projektplan sind die beteiligten Personen, die Organisation des Projektes und die Kommunikationsstruktur während der Einführung, die angestrebten Meilensteine und die angestrebten Ziele im Projektverlauf beschrieben.

Die Erfahrungen aus den „Trockenübungen“ mit der entbürokratisierten Pflegedokumentation sollten bei der Planung der Projektziele mitberücksichtigt werden. Im laufenden Prozess muss der Projektplan an den jeweiligen Erkenntnisstand angepasst werden.

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

- ◆ Die Festlegung des Schulungsprogramms und die Organisation einer kontinuierlichen Begleitung in Form von Teambesprechungen und Einzelfallanalysen.
- ◆ Die Schrittfolge der regelmäßigen Analyse der vorliegenden Verfahrensanweisungen und anderer relevanter Dokumente zu Art und Umfang der Pflegedokumentation durch das Qualitätsmanagement.
- ◆ Die Festlegung des Kick-Offs, die Phasen der praktischen Umsetzung sowie regelmäßige Informationen zum Stand der Umsetzung durch die Einrichtungsleitung.
- ◆ Die Schrittfolge zu Absprachen und dem Verständigungsprozess mit dem Anbieter des technisch- oder papiergestützten Dokumentationssystem (Ausnahme: selbstgefertigte Dokumentationsmappen).

Sind diese Punkte im Projektplan berücksichtigt, gilt es einzelne Themen vertieft in der Steuerungsgruppe zu erörtern und das Vorgehen detaillierter festzulegen.

Steuerungs-/ Projektgruppe einsetzen

Für diesen Prozess sollte eine Steuerungsgruppe einberufen werden, in der mindestens die Einrichtungsleitung, das Pflege- und Qualitätsmana-

gement und evtl. die Mitarbeitervertretung/Betriebsrat vertreten sind. Diese Gruppe kann zu einem späteren Zeitpunkt mit zusätzlicher fachlicher Expertise erweitert werden, z.B. durch die Wohnbereichsleitung, den Heimbeirat, 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 Einrichtung/des Pflegedienstes zu orientieren, sollte aber im Kern 4-6 Personen nicht überschreiten.

Nächste Schritte festlegen

Zu Beginn der Arbeit der Steuerungs-/Projektgruppe muss eine grundsätzliche Entscheidung getroffen werden, welche Strategie das Unternehmen bei der Einführung des Strukturmodells wählt. Im Praxistest zeigten sich drei exemplarische Herangehensweisen, die in engem Zusammenhang mit der Größe und den unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten und 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

Bedeutung der Schulungsangebote für Mitarbeiter

Aufgrund der zentralen Bedeutung von Schulungen ist die Erstellung eines Schulungskonzepts unerlässlich, denn die Anwendung der SIS ist nur für hierin geschulte Pflegefachkräfte möglich.

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

Im Praxistest wurde, ambulant wie stationär, die Bedeutung von Kommunikation für die Pflegenden insbesondere im Rahmen von Übergaben „wiederentdeckt“. In Einzelangeboten 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 Sicherheit im Umgang mit der SIS einstellt und der veränderte Umgang mit dem Berichtblatt einer längeren Übung bedarf. Regelmäßige Fortbildungsangebote stellen dann

im weiteren Verlauf eine nachhaltige Absicherung der neuen Dokumentationspraxis sicher.

Flankierend zur Umsetzung des Strukturmodells kann es auch zu Schulungsbedarf bei pflegefachlichen Themen kommen. Die Personalentwicklung spielt aufgrund der geforderten eigenständigen pflegefachlichen Einschätzung eine besondere Rolle.

Besonderheiten bei den Anforderungen an das Dokumentationssystem

Es ist sinnvoll, die geplante Entbürokratisierung anhand einer neuen Dokumentation vorzustellen und Vorgaben an die zukünftigen Anforderungen zu formulieren. Damit ist die Erwartung verbunden, einer schlanken Dokumentation und der Innovation bei den einzelnen Elementen im Strukturmodell zu folgen. Dies betrifft insbesondere eine unveränderte Darstellung und Anwendung des Konzepts der SIS, der grundlegend veränderten Maßnahmenplanung und den Umgang mit dem Berichtblatt, sowie individueller und QM-gesteuerten Evaluationsdaten.

Weitere Anforderungen betreffen u.a. folgende Aspekte:

- ◆ Keine schematischen Aufforderungen zur Einschätzung spezieller Pflege- und Betreuungssituationen mit hinterlegten Instrumenten oder Funktionalitäten
- ◆ Sicherstellung bei EDV gestützten Dokumentationssystemen, dass bei Bedarf das alte und das neue System während der Umstellungsphase ohne erheblichen Mehraufwand nebeneinander nutzbar sind
- ◆ Unveränderte Umsetzung der aktuellen Version der SIS mit vollumfänglicher Abbildung der Risikomatrix auf einer Seite
- ◆ Umsetzung einer einrichtungsbezogenen Maßnahmenplanung
- ◆ Technische Unterstützung zum Umgang mit Evaluationsdaten aus der Maßnahmenplanung und mit dem Berichtblatt

Erfolgreiche Umsetzung des Projektverlaufs durch Kommunikation

Die projektbegleitende Kommunikation hat eine interne und externe Ausrichtung.

Prinzipien dabei sind:

- ◆ Eine allgemeine Informationen (intern und extern) über das Projekt sicher zu stellen,
- ◆ Begeisterung zu wecken und Identifikation mit dem Vorhaben bei allen Beteiligten zu stiften,

- ◆ In pointierten Informationsveranstaltungen über erfolgreiche Abschnitte des Projekts zu berichten,
- ◆ Schaffung von Transparenz zur Funktion der Steuerungs-/Projektgruppe
- ◆ Information der Fachöffentlichkeit, der Umgebung und innerhalb des Verbandes

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

- ◆ nicht unmittelbar am Prozess beteiligte Mitarbeiter, die sich für das Projekt interessieren,
- ◆ der Heimbeirat/Heimfürsprecher in seiner Funktion als Vertreter 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 die Ausrichtung der SIS in das Erstgespräch mit eingebunden sind,
- ◆ Ehrenamtliche, Präsenzkkräfte/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 Akten nehmen,
- ◆ Prüfinstanzen (Medizinischer Dienst, Prüfdienst der Privaten, Heimaufsicht), um sie über die Grundsatzentscheidung zu einer veränderten Dokumentationspraxis frühzeitig zu informieren,
- ◆ Gutachter des MDK und der privaten Versicherungen, die im Rahmen der Feststellung der 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 Kommunikationsangebote richten sich nach den verschiedenen Zielgruppen und dem Umfang der Projektbeteiligten an der Umsetzung. Dies kann mit dem Ausdruck von Anerkennung und Wertschätzung insbesondere gegenüber den unmittelbar Beteiligten verbunden werden.

Zum Hintergrund

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

Es kann zu einer vorübergehenden „Mehr-Dokumentation“ im Pflegebereich kommen, da die Mitarbeiter einen Legitimationsdruck spüren, der erst im Laufe der Umsetzung der neuen Dokumentationspraxis nachlässt. Der Legitimationsdruck resultiert aus der langjährigen und umfassenderen Dokumentationsverpflichtung. Er äußerte sich in einzelnen Pflegeeinrichtungen auch durch die Wiedereinführung alternativer Dokumentationsmedien, z.B. Übergabebücher.

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

Bei der Anwendung der Strukturierten Informationssammlung trat nicht selten zunächst die Besorgnis auf, wesentliche Aspekte zur Situations einschätzung vergessen zu haben.

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

Thema 8: Funktion und Aufgaben der Multiplikatoren/innen und der Regionalkoordinatoren/innen, Zielsetzung von Reflexionstreffen vor Ort und in der Region

Zielsetzung

Die Pflegeeinrichtung ist über die Funktion der Multiplikatoren/innen, seine Zusammenarbeit mit dem Regionalkoordinator und dem zentralen Projektbüro im Rahmen der Implementierungsstrategie informiert. Wesentliche Schritte dieser Strategie, insbesondere die Bedeutung der Reflexionstreffen für die eigene Pflegeeinrichtung zur erfolgreichen Umsetzung des Strukturmodells, sind bekannt.

Schlüsselfunktionen in der Implementierungsstrategie (IMPS)

Bei den Multiplikatoren/innen und den Regionalkoordinatoren/innen handelt es sich um Schlüsselfunktionen, die die Implementierungsstrategie maßgeblich tragen.

Die Multiplikatoren/innen wurden von den Verbänden benannt. Die Regionalkoordinatoren/innen sind freie Mitarbeiter des Projektbüros und betreuen die ihnen zugeordneten Regionen in der Bundesrepublik. Diese stelle sich wie folgt dar:

- Region 1 Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern
- Region 2 Niedersachsen, Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein
- Region 3 Nordrhein-Westfalen und Hessen
- Region 4 Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden Württemberg
- Region 5 Thüringen und Bayern
- Region 6 Berlin

Die Multiplikatoren/innen organisieren oder bieten selber Schulungen für Pflegeeinrichtungen innerhalb ihres Verbandes an. Sie sind damit die Garanten für einen beschleunigten bundesweiten Aufbau von Expertise zur Einführung des Strukturmodells und des hierfür notwendigen Wissens in die Fläche. Sie begleiten den Reflexionsprozess währenddessen die Pflegeeinrichtungen das Strukturmodell einführen.

Aufgaben der Multiplikatoren/innen

Das Aufgabenspektrum der Multiplikatoren/innen umfasst in Absprache mit den Verbänden auf Bundesebene und mit Beschlussfassung des Lenkungsremiums Folgendes:

- ◆ Weitergabe von Informationen der Regionalkoordinatoren/innen aus dem Projektbüro an die beteiligten Mitgliedsorganisationen (Verbandsebene, Pflegeeinrichtungen etc.),
- ◆ Organisation und Durchführung von Schulungen in den Pflegeeinrichtungen oder Kooperation und Vorbereitung z.B. von Bildungsträgern zur Durchführung von verbandlichen Schulungen,
- ◆ Anlaufstelle für Rückfragen aus den Einrichtungen oder den Verbänden,
- ◆ Ansprechpartner für die Regionalkoordinatoren/innen für Fragen zum Verlauf bei der Umsetzung der entbürokratisierten Pflegedokumentation,
- ◆ Organisation von regionalen Reflexionstreffen zum fachlichen Austausch der beteiligten Pflegeeinrichtungen, möglichst mit Beteiligung von Mitarbeitern der Prüfinstanzen,
- ◆ Teilnahme an den vierteljährlich stattfindenden, länderübergreifenden Reflexionstreffen der Regionalkoordinatoren/innen,
- ◆ Weitergabe von fachlichen, juristischen, technischen oder sonstigen Fragen aus den Schulungen an die Regionalkoordinatoren/innen und an die jeweiligen Verbände.

Die Regionalkoordinatoren/innen, die dem Projektbüro angehören, bilden die Klammer um die gesamte Implementierung des Strukturmodells in den Pflegeeinrichtungen. Sie stehen neben den Schulungen der Multiplikatoren/innen auch danach und während der gesamten IMPS diesen als Ansprechpartner zur Verfügung.

Aufgaben der Regionalkoordinatoren/innen

Das Aufgabenspektrum der Regionalkoordinatoren/innen umfasst Folgendes:

- ◆ Durchführungen von Schulungen der Multiplikatoren/innen in den Verbänden und zeitversetzt Teilnahme an den Schulungen der Prüfinstanzen in der Fläche,
- ◆ Begleitende Unterstützung und fachliches Monitoring der Aktivitäten der Multiplikatoren/innen,
- ◆ Teilnahme an den Sitzungen der Kooperationsgremien in den Ländern,

- ◆ Durchführung von vierteljährlichen Reflexionstreffen für Multiplikatoren/innen in den Regionen zum fachlichen Austausch,
- ◆ Aufbereitung und Zuordnung der auftretenden fachlichen, organisatorischen, technischen und rechtlichen Fragen in den Regionen und Weitergabe zur Bearbeitung an das zentrale Projektbüro,
- ◆ Identifizierung von „Best Practice“ Beispielen zur Sammlung und Darstellung auf der projekteigenen Internetplattform,
- ◆ Durchführung von vierteljährlich stattfindenden Reflexionstreffen für die Multiplikatoren/innen der Verbände in den jeweiligen Regionen,
- ◆ Ansprechpartner des Projektbüros zur Klärung spezieller Themen im Zusammenhang mit den Kooperationsgremien,
- ◆ zeitnahe Reaktion auf evtl. auftretende kritische Ereignisse mit unmittelbarem Handlungsbedarf.

Kommunikationsstrukturen Regionalkoordinator und Multiplikator

Die Implementierungsstrategie lebt von der Kommunikation aller beteiligten Akteure. Der gegenseitige Dialog und Erfahrungsaustausch auf der projekteigenen Internetplattform spielt hierbei eine wichtige Rolle. Hier werden die Informationen aus den Pflegeeinrichtungen während der Einführung systematisch gesammelt und können über die Multiplikatoren/innen an die Regionalkoordinatoren/innen gebündelt oder zu Einzelfragen weitergegeben werden. Dies dient auch der Dokumentation des fachlichen Prozesses zu den Erkenntnissen aus der IMPS.

Die Regionalkoordinatoren/innen ihrerseits werten und bündeln die Informationen der Multiplikatoren/innen der Verbände und ggf. der Prüfinstanzen sowie aus verschiedenen Gremien aus und sind hierzu im ständige Austausch mit dem Projektbüro. In periodischen Abständen erstatten Sie schriftlichen Bericht zum Stand der Umsetzung des Strukturmodells in ihren Regionen. Gleichmaßen erhalten die Multiplikatoren/innen der Verbände regelmäßig Informationen zu beteiligten Pflegeeinrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich.

Ausrichtung von Reflexionstreffen

Wie aus den Aufgabenbeschreibungen der Multiplikatoren/innen und Regionalkoordinatoren/innen ersichtlich, organisieren beide Gruppen sogenannte Reflexionstreffen.

In den Reflexionstreffen der Multiplikatoren/innen treffen sich die beteiligten Pflegeeinrichtungen mit den Multiplikatoren/innen der Verbände zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Hier werden auch die aufgetretenen Fragen gesammelt, die in den Pflegeeinrichtungen nicht geklärt werden konnten. Nach Klärung der Fragen geben die Multiplikatoren/innen ihr Wissen an die Pflegeeinrichtung weiter.

In den Reflexionstreffen der Regionalkoordinatoren/innen treffen sich die Multiplikatoren/innen der Verbände mit den Regionalkoordinatoren/innen des Projektes. Auch hier findet ein Erfahrungsaustausch zur Entwicklung der Implementierungsstrategie in den jeweiligen Verbänden und Regionen statt. Es handelt sich dabei um zentrale Schlüsselfunktionen (Multiplikator, Regionalkoordinator), die die Erkenntnisse zur entbürokratisierten Dokumentation weitergeben, die Pflegeeinrichtung bei der Einführung begleiten und das Strukturmodell in seiner derzeitigen Fassung reflektieren.

Kommunikations- und Organisationsmodell der IMPS

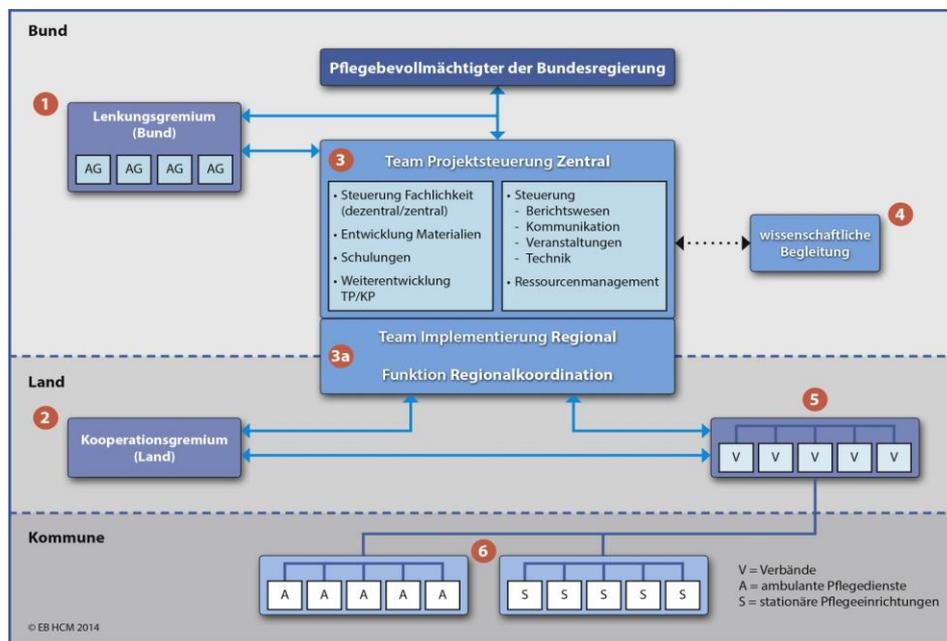


Abbildung 20: Grafische Darstellung des Kommunikations- und Organisationsmodells der IMPS und der wesentlichen Akteure auf Bundes- und Landesebene

Wesentliche Beteiligte im Rahmen der bundesweiten Umsetzung sind das Lenkungs-gremium auf Bundesebene (1) und die Koordinierungsgremien auf Landesebene (2), das Projektbüro zur Koordination und Steuerung, den wissenschaftlichen Mitarbeiter (3) und den Regionalkoordinatoren/innen in der Fläche (3a), den Verbänden auf Landesebene (5) und den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste vor Ort (6).

Ziele der Implementierungsstrategie:

- ◆ Dauerhafte und bundesweite Verbreitung von fachlicher Expertise auf der Ebene der Verbände und der Pflegeeinrichtungen bezüglich der neuen Pflegedokumentation,
- ◆ Förderung der bundesweiten Akzeptanz der entbürokratisierten Pflegedokumentation bei den Kostenträgern und Prüfinstanzen auf Bundes- und Landesebene,
- ◆ Erarbeitung von Konzepten zur inhaltlichen und technischen Umsetzung durch die Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung,

- ◆ Qualitätsgesicherte Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Umstellung ihrer Pflegedokumentation mithilfe geschulter Multiplikatoren/innen bezüglich Förderung der Fachlichkeit, Qualitätsentwicklung und Zeitersparnis.

Zusätzliche Erfolgssicherung im Hinblick auf Fachlichkeit und Praktikabilität sowie die Qualität der Umsetzung durch zwei Komponenten

Es ist eine zeitlich versetzte wissenschaftliche Evaluation (externe Durchführung durch den GKV-SV) zur Umsetzung des Strukturmodells und der Strukturierten Informationssammlung (SIS) im Hinblick auf die Qualität der Umsetzung im Rahmen der IMPS vorgesehen.

Zusätzlich erfolgt eine begrenzte wissenschaftliche Begleitung im Rahmen der Projektstruktur (4) zu hemmenden und fördernden Faktoren bei der Einführung und praktischen Umsetzung der neuen Pflegedokumentation in den Pflegeeinrichtungen sowie zu Hinweisen auf eine notwendige Anpassung der Schulungsunterlagen.

Weiterführende Literatur

Baum-Wetzel, E. (2014): Handbücher entrümpeln. In: Sozialwirtschaft (6), S. 19–22.

Beikirch, E.; Roes, M.; Entzian, H. (2014): Reset Pflegedokumentation. In: Altenheim 53 (5), S. 16–21.

Börner, K.; Bachem, J. (2014): Entbürokratisierung der Pflegedokumentation aus haftungs- und sozialrechtlicher Sicht. In: Altenheim 53 (5), S. 22–26.

Beikirch, E.; Roes, M. et al. (2014): Abschlussbericht zum Projekt "Praktische Anwendung des Strukturmodells. Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Berlin. Hg. V. Bundesministerium für Gesundheit.

Beikirch, E.; Kämmer, K.; Roes, M. (2014): Handlungsanleitung (Version 1.1/2015) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär). Berlin. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit.

Höhmann, U.; Weinrich, H.; Gätschenberger, G. (1996): Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht 261. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.

Jorzig, A.; Börner, K. (2015): Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: Sozialrecht aktuell 19 (1), S. 17–19.

Roes, M. (2014): Fachlich, übersichtlich, praxistauglich. In: Die Schwester Der Pfleger 53 (7), S. 694–698.

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 1.1/2015)
- Anlage 2** Funktion des Strukturmodells ambulant (2a) und stationär (2b); (Version 1.1/2015)
- Anlage 3** Funktion der SIS und Risikomatrix ambulant (3a) und stationär (3b); (Version 1.1/2015)
- Anlage 4** Fallbeschreibung stationär (somatisch)
- Anlage 5** Fallbeschreibung stationär (kognitiv eingeschränkt)
- Anlage 6** Fallbeschreibung ambulant (somatisch) Erstgespräch/Folgegespräch
- Anlage 7** Fallbeschreibung ambulant (kognitiv eingeschränkt)
- Anlage 8** Stellungnahme Juristen Pflegedokumentation („Kasseler Erklärung“ 2014) Fallbeschreibung
- Anlage 9** Muster zum Verfahren Dokumentencheck im Qualitäts- handbuch
- Anlage 10** exemplarischer Projektplan/Meilensteine zum Projekt Ein-STEP
- Anlage 11** Informationsflyer für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen/Teilnahme am Projekt
- Anlage 12** Informationen zu Funktionen und Aufgaben der Multiplikatoren
- Anlage 13** Stellungnahme des Deutschen Pflegerates
- Anlage 14** Gemeinsame Pressemitteilung
-
- Anlage 15** Handlungsanleitung (Version 1.1/2015) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär)