Bundesministerium
für Gesundheit

Handlungsanleitung

(Version 1.1)

zur praktischen Anwendung des **Strukturmodells (ambulant/stationär)**, der integrierten **Strukturierten Informationssammlung (SIS)** mit der **Matrix zur Risikoeinschätzung**, der **Maßnahmenplanung** und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum **Handlungsbedarf** auf der **betrieblichen Ebene**

Berlin, 2. März 2015

Informationen zur Einführung des Strukturmodells auf Grundlage der Ergebnisse aus dem Praxistest „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege“ (09/2013–02/2014)

Erarbeitet im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Die urheberrechtlichen Nutzungsrechte liegen beim Bundesministerium für Gesundheit.

Im Text und in den Abbildungen der aktuellen Fassung (Version 1.1) wurden keine inhaltlichen Anpassungen vorgenommen, sondern lediglich die urheberrechtlichen Bezeichnungen aktualisiert.

Im Anhang wurden die Abbildungen der Strukturmodelle (ambulant/stationär) fehlerbereinigt (Version 1.1) und die Matrix in der SIS (ambulant/stationär) optisch angepasst (Version 1.1).

Elisabeth Beikirch/Karla Kämmer/Prof. Dr. Martina Roes

in Zusammenarbeit
mit Cornelia Albrecht, Anke Buhl, Patricia Drube, Jochen Fallenberg, Frank Gruhle, Michael Lorenz, Jens Meier, Dr. Heidemarie Kelleter, Stephan v. Kroge, Andreas Kutschke, Friedhelm Rink, Rainer Scherb, Petra Schülke, Christine Sowinski und Michael Wipp sowie mit ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen aus dem Praxistest, pflegefachlichen und fachwissenschaftlichen Experten/Expertinnen aus unterschiedlichen Institutionen und Organisationen und mit Dr. Alexandra Jorzig und Dr. Karlheinz Börner zu den juristischen Aspekten.

Inhaltsverzeichnis

Einführung 4

1 Aktueller Status der Handlungsanleitung 5

2 Die Grundprinzipien des Strukturmodells 7

2.1. Allgemeines 7

2.2. Die vier Elemente des Strukturmodells – Funktion und Erläuterungen 11

2.2.1. Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) 11

2.2.2. Element 2: Die Maßnahmenplanung 12

2.2.3. Element 3: Das Berichteblatt (Verlaufsdokumentation) 16

2.2.4. Element 4: Die Evaluation (4a und 4b) 20

2.3. Zwischenfazit 21

3 Aufbau und praktische Anwendung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) 22

3.1. Allgemeines 22

3.1.1. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld A 25

3.1.2. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld B 26

3.1.3. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld C1 (Themenfelder) 28

3.1.4. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld C2 (Matrix Risikoeinschätzung) 31

3.2. Zwischenfazit 34

4 Notwendige Rahmenbedingungen zur Umstellung der Pflegedokumentation auf das Konzept des Strukturmodells 36

5 Schlussbetrachtungen 39

6 Abbildungsverzeichnis 41

Anhang 42

Einführung

Anlass für das Projekt war der breite Konsens darüber, dass die Pflegedokumentation ein überbordendes Ausmaß im Pflegealltag angenommen hatte. Sie nahm einerseits den Pflegebedürftigen zu viel Pflegezeit weg, andererseits belastete und frustrierte das bürokratische Arbeiten in diesem enormen Umfang die Pflegenden. Für das Thema musste dringend ein Lösungsweg aufgezeigt werden, weil es die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsmotivation und Arbeitszeit der Pflegenden beeinflusst und damit auch die Attraktivität der Arbeit in der Langzeitpflege maßgeblich mitbestimmt.

Es galt, der Vielfalt der Planungs- und Dokumentationsbedarfe in den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen Rechnung zu tragen und im Kontext des Pflegeprozesses sich auf ein einheitliches (fachlich und juristisch belastbares) Grundmodell eines schlanken Verfahrens zur Pflegedokumentation in der Langzeitpflege zu verständigen. Dieses Grundmodell mit seinen innovativen Strukturen und Prozessen steht im Mittelpunkt der Initiative. Um den vielfältigen Anforderungen der unterschiedlichen Leistungsbereiche gerecht zu werden, wurde bewusst auf die Bereitstellung einer Musterdokumentation verzichtet zumal sie auch fachlich nur schwer begründbar gewesen wäre. Aktiv in den Prozess eingebunden waren alle relevanten gesellschaftlichen und fachlichen Institutionen.

Ergebnis des Vorgehens ist die breite Verständigung auf ein verändertes Konzept für die Prozessgestaltung und deren Dokumentation in der Langzeitpflege – in der Folge **Strukturmodell** genannt. Es wurde einem dreimonatigen Praxistest unterzogen. Die Ergebnisse waren so ermutigend, dass nun zur qualitätsgesicherten Einführung in Pflegeeinrichtungen in Absprache mit den Trägerorganisationen und den Kostenträgern eine flächendeckende Einführung und wissenschaftliche Evaluation in allen Bundesländern geplant ist (Implementierungsstrategie). Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat hierfür seine volle politische Unterstützung zugesagt. Die Pflegeeinrichtungen in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege sind eingeladen, sich aktiv zu beteiligen. Begleitung, Unterstützung und eine fachwissenschaftliche Auswertung sind gewährleistet.

1 Aktueller Stand der Handlungsanleitung

Diese Handlungsanleitung (Version 1.1) soll das Pflege- und Qualitätsmanagement sowie die Pflegefachkräfte dabei unterstützen, im Rahmen der Implementierungsstrategie eine verschlankte, entbürokratisierte Pflegedokumentation den in den Einrichtungen stattfindenden individuellen Pflegeprozess erfolgreich umzusetzen.
Sie kommt unmittelbar nach der Entscheidung, die Dokumentation umzustellen zur Anwendung (siehe auch Punkt 4) und kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn die hier festgelegten Umsetzungsschritte auch angewandt werden.

Die Handlungsanleitung

- gibt Sinn und Zweck des veränderten Vorgehens wieder,
- fasst Ziele, die zu bearbeitenden Themen und fachliche Schwerpunkte zusammen,
- erläutert, welche Verfahrensschritte einzuhalten sind,
- gibt Hinweise zu fachlichen Kompetenzen und zu Verantwortlichkeiten auf unterschiedlichen Ebenen,
- ist die Grundlage zur Entwicklung von Schulungsmaterialien.

Grundlagen
Grundlage ist der vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Abschlussbericht *Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege* vom April 2014 und der dazugehörige Anlagenband. In diesen Dokumenten können weitere Informationen zu Fragen der Entstehung des Strukturmodells, zur wissenschaftlichen Begründung und zur juristischen Einschätzung sowie zur Zielsetzung des Gesamtvorhabens und der Steuerung des Praxistests entnommen werden.

Rahmenvorgaben
Die Handlungsanleitung zur Umsetzung des Strukturmodells ist eine Rahmenvorgabe, innerhalb derer die Pflegeeinrichtungen ihre spezifischen Festlegungen z. B. in Form von Verfahrensanweisungen zur Umsetzung treffen sollen. Allerdings sollten die Prinzipien des Strukturmodells nicht verändert werden- auf keinen Fall aber die darin integrierte Strukturierte Informationssammlung (SIS). Wo es zusätzlich aus juristischer Sicht wichtige Empfehlungen gibt, wird an den entsprechenden Textstellen ausgewiesen.

Angestrebte Verbreitung

Die Implementierung der entbürokratisierten Pflegedokumentation erfolgt in allen Bundesländern. Eine hohe Verbreitung ist angestrebt. Hierfür werden Konzeptionen für die erforderlichen Bildungs-, Begleitungs- und Schulungsmaterialien für unterschiedliche Zielgruppen von Pflegefachkräften (Management, QM und Praxis) und für Informationsveranstaltungen auch der Prüfinstanzen als nächsten Schritt zeitnah entwickelt.

Evaluation und Anpassung

Eine qualitätsgeleitete Einführung der entbürokratisierten Pflegeprozessdokumentation geht von der Teilnahme an der Implementierungsstrategie aus. Die Ergebnisse der Evaluation aus der Implementierung werden soweit notwendig zu einer Anpassung der vorliegenden Handlungsanleitung und entsprechender Schulungsmaterialien führen, keineswegs aber die Grundprinzipien der Anwendung des Strukturmodells in Frage stellen.

1 Die Grundprinzipien des Strukturmodells

1.1. Allgemeines

Zentrale Aussagen

Die wichtigsten Postulate der entbürokratisierten Pflegedokumentation sind die Rückbesinnung auf die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte sowie die Konzentration auf die Perspektive der pflegebedürftigen Person. Sie machten eine übersichtlichere Erfassung pflegerischer Risiken und Phänomene und einen breiteren fachlichen Konsens der am Prozess Beteiligten zu sechs Themenfeldern für die fachliche Einschätzung erforderlich, der bewusst auf einen Wiedererkennungswert zur inhaltlichen Ausrichtung des künftigen Begutachtungsassessments (NBA) setzt. Dieses stützt sich auf pflegewissenschaftliche Überlegungen und integriert verschiedene pflegetheoretische Ansätze.

Aus fachlicher Sicht lassen sich die Neuerungen wie folgt umreißen:

- Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person.
- Verständigung zu individuellen Leistungen und Wünschen sowie die Dokumentation dieses Konsenses.
- Anerkennung der Fachlichkeit der Pflegefachkräfte, aber auch das Erkennen von Schwachstellen und Schulungsbedarf.
- Begrenzung der schriftlichen Darstellung des Pflegeprozesses auf vier Schritte, ohne dabei wesentliche Aspekte der Qualitätsdarlegung zu vernachlässigen.
- Pflegerelevante biografische Informationen werden im Regelfall in der SIS und nicht auf einem Extrabogen erfasst .
- Verwendung einer systematisch strukturierten Informationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess.
- Eine eigens entwickelte Matrix in der SIS dient der Erfassung und Dokumentation der häufigsten Risiken und Phänomene bei pflege- und hilfebedürftigen Menschen.
- Veränderter praktischer Umgang mit dem Berichteblatt durch den Fokus auf Abweichungen.
- Verstärkung der Bedeutung der Evaluation auf Grundlage der Beobachtung und der fachlichen Erkenntnisse

Die Grundstruktur dieser Pflegedokumentation (Strukturmodell) baut auf einen Pflegeprozess mit 4 Phasen auf:

1. Einstieg in den Pflegeprozess mithilfe der SIS
2. Maßnahmenplanung auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS
3. Berichteblatt mit dem Fokus auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Pflege- und Betreuungsabläufen
4. Evaluation (mit Fokus auf Erkenntnissen aus SIS, Maßnahmenplanung und Berichteblatt)

Das Strukturmodell stellt ein wissenschaftsbasiertes Konzept zur Dokumentation der Pflege dar. Die Ausrichtung der Pflegedokumentation an einem speziellen Pflegemodell ist möglich – z. B. in der Gerontopsychiatrie, im Sinne einer Trägerphilosophie oder entlang der Charta pflege- und hilfebedürftiger Menschen – aber nicht zwingend erforderlich.

Kernpunkt eines jeglichen Modells muss die qualifizierte Personenzentrierung in der Planung unter Einschluss der Darstellung der individuellen Wünsche und Beachtung der speziellen Lebenssituationen der Menschen in der Langzeitpflege sein.

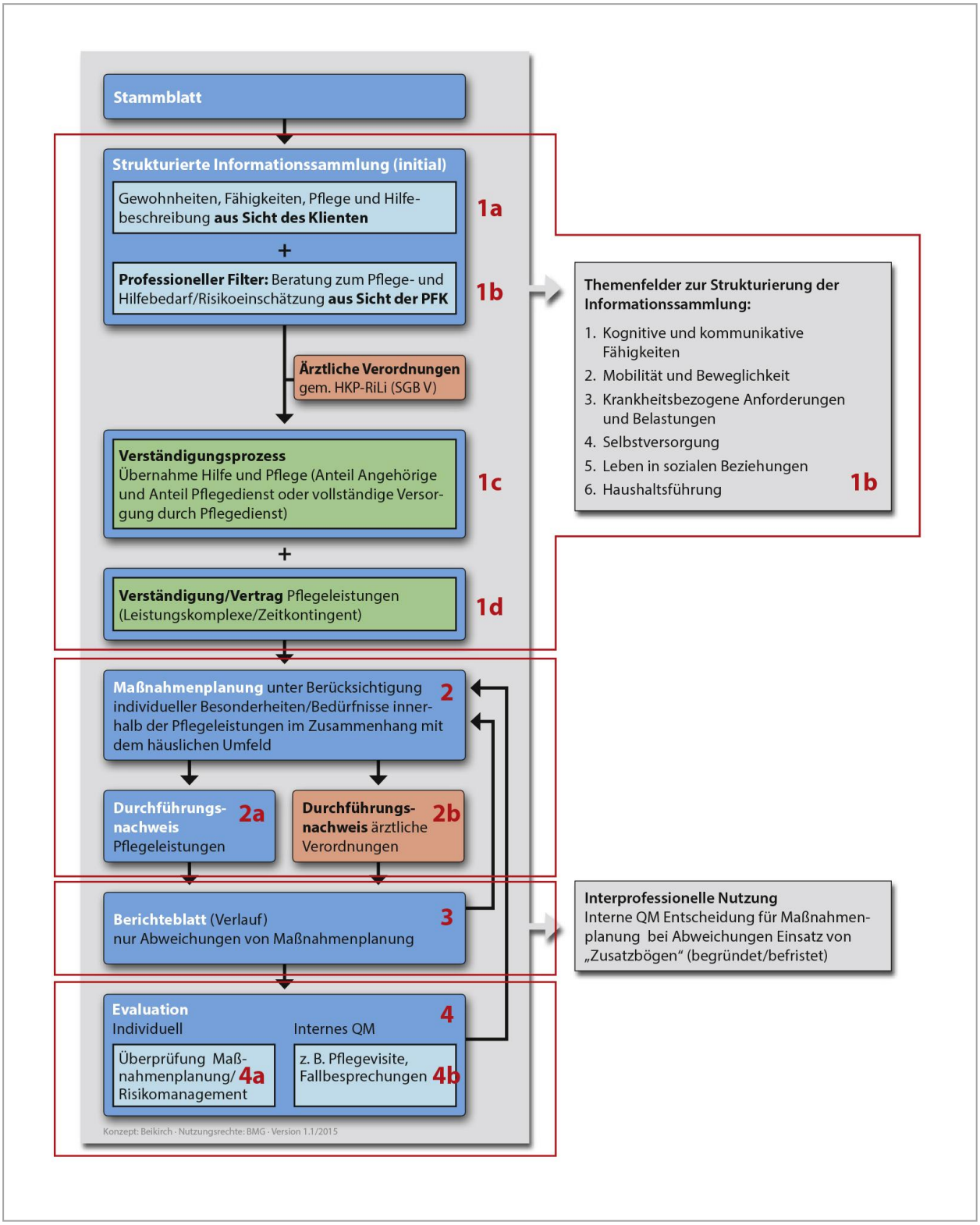

Abb. 1 Grafische Darstellung des Strukturmodells – ambulant –

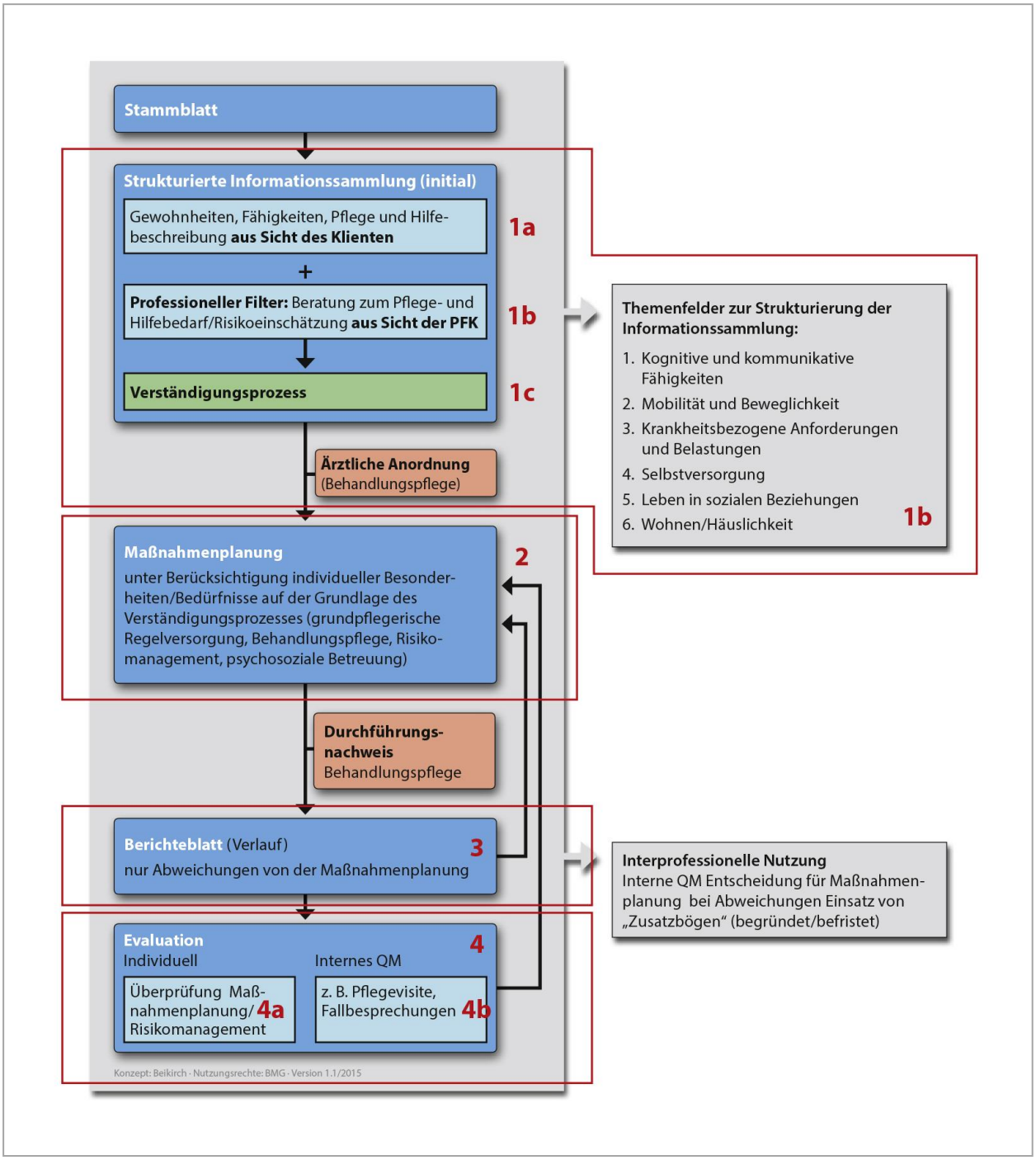

Abb. 2 Grafische Darstellung des Strukturmodells – stationär –

1.2. Die vier Elemente des Strukturmodells – Funktion und Erläuterungen

1.2.1. Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Die SIS wird prioritär im Rahmen des Erstgesprächs eingesetzt. Im weiteren Pflegeverlauf werden ihre Inhalte in Pflegevisiten und Fallbesprechungen zur Aktualisierung aufgegriffen. In der SIS wird der Sichtweise der pflegebedürftigen Person zu ihrer Lebens- und Pflegesituation und ihren Wünschen/Bedarfen an Hilfe und Unterstützung bewusst Raum gegeben. Die fachliche Einschätzung der Situation durch die Pflegefachkraft bildet sich auf der Basis von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern ab. Sie wird verknüpft mit den sich daraus ergebenden Risiken in Form der Risikoeinschätzung als Matrix sowie pflegesensitiven Phänomenen. Spezielle Aspekte zur Haushaltsführung (ambulant) und Wohnen/Häuslichkeit (stationär) ergänzen als sechstes Feld die Situationseinschätzung. Das bewusste Zusammenführen der individuellen und subjektiven Sicht der pflegebedürftigen Person mit der fachlichen Einschätzung durch die Pflegefachkraft, sowie das Ergebnis des Verständigungsprozesses dieser beiden Personen, bildet die Grundlage aller pflegerischen Interventionen.

Erläuterungen zur Sichtweise der pflegebedürftigen Person (1a)
In der Informationssammlung werden die Angaben der pflegebedürftigen Person zu Gewohnheiten und Fähigkeiten sowie ihre Hilfe- und Pflegebeschreibung im Originalton festgehalten.

In diesem Erstgespräch wird die pflegebedürftige Person gebeten, von sich und ihrer (Lebens-) Situation – insbesondere im Hinblick auf den Hilfe- und Pflegebedarf – zu erzählen. Der Erzählfluss soll möglichst wenig durch fachliche Fragen unterbrochen werden. Das Gespräch soll einerseits dazu dienen, die Person – soweit sie es gestattet – mit ihren Bedürfnissen, Werten und Gewohnheiten kennenzulernen und andererseits den Unterstützungsbedarf aus ihrer Sicht zu erfassen.

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

Erläuterungen zur professionellen Perspektive (1b)
Ergänzend zu den Informationen durch die pflegebedürftige Person ist die Pflegefachkraft bestrebt, durch ihre fachliche Expertise und ihre Empathie (u. U. durch sinnverstehendes Deuten von Symptomen und Äußerungen bei Menschen mit Demenz und eingeschränkter Ausdrucksfähigkeit) die Pflege- und Betreuungssituation zu erfassen. Sie

beschreibt den Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Einschätzung zu möglichen oder tatsächlichen Risikopotenzialen aus ihrer Perspektive. Sie informiert die pflegebedürftige Person in wertschätzender und einfühlsamer Weise über die fachliche Einschätzung der Pflegesituation/des Pflegebedarfs und berät sie.

Erläuterungen zum Schritt der Verständigung (1c und 1d)
Der Dialog zwischen der pflegebedürftigen Person (ggf. ihren Angehörigen/Betreuern/ Stellvertretern) und der Pflegefachkraft bildet die Grundlage für Entscheidungen zu Art und Umfang der individuellen Festlegung der Pflege und Betreuung. Ein Vorgehen, das bisher nicht ganz selbstverständlich ist und daher der Reflektion und der Übung bedarf.

Für den stationären Sektor, bei dem es um die Entscheidung zu einem existenziellen (meist letzten) Wechsel in eine andere Umgebung geht, ist in diesem Vorgehen sensibel auf die Erhaltung von bisherigen Gewohnheiten und lebensweltlichen Vertrautheiten zu achten, sofern sie erfahrbar sind. Sie helfen, Autonomie und Selbstkompetenz der pflegebedürftigen Person zu erhalten, zu fördern und ggf. wiederherzustellen.

Aus dem Austausch hierzu und unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnungen zur Häuslichen Krankenpflege (ambulant) oder der ärztlichen Anordnungen der Behandlungspflege (stationär) entsteht der professionell begleitete Entscheidungsprozess. Im ambulanten Bereich geht es dabei zusätzlich um die Klärung der Zusammenarbeit bei der Hilfe und Pflege zwischen Angehörigen und dem Pflegedienst im Rahmen von vertraglich vereinbarten Leistungskomplexen bzw. Zeitkontingenten.

Anschließend wird die Einschätzung in der SIS nach den sechs Themenfeldern dokumentiert und durch das Ausfüllen der Risikomatrix zur fachlichen Einschätzung der individuellen Situation als erster Zugang zum Risikomanagement der pflegebedürftigen Person ergänzt.

1.2.2. Element 2: Die Maßnahmenplanung

Grundsätzlich gilt, dass hierzu jede Pflegeeinrichtung vorab eigene Strukturen und Prozesse entwickeln und entlang der einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen und Zielgruppen entsprechende Akzente als Ausdruck des Pflegeverständnisses setzen muss, um die Ausgestaltung und Umsetzung der Maßnahmen zu gewährleisten.

Stationär

Hier werden Aussagen z. B. zur Alltagsgestaltung der grundpflegerischen Regelversorgung (Immer-so-Routinen), zur psychosozialen Betreuung und zur hauswirtschaftlichen Versorgung im Leistungsgefüge der Pflegeversicherung oder zu weiteren Absprachen getroffen. Hinzu kommen Maßnahmen im Bereich der Behandlungspflege mit dem dazu ggf. erforderlichen Risikomanagement. Voraussetzung ist deshalb eine Maßnahmenplanung, die insbesondere die interprofessionelle Begleitung der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen berücksichtigt und koordiniert.

Die Maßnahmenplanung im Rahmen des Strukturmodells unterscheidet sich grundlegend von der bisherigen Praxis. Diese neue Form trägt wesentlich zur Übersichtlichkeit und damit zur Akzeptanz im Alltag bei und bindet sich nahtlos in die Erkenntnisse aus der SIS ein. Die Planung umfasst jetzt diejenigen Maßnahmen, die sich als Erkenntnisse aus

- dem Erstgespräch in Verbindung mit den wissenschaftsbasierten Themenfeldern und dem sechsten Themenfeld,
- unter Einbezug der Matrix zur Erfassung der Risiko- und Pflegephänomene und
- der Abstimmung zu den Sichtweisen, Bedürfnisse und Vorgaben der pflegebedürftigen Person

aus der SIS ergeben.

Die ausführende Pflegefachkraft durchläuft einen gedanklich-fachlichen Prozess, der die Erkenntnisse aus der SIS einbezieht (Welche Ressourcen bestehen? Welche Problemkonstellationen sind vorhanden? Welche Zielsetzungen sind anzustreben?). Auch wenn im Strukturmodell nicht eplizit Ziele dokumentiert werden, sind sie Teil des professionellen Denkens und der Evaluation.

Das Ergebnis dieses Prozesses spiegelt sich in Form konkreter Maßnahmen wieder, ohne dass die übrigen Zwischenschritte verschriftet werden. Letztlich entscheidend für das angestrebte Ergebnis ist die Darstellung der im Einzelfall bewohnerbezogenen wichtigen Maßnahmen.

Die Maßnahmenplanung stellt sich in der Regel durch die Gestaltung einer (Rahmen-) Tagesstrukturierung (einschließlich der nächtlichen Versorgung) dar. Hier kann mit fixen Zeiten und variablen Zeitkorridoren gearbeitet werden. Handlungsleitend ist, ob aus fachlicher Sicht oder auf Wunsch des Bewohners bestimmte Leistungen zu einem fixen Zeitpunkt erbracht werden sollten/müssten.

Unterstützende oder pflegerische Maßnahmen, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden (z. B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form), sind nur einmal zu beschreiben und werden dann mit einem Kürzel in die Tagesstruktur eingepflegt. Entscheidend ist, dass der routinemäßige und wiederkehrende Ablauf in der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung übersichtlich und zur schnellen Orientierung nachvollziehbar einmal dargestellt ist.

Wahlmöglichkeiten in der Gestaltung der Maßnahmenplanung

Es gibt bisher drei wesentliche Vorgehensweisen:

- Variante 1 – Tagesstruktur kompakt: Die individuellen Wünsche und Vorlieben der pflegebedürftigen Person werden in der individuellen Tagesstrukturierung als eine „Grundbotschaft“ vorangestellt. Die pflegerischen Planungen orientieren sich an den Themenfeldern. Hierzu zählen auch die Prophylaxen, die in den Ablauf der Routinepflegemaßnahmen eingebunden sind. Die alltäglichen pflegerischen Handlungen strukturieren sich gemäß den Themenfeldern.
- Variante 2 – Tagesstruktur ausführlich: Hierbei wird der gesamte Tagesablauf – Schritt für Schritt – in der zeitlichen Reihenfolge tagesindividuell einmal beschrieben.
- Variante 3 – Leistungsbezogen ohne Tagesstruktur: Die Angebote/Maßnahmen werden den Themenfeldern ohne Zeitangaben zugeordnet. Hier kann jede Pflegeeinrichtung mit ihrem Team das eigene Vorgehen entwickeln und entlang der einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen und Zielgruppen die gebotenen Strukturen und Prozesse gestalten.
- Variante 4 – Mix aus eins und zwei: Voranstellung der individuellen Wünsche und dann ausführliche Beschreibung des Tagesablaufs, wobei regelhaft wiederkehrende Handlungen im Tagesablauf nur einmal beschrieben und dann mit einem Kürzel eingepflegt werden.

Dokumentation Behandlungspflege unverändert

Die Vorgehensweise bezogen auf behandlungspflegerische Maßnahmen bleibt wie bisher.

Ambulant:

Die ambulante Maßnahmenplanung unterscheidet sich von der stationären dadurch, dass sie sich an Art und Umfang der vereinbarten Leistungen (gemäß des abgeschlossenen Vertrags) und der Informationen aus dem Erstgespräch orientiert. Darüber hinaus ist in diesem Versorgungsbereich die Dokumentation der Beratung (im Sinne von Information und Aufklärung) zu einem oder mehreren Risiko, die bei dem ersten Hausbesuch angesprochen wurden, zu dokumentieren.

Allerdings gilt auch hier der Grundsatz, nicht schematisch alle denkbaren Bereiche anzusprechen, sondern die Information gezielt im Hinblick auf die individuelle Situation abzustellen und eine möglicherweise eingeübte Praxis der Kompensation durch die pflegebedürftige Person zu berücksichtigen. Je nach Situation kann die Notwendigkeit einer erneuten Ansprache eines erkannten Problems im Rahmen von weiteren Hausbesuchen in die Maßnahmenplanung einfließen.

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

Wahlmöglichkeiten in der Gestaltung der Maßnahmenplanung

Es haben sich bisher zwei Muster herausgebildet:

Die sechs Themenfelder der SIS werden zur Strukturierung der Maßnahmenplanung genutzt und können zusätzlich mit den Nummern der Leistungskomplexe verschränkt werden. Eine Spalte zur Evaluation lässt die Erfassung von Veränderungen zu. Entlang dieser Strukturierung erfolgt die individuelle Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung aller aus der SIS gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere auch der Informationen aus dem Feld B und zur Aufgabenteilung zwischen den Angehörigen und dem Pflegedienst.

Die anderen Möglichkeiten liegen in der ausführlichen (oder knappen) Beschreibung des Ablaufs des jeweiligen Einsatzes mit allen individuellen persönlichen und sächlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich.

Dokumentation Behandlungspflege unverändert

Die Dokumentation der Behandlungspflege folgt in der ambulanten Pflege den Regelungen des SGB V.

Ambulant und stationär: Ergänzungsblätter/Zusatzbögen

Spezielle, ergänzende Dokumentationsanforderungen zu pflegetherapeutischen Interventionen im Rahmen des Risikomanagements oder zur befristeten Beobachtung im Verlauf werden vom internen Qualitätsmanagement im QM-Handbuch hinterlegt und sind dort entsprechend bei Bedarf abrufbar. Sie sind immer individuell auf der Basis pflegefachlicher Erkenntnisse und Einschätzungen einzusetzen und ggf. zeitlich befristet mit entsprechenden Evaluationsdaten zu versehen.

1.2.3. Element 3: Das Berichteblatt (Verlaufsdokumentation)

Die Umsetzung der Erkenntnisse aus der SIS und individueller Maßnahmenplanung – verknüpft mit fachlicher Beobachtung – ist ein Teil der Voraussetzung für ein zeitsparenderes und grundlegend verändertes Vorgehen im Berichteblatt. In der grundpflegerischen Versorgung mit ihren beschriebenen, routinemäßigen und wiederkehrenden Handlungen in Pflege und Betreuung (Immer-so-Routinen) konzentrieren sich die Aufzeichnungen im Berichteblatt ausschließlich auf das Auftreten von Abweichungen.

In dem Berichteblatt können grundsätzlich und gemäß Funktion sowie Verantwortungsbereich alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen (z. B. Mitarbeitende nach §§ 45a, bzw. 87b SGBXI, andere therapeutische Gesundheitsfachberufe etc.) Eintragungen innerhalb des vom QM gesteckten Rahmens und unter Berücksichtigung des Datenschutzes vornehmen. Sicherlich ist dies ein Aspekt, der bei der Einführung des Strukturmodells eine interne Überprüfung und ggf. einen kritischen Diskurs der bisherigen Praxis in den Pflegeeinrichtungen erfordert.

Stationär
Die Fokussierung auf das Dokumentieren von Abweichungen hat sowohl fachliche als auch relevante haftungsrechtliche Aspekte. In der stationären Pflege stellte sich z. B. die Frage, ob jede routinemäßige Handlung einzeln abgezeichnet werden muss. Diese Frage kann für die Leistungen der grundpflegerischen Routineversorgung klar mit ‚Nein' beantwortet werden, soweit die Prinzipien des Strukturmodells eingehalten sind.

Achtung
In einigen Pflegeeinrichtungen wird eine „schichtbezogene Abzeichnung" praktiziert. Diese Vorgehensweise ist aus haftungsrechtlicher Sicht grundsätzlich nicht empfehlenswert, weil an der Versorgung in der Regel immer mehrere Personen beteiligt sind und eine solche Abzeichnung nämlich nur dann erfolgen sollte, wenn sich der Unterzeichner davon überzeugt hat, dass die einzelnen Leistungen auch tatsächlich erbracht worden sind. Dies dürfte in der Praxis aufgrund des hohen administrativen Aufwands, wenn überhaupt, nur sehr schwer umzusetzen sein. Insofern sind die Leistungen von demjenigen abzuzeichnen, sofern eine Abzeichnung notwendig ist (dazu unten), der diese auch tatsächlich erbracht hat.

Sicherheit durch systematisches Zusammenwirken zwischen Dokumentationsverfahren und Qualitätsmanagement (QM)
Im Zuge der Umsetzung der entbürokratisierten Dokumentation bieten sich Chancen für ein entsprechendes Pflegecontrolling mit dem dazu passenden QM. Die neuen Anforderungen sind eher auf die strukturelle Unterstützung der Pflegefachpersonen in der opti-

malen Entscheidungsfindung/Maßnahmenauswahl fokussiert, als auf schematische Überprüfungsroutinen.

QM und Pflegemanagement sorgen durch die Festlegung von einer überschaubaren Anzahl von prinzipiellen ‚Immer-so-Leistungsbeschreibungen', (z. B. Morgenpflege oder Begleitung zum Zubettgehen') dafür, dass die dort festgelegten Grundsätze gelten und nicht noch einmal in der Pflegedokumentation des einzelnen Nutzers situativ beschrieben werden müssen, wenn sie entsprechend durchgeführt werden. Wichtig ist, dass jeder Träger/Einrichtung hier eine passende Form findet – mit dem klaren Ziel, die Pflegenden von unnötigem Schreibaufwand zu entlasten.

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 ergänzende Hinweise im Pflegebericht) festzuhalten. Nicht dokumentiert werden müssen grundsätzlich **Routinemaßnahmen** und standardisierte Zwischenschritte sowie Selbstverständlichkeiten. Die Grundpflege setzt sich in der Regel aus solchen Routinemaßnahmen zusammen.

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 Berichteblatt Sicherheit zu erhalten, sind nun die im Folgenden aufgeführten weiteren Hinweise zu notwendigen Rahmenvorgaben zu beachten.

Die Voraussetzung, um im Berichteblatt 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

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, sodass bei diesem Vorgehen Vorsicht geboten ist. Schlussendlich ist es nur hilfsweise zur Anwendung zu bringen und nicht zu empfehlen. **Exkurs Ende**

Neue Aufgaben für das Qualitätsmanagement

Durch flankierende Maßnahmen des Qualitätsmanagements wird das beschriebene Vorgehen zusätzlich unterstützt. Es ist zur trägerspezifischen Ausgestaltung der fach-

lich-juristischen Anforderungen zu regeln, in welchem Zeitrahmen routinemäßig die Maßnahmenplanung überprüft wird, wenn über einen längeren Zeitraum keine Eintragungen erfolgt sind. Ein fachlich angemessener Umgang mit individuellen Risiken kann nur durch individuelle Evaluationszeiten erreicht werden, um Veränderungen einzuschätzen.

Zusätzlich gibt es eine Vielzahl von weiteren Instrumenten zur Überprüfung wie Pflegevisiten, Fallgespräche, Prüfungen und die Kontroll- und Aufsichtspflicht der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. der Pflegedienstleitung.

1.2.4. Element 4: Die Evaluation (4a und 4b)

In fachlich angemessenen Abständen, z. B. abhängig von stabilen oder instabilen Gesundheitssituationen und Pflegebedarfen, erfolgt die Reflexion und ggf. Evaluation der Pflegesituation und eine Reaktion durch entsprechende Angebote.

Parallel gibt es – wie oben ausgeführt – Festlegungen durch das interne QM zur routinemäßigen Überprüfung der aus der SIS abgeleiteten Maßnahmenplanung, insbesondere auch im Hinblick auf den veränderten Umgang mit dem Berichteblatt.

Individuell angepasste Evaluation in fachlich begründeten Zeitkorridoren:

- aktive Setzung von Evaluationsdaten im Kontext „Fokus auf Abweichungen im Pflegebericht“ (Zeitraum einer routinemäßigen Evaluation der Maßnahmenplanung)
- kurzfristig festzusetzende Evaluationsdaten im Kontext der Risikoeinschätzung
- auch unter dem Aspekt einer zeitlich eng befristeten Beobachtung von pflegesensitiven Risiken und Phänomenen bei unklaren Ausgangslagen („Ja oder nein“-Matrix der SIS) zu Beginn der Pflege und Betreuung.

Davon unabhängig sind die anlassbezogenen Evaluationen in akuten Situationen oder bei besonderen Ereignissen wie oben ausgeführt. 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, um gezielter nach fachlicher Entscheidung und in Würdigung der Gesamtsituation einer pflegebedürftigen Person vorzugehen.

Im Rahmen der Implementierungsstrategie wird man diesem Aspekt eine erhöhte Aufmerksamkeit widmen und die Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung systematisch zusammentragen und für die Praxis aufbereiten.

1.3. Zwischenfazit

Die Erkenntnisse aus der praktischen Erprobung des Strukturmodells und die Ergebnisse aus der Begleitevaluation (siehe Abschlussbericht und Anlagenband zum Praxistest April 2014) haben gezeigt, dass diese grundlegende Veränderung in Art und Umfang der Pflegedokumentation die Chance bietet, einen echten Paradigmenwechsel hin zu einem Mehr an konsequenter Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen, an Transparenz und Fachlichkeit einzuleiten und darüber hinaus mögliche Risiken und sich abzeichnende Veränderungen der Situation der pflegebedürftigen Person gezielter und frühzeitiger wahrzunehmen.

2 Aufbau und praktische Anwendung der Strukturierten Informationssammlung (SIS)

2.1. Allgemeines

Die Grundbotschaft heißt: knappe fachliche Darstellung der pflege- und betreuungsrelevanten Aspekte der pflegebedürftigen Person und ihrer individuellen Wünsche. Im Praxistest ist die anfängliche Unsicherheit im Umgang mit der SIS nach einigen praktischen Anwendungen dem Eindruck gewichen, dass durch die Strukturierung in der Regel alles Wichtige erfasst und übersichtlicher dargestellt werden kann. Ist dies im Einzelfall einmal nicht möglich, wird ein Zusatzbogen herangezogen. Die SIS kommt **immer** am Anfang eines Einsatzes oder eines Einzugs zur Sammlung von Informationen zum Einsatz.

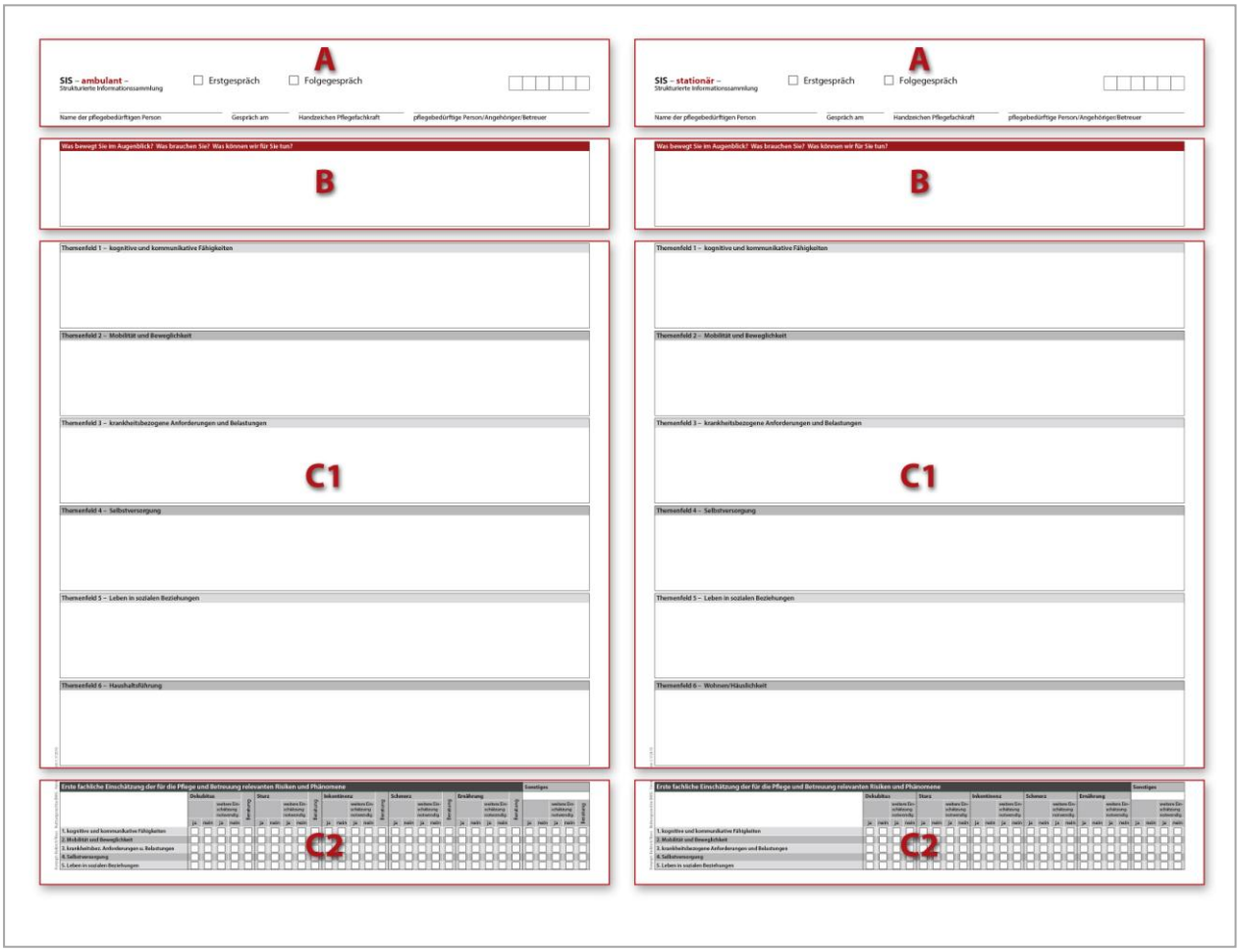

Abb. 3 Grafische Darstellung der SIS für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich, Abschnitte A/B/C1 und C2

Aufbau und Gestaltung

- Die SIS ist in vier Abschnitte eingeteilt (Felder A, B, C1 und C2, siehe Abbildung 3), die systematisch aufeinander aufbauen. Im ambulanten Sektor wird zusätzlich die häusliche Versorgungssituation und der diesbezügliche spezifische Hilfebedarf erfasst werden, im stationären Sektor wird dem Thema Wohnen und Häuslichkeit zur individuellen Gestaltung Raum gegeben.
- Der Verzicht auf Kästchen und Ankreuzverfahren zugunsten von sechs Themenfeldern hilft, die Wahrnehmung und fachliche Einschätzung der Pflegefachperson zur individuellen Situation der pflegebedürftigen Person nicht einzugrenzen. Anfängliche Verunsicherung durch den Freitext verliert sich bald zugunsten einer anderen Güte des Gesprächsverlaufs zwischen der Pflegefachkraft und der pflegebedürftigen Person (bzw. den Angehörigen).
- Die Strukturierung stellt sicher, dass nichts Wesentliches übersehen wird und alle Lebensbereiche sowie individuelle biografische Aspekte der pflegebedürftigen Person angesprochen und aus fachlicher Sicht eingeordnet und dokumentiert werden können.

Prinzipien der praktischen Anwendung

Die Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person findet immer unmittelbar zu Beginn der Pflegeeinsatzes/des Einzugs statt und bildet die aktuelle Situation zum Zeitpunkt der Erfassung ab. Das Ergebnis wird **verpflichtend** durch die Unterschrift der (Bezugs-) Pflegefachkraft bestätigt. Die SIS ermöglicht auch die Unterschrift durch den Pflegebedürftigen und ggf. den Angehörigen oder Betreuer.

Um Einschätzungen abzubilden, die sich zu Beginn der Pflegeübernahme oder nach dem Einzug häufig erst sukzessive einstellen, bedarf es einer Entscheidung des Trägers, welcher Zeitraum oder welches Vorgehen hierfür gewählt wird. Die Vorschläge reichen hier von 48 Stunden bis zu einer Woche. Zusätzliche Einträge in den Themenfeldern **müssen immer** mit Datum und einem **entsprechenden Kürzel der (Bezugs-) Pflegefachkraft** versehen sein. Sollten die zusätzlichen Erkenntnisse zu Beginn auch eine grundsätzlich veränderte Einschätzung/Ergänzung in der Matrix erfordern, bietet es sich an, den Bogen in Gänze zu aktualisieren. Im Praxistest wurde deutlich, dass eine Entscheidung des Pflegemanagements zu diesem Vorgehen deutlich dadurch geprägt wird, ob die Dokumentation elektronisch gestützt oder auf Papier erfolgt.

Die Strukturierte Informationssammlung kann bei Veränderungen des Zustands situationsbedingt – z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt mit gravierenden gesundheitlichen Veränderungen – entweder komplett erneut ausgefüllt (Folgegespräch) oder in

einzelnen Themenfeldern situationsbedingt evaluiert und die Maßnahmenplanung entsprechend angepasst werden.

- Die SIS kann nur von einer hierin qualifizierten (Bezugs-) Pflegefachkraft durchgeführt werden. Die Anwendung bedarf – wie jedes neue Verfahren – zunächst der Übung. Es hat sich im Praxistest bewährt, die Anwendung zunächst auf wenige Personen zu begrenzen und das Aufnahmemanagement zu Beginn der Umstellung zentral zu gestalten, bis ausreichende Kompetenz in allen Versorgungsbereichen gewährleistet werden kann. Es gab aber auch Praxisteilnehmer, die sehr schnell durch Qualifizierung und intensive Begleitung dafür Sorge getragen haben, dass alle Pflegefachkräfte mit der Anwendung der SIS vertraut waren.
- Bei stark kognitiv beeinträchtigten Menschen insbesondere in Verbindung mit herausfordernden Verhaltensweisen - kann/wird dieses Gespräch stellvertretend oder ergänzend mit den Angehörigen und/oder mit dem Betreuer geführt werden. Dies ist entsprechend zu vermerken. Hier kann es durchaus sein, das zunächst auf Anweisung über mehrere Tage eine sehr 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.
- Eine zentrale Vorgabe im Umgang mit der SIS ist 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 und ihren mitunter begrenzten Möglichkeiten sich direkt mitzuteilen. Hier müssen ggf. andere Wege zum Erhalt von Informationen zum Tragen kommen.
- Die Reihenfolge der 6 Themen ist im Ablauf nicht zwingend einzuhalten und kann im Gesprächsverlauf flexibel genutzt werden. Mitunter werden die Informationen auch erst nach dem Gespräch aufgezeichnet. Allerdings haben die Informationen zu den Themenfeldern 1 und 2 eine sehr starke Wechselwirkung zueinander, sodass es sich empfiehlt zumindest diese Reihung einzuhalten.
- Wird aus fachlicher Sicht in einem Themenfeld ein Risiko oder ein pflegesensitives Phänomen angesprochen, das die pflegebedürftige Person anders einschätzt, oder ist sie mit möglichen Vorschlägen zur Risikobegrenzung (z. B. Prophylaxen) nicht einverstanden, wird das kurz in der SIS festgehalten. Es hat ggf. eine Bedeutung in der Maßnahmenplanung für ein eng gesetztes Evaluationsdatum.

2.1.1. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld A

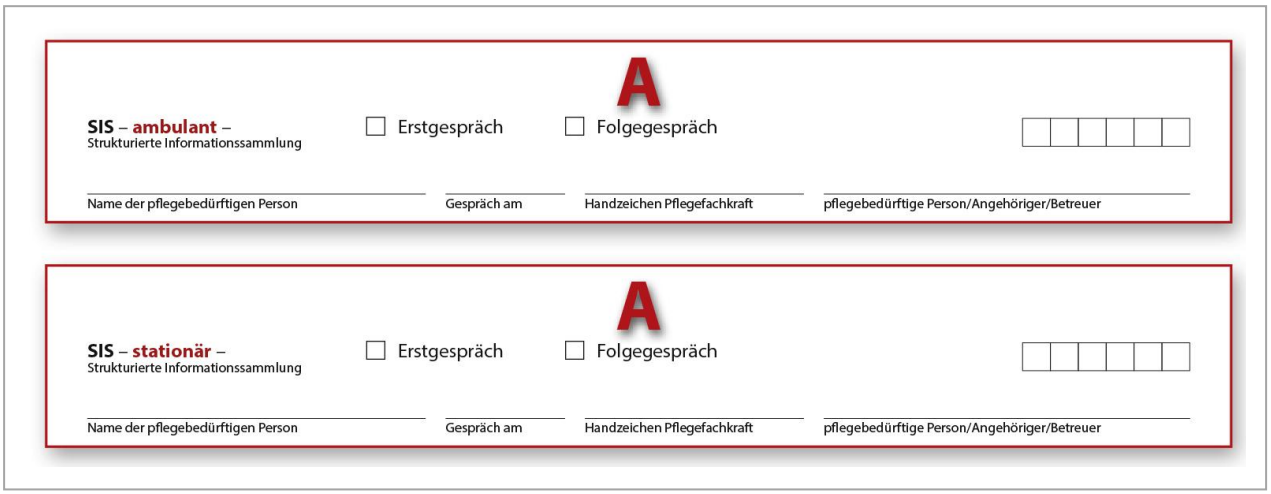

Abb. 4 Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und den stationäre Versorgung, Abschnitt A

Das Element **A** dient der Erfassung von allgemeinen Daten wie Name des Pflegebedürftigen, Aufnahmenummer, Abzeichnung durch die Pflegefachkraft, welche die SIS ausgefüllt hat, und Datum des Erst- oder eines Folgegesprächs.

Die Zeile zur Unterzeichnung der pflegebedürftigen Person/des Angehörigen/des Betreuers gilt als Ausdruck der gegenseitigen Verständigung zur Einschätzung und Darstellung der aktuellen Situation. Letzteres kann bei unterschiedlicher Einschätzung der pflegebedürftigen Person und/oder der Angehörigen eine wichtige Funktion zur Klärung für alle Beteiligten bekommen. Es bleibt in jedem Fall der Empathie und dem Einfühlungsvermögen der Pflegefachperson vorbehalten, eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre zu erreichen und eventuelle Unsicherheiten abzubauen. Diese Unterschrift ist auf keinen Fall auf eine Rechtsfolge gerichtet, sondern auf Compliance und gegenseitige Anerkennung.

Im Praxistest wurde diese Funktion wenig genutzt. Die juristische Expertengruppe empfiehlt allerdings weiterhin zu erproben diese Funktion regelhaft anzuwenden und ggf. sogar festzuhalten, wenn der Pflegebedürftige nicht unterschreiben möchte. Im Rahmen der Implementierungsstrategie bedarf es hierzu sicher vermehrter Erkenntnisse, ob dies zumindest in der ambulanten Versorgung nicht eine zu große Herausforderung für die Situation darstellt und die pflegbedürftiger Person oder die Angehörigen eher verängstigt oder in der akuten Situation überfordert.

2.1.2. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld B

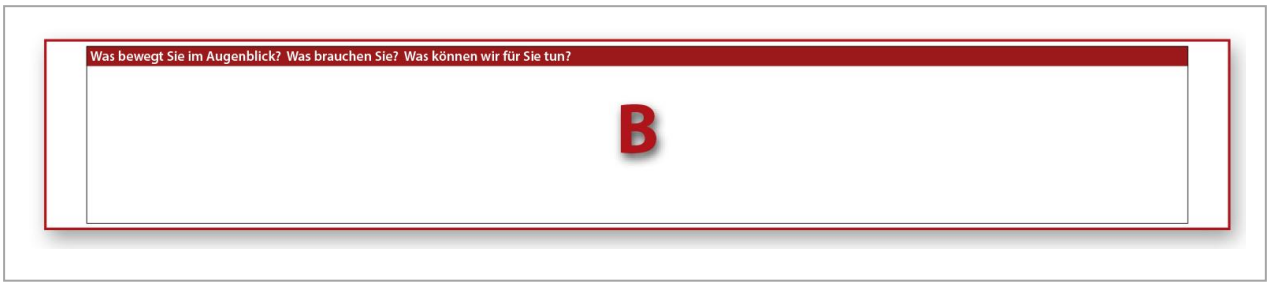

Abb. 5 Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt B

Das Feld **B** ist unterlegt mit Einstiegsfragen für das Gespräch bei Neuaufnahmen, insbesondere zur persönlichen Situation und zum aktuellen Anlass, warum die pflegebedürftige Person aus ihrer Sicht Leistungen des ambulanten Pflegedienstes oder der stationären Pflegeeinrichtung benötigt und welche Erwartungen sie mit der Inanspruchnahme von Dienstleistungen oder dem neuen Wohnort verbindet. Wird die SIS z. B. bei umfassenden gesundheitlichen Einbrüchen oder in familiären Zusammenhängen (ambulant) des Pflegebedürftigen komplett neu erhoben, kann auch dieses Feld wieder genutzt und neu ausgefüllt werden.

Intention dieses bewusst offen gehaltenen Gesprächseinstiegs ist es, einen (ersten) Eindruck zu gewinnen, wie die pflegebedürftige Person (und/oder deren Angehörige/ Betreuungspersonen) die eigene Situation wahrnimmt. Da dieses Gespräch nicht selten im Beisein von Angehörigen oder Ehepartnern stattfindet, wird eventuell gleichzeitig deutlich, welche Rolle die Angehörigen im Kontext der pflegerischen Versorgung oder familiärer Gegebenheiten/Dynamiken spielen. Für die ambulante Pflege ist dies oft ein entscheidender Faktor zur weiteren Organisation des Pflegeeinsatzes. Es bedarf des Einfühlungsvermögens und der Gesprächsführungskompetenz der Pflegefachperson dafür Sorge zu tragen, dass in dieser Gesprächskonstellation dem Pflegebedürftigen entsprechend Raum gegeben wird.

Entscheidend sind hierbei das aktive Zuhören und eine Hilfestellung beim Formulieren von Wünschen und Ängsten etc. Die Informationen des Pflegebedürftigen sollen möglichst im Originalwortlaut und um die erfragten (nicht interpretierten) Befindlichkeiten dokumentiert und nicht in die Fachsprache übersetzt werden.

Darüber hinaus können Aussagen zu pflegerelevanten biografischen Zusammenhängen aufgenommen und ggf. festgehalten werden. Mitunter werden sensible Informationen auch schon im Vorfeld in anderen Gesprächszusammenhängen (z. B. in der Verwaltung ein Gespräch mit dem Sozialdienst oder Hauswirtschaft) bei einem geplanten Einzug

des künftigen Bewohners bekannt, sodass Informationen bereits im Vorfeld gesammelt und dann aktiv von der Pflegefachkraft thematisiert werden können.

Die Fragestellungen (siehe hierzu auch Anlage 4 im Abschlussbericht) sind als Anregung zu verstehen und keinesfalls dazu geeignet, diese schematisch abzufragen und das Gespräch damit zu beginnen. Wichtig ist, dass dieser Sequenz bewusst durch die Pflegefachperson Raum gegeben wird. Im Praxistest wurde von einigen Teilnehmern berichtet, dass sich Informationen zum Element B während des gesamten Gesprächsverlaufs ergeben und abschließend zusammengefasst die prägnantesten Aussagen in diesem Feld im Originalton festgehalten werden. Hierzu bedarf es mit Sicherheit einiger Übung und Erfahrung.

2.1.3. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld C1 (Themenfelder)

Abb. 6 Grafische Darstellung der SIS für die ambulante und stationäre Versorgung, Abschnitt C1

Das Feld **C1** erfüllt die Funktion der Darstellung der fachlichen Perspektive und dient der Einschätzung der Situation der pflegebedürftigen Person einschließlich ihrer Ressourcen und des Unterstützungsbedarfs zum Zeitpunkt des Heimeinzugs oder des Erstgesprächs im häuslichen Bereich. Die systematische Bearbeitung aller Themenfelder aus pflegefachlicher Sicht soll sicherstellen, dass nichts Wesentliches übersehen werden kann. Sollte ein Themenfeld tatsächlich im Einzelfall nicht von Bedeutung sein, ist dies **immer** entsprechend zu vermerken, um zu markieren, dass es nicht übersehen oder übergangen wurde:

- Die Themenfelder dienen der Informationsaufnahme und der pflegefachlichen Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person in den jeweiligen pflegerelevanten Kategorien. Zusätzlich werden mögliche Risiken und Vorschläge zu entsprechenden Maßnahmen hierzu besprochen.
- Die inhaltliche Zuordnung der Themen korrespondiert weitestgehend mit der inhaltlichen Strukturierung des NBA. Die Formulierung der Leitfragen erfolgte entlang der Unterkategorien in den Themengebieten des NBA. Sie dienen der Orientierung für die Pflegefachperson, welche Informationen in den Themenfeldern zu dokumentieren sind. Darüber hinaus erheben die formulierten Fragestellungen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sind keineswegs als „direkte Abfrage“ im Gespräch geeignet.

- Die für die Pflege notwendigen biografischen Daten werden integrativ in der SIS erfasst.
- Die thematische Orientierung mittels Leitfragen dient zudem einer einheitlichen Anwendung der SIS. Sie sind durch interne fachliche Hinweise so aufzubereiten, dass subjektiven fachlichen Schwerpunktsetzungen möglichst entgegengewirkt wird.

Im Folgenden sind die pflege- und betreuungsrelevanten Themenfelder und die entsprechenden fachlichen Zuordnungen der Leitfragen sowie inhaltliche Hinweise im Einzelnen dargestellt:

Themenfeld 1: Kognition und Kommunikation
Leitfrage/Leitgedanke:
In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren, zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen. Hier ist auch das Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen wie z.B. nächtlicher Unruhe, Umherwandern (Weglaufen) oder aggressiv-abwehrendes Verhalten zu beschreiben.
Die Pflegefachperson sollte möglichst prägnant diesbezüglich die pflegerische Situation mit Handlungs- und Gestaltungsräumen der pflegebedürftigen Person, ihren Kompetenzen, Gewohnheiten, Risiken und fachlichen Erfordernissen festhalten.

Themenfeld 2: Mobilität und Bewegung
Leitfrage/Leitgedanke:
In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs zu bewegen. Wichtig ist dabei die fachliche Einschätzung/Beschreibung der Möglichkeiten der Person, sich durch Bewegung in angemessenem Umfang Anregung verschaffen zu können sowie an der Alltagswelt teilzuhaben und teilzunehmen. Der Aspekt des herausfordernden Verhaltens muss dabei berücksichtigt werden.

Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
Leitfrage/Leitgedanke:
In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person durch ihre gesundheitliche Situation/ihre Einschränkungen und Belastungen und deren Folgen pflegerisch-fachlichen Unterstützungsbedarf zeigt. Insbesondere sind die individuellen Belastungsfaktoren, die therapeutischen Settings, die Compliance oder der Handlungsbedarf und

die eventuellen Unterstützungsbedarfe bei der Bewältigung von Risiken und Phänomenen (z. B. Schmerz/Inkontinenz) oder deren Kompensation zu beschreiben und hinsichtlich ihrer krankheits- und therapiebedingten Anforderungen einzuschätzen. Es geht nicht um die ausschließliche Aufzählung von Diagnosen und ärztlichen Therapien/ Medikamente, die bereits in anderer Weise erfasst und dokumentiert sind.

Themenfeld 4: Selbstversorgung
Leitfrage/Leitgedanke:
In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, z. B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken etc. selbstständig/mit Unterstützung zu realisieren. Ziel ist die Unterstützung größtmöglicher Autonomie, Selbstverwirklichung und Kompetenz. Eventuelle (fachliche und ethische) Konflikte zwischen den obengenannten Werten und die Verständigungsprozesse sind nachvollziehbar zu beschreiben.

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen
Leitfrage/Leitgedanke:
In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbstständig/mit Unterstützung gestalten kann und wer sie ggf. dabei unterstützt (privates Umfeld).

Themenfeld 6a: Haushaltsführung (ambulant)
Leitfrage/Leitgedanke:
In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person ihren eigenen Haushalt noch selbst oder mit Unterstützung organisieren und bewältigen kann. Es erfolgen Hinweise zur Abstimmung mit den Angehörigen über ein arbeitsteiliges oder aufgabenorientiertes Vorgehen in der Versorgung der pflegebedürftigen Person.
Hierbei geht es auch um die nachvollziehbare Beschreibung von Konflikt-, Risiko- und Aushandlungssituationen, die sich z. B. infolge psychischer und sozialer Pflege-, Wohn- und Lebenssituationen ergeben.

Themenfeld 6b: Wohnen/Häuslichkeit (stationär)
Leitfrage/Leitgedanke:
In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person ihre Bedürfnisse und Bedarfe in Hinblick auf Wohnen, und Häuslichkeit in der stationären Einrichtung umsetzen kann. Sie sind wichtig für die Erhaltung von Gesundheit, Kompetenz und Wohlbefinden und

die Möglichkeit, sich zu orientieren sowie Sicherheit durch Vertrautes zu erlangen – insbesondere in der unmittelbaren Lebensumwelt (eigenes Apartment, im Doppelzimmer, Küchenzeile für bestehende Selbstversorgungspotenziale, Biografie, insbesondere bei Menschen mit Demenz).

2.1.4. Praktische Anwendung und Erläuterungen zu Feld C2 (Matrix Risikoeinschätzung)

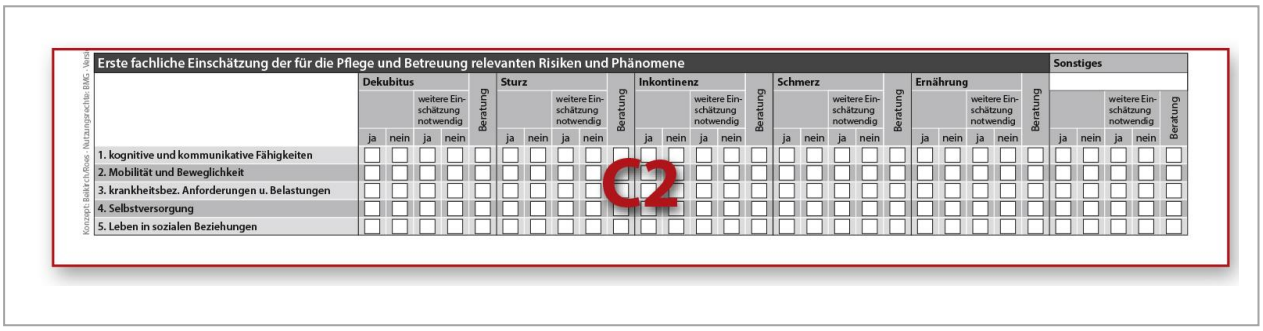

Abb. 7 Grafische Darstellung der Risikoeinschätzung (Matrix) in der SIS, Abschnitt C2 - **ambulant**

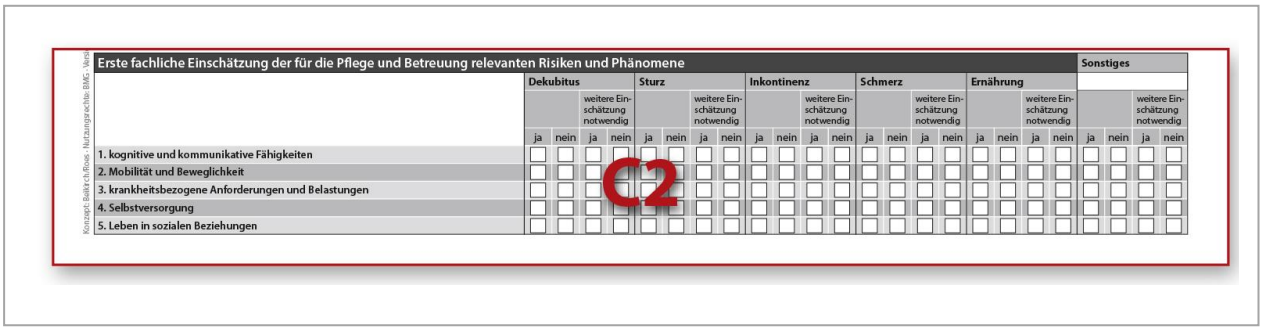

Abb. 8 Grafische Darstellung der Risikoeinschätzung (Matrix) in der SIS, Abschnitt C2 - **stationär**

Für die Risikoeinschätzung wurde eine Matrix entwickelt. Diese berücksichtigt zudem, ob es sich um ambulante oder stationäre Pflege handelt. Mittels eines einfachen – hier 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 wissenschaftsbasiertes Initialassessment bezeichnet.

Der fachgerechte Umgang mit pflegerelevanten Risikofaktoren ist ein zentrales Element zur sicheren Gestaltung des Pflegeprozesses. Er wird in der Praxis als große Herausforderung angesehen und ist mit vielen Ängsten – gerade haftungsrechtlicher Art – verbunden.

Das hat in der Vergangenheit zu einem Einsatz von vielen Differentialassessments und Skalen (z. B. Dekubitus- oder Sturzrisikoskalen) geführt, ohne zuerst eine übergeordne-

te individuelle fachliche Einschätzung zur Situation vorzunehmen (z. B. systematische Auswertung fachlicher Beobachtung und Befragung der pflegebedürftigen Person) bzw. die Notwendigkeit einer differenzierten Risikoanalyse festzustellen. Außerdem kam es in der Vergangenheit durch den Einsatz der vielen Assessments zur unverbundenen parallelen Bearbeitung verschiedener Themen.

Hierdurch wurde das Verständnis für Bezüge und Zusammenhänge nicht gefördert, wertvolle Informationen konnten leicht in der gesammelten Datenfülle untergehen. Als Folge konnte es geschehen, dass nicht immer folgerichtige Konsequenzen gezogen wurden. Hieraus ergab sich ein stark erhöhter Dokumentationsaufwand, ohne die Personensicherheit zu erhöhen.

Im Risikomanagement der neuen Pflegedokumentation erfolgt die „Besinnung“ auf die fachliche Kompetenz von Pflegefachkräften. Zunächst wird aus dem Blickwinkel von Fachlichkeit und beruflichem Erfahrungswissen die Situation der pflegebedürftigen Person beurteilt, bevor eine Entscheidung zur Notwendigkeit einer vertieften Einschätzung (z. B. Differentialassessment, intensive Beobachtungsphase) eingeleitet oder eine Skala ausgefüllt wird. Hier bietet die SIS in ihrer Matrix eine sinnvolle Verknüpfung zwischen Initialassessment und Entscheidung zur Notwendigkeit einer vertieften Einschätzung an, die fachwissenschaftlich begründet ist und nun als praxisnahes Vorgehen eingesetzt werden soll. Hinweise zu Prophylaxen finden in der Maßnahmenplanung (Element 2) Eingang.

Mittels des hier bewusst gewählten Ankreuzverfahrens (Prinzip der Matrix) erfolgt eine erste fachliche Einschätzung hinsichtlich der Zusammenhänge pflegesensitiver Risiken und Phänomene in Bezug zu den Themenfeldern in C1 (Kontextkategorien). Durch die Matrixstruktur sollen die Risiken Phänomene, wie z. B. Dekubitus oder Sturz im Kontext von z. B. Kognition/Kommunikation, zusammenhängend bewertet und dokumentiert werden. Die Erfassung in diesem Abschnitt der SIS **muss** mit Informationen in den Themenfeldern korrespondieren.

Auf Grund empirischer Daten wird davon ausgegangen, dass die aufgeführten Risikobereiche und Phänomene (Dekubitus, Schmerz, Sturz, Inkontinenz, Ernährung) die am häufigsten vorkommenden in der Langzeitpflege sind (sie decken sich zudem mit den Themenschwerpunkten der Expertenstandards des DNQP).

Zusätzlich gibt es die Kategorie „Sonstiges“ für weitere Risiken oder Phänomene je nach spezieller Situation der pflegebedürftigen Person. Hierzu gehören nicht spezifi-

sche Themen der Prophylaxe. Diese finden in der praktischen Umsetzung Eingang in die Maßnahmenplanung als Konsequenz aller Erkenntnisse aus der SIS.

Spezielle Aspekte der Risikoerfassung und der Dokumentation von Aufklärung und Beratung in der ambulanten Pflege:
Insbesondere in diesem Versorgungsegment kann es ggf. zu einer Diskrepanz zwischen den Auffassungen der pflegebedürftigen Person (und ggf. ihrer Angehörigen) und denen der Pflegefachperson kommen. Der Pflegedienst kann aber nur begrenzt in der Häuslichkeit Einfluss nehmen. Deshalb ist es wichtig, das Ergebnis dieses Gesprächsabschnittes kurz und knapp in der SIS festzuhalten und eventuell in der Maßnahmenplanung mit der Festlegung eines Datums für ein erneutes Beratungsgespräch zu versehen. Vor diesem Hintergrund ist in der SIS die Kategorie „Beratung“ in die Matrix der ambulanten Pflege eingefügt worden. Sie ist in dem Kontext „Beratung erfolgt“ zu verstehen und nicht dahingehend, dass eine Beratung vorgesehen ist.

Für diesen Komplex wird in der ambulanten Pflege nicht selten ein knapper Zusatzbogen zur Erfassung der Beratungsleistungen und ihrer Ergebnisse geführt, was unter den Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege sinnvoll erscheinen kann, aber nicht unbedingt erforderlich ist, da die Ergebnisse in den Themenfeldern erfasst werden können. Dies ist eine Entscheidung des Pflegemanagements der Einrichtungen.

Die praktische Anwendung der Matrix erfolgt in mehreren Schritten:

- Es ist immer eine fachliche Entscheidung dazu notwendig, wie prägnant sich die Situation bei der Aufnahme aus Sicht der Pflegefachperson darstellt und ob ein Risiko sofort erkennbar ist. Dies **muss** mit „ja“ oder „nein“ über **alle** Themenfelder angekreuzt werden.

Wenn **„ja“** angekreuzt wurde, ist **immer**

- fachlich zu entscheiden, ob die Einschätzung zur Risikosituation für die Folgerungen in der Maßnahmenplanung eindeutig ist oder es zunächst einer **weiteren Einschätzung** bedarf (z. B. durch ein Differentialassessment mit Hilfe eines Standardinstruments oder die Hinzuziehung einer speziellen Expertise).

- Diese Entscheidung muss immer in der Spalte **„weitere Einschätzung notwendig“** entsprechend mit „ja“ oder „nein“ dokumentiert werden.

Wird zu einem Thema und einem Risiko „nein“ angekreuzt, kann z. B. durch die Setzung eines kurzfristigen Evaluationsdatums oder entsprechender zeitlich befristeter

Anweisungen in der Maßnahmenplanung diese erste Entscheidung zeitnah überprüft und wieder fachlich neu eingeordnet werden. Das gleiche Prinzip kann für das Ankreuzen von „ja“ gelten.
Die Kategorie „Beobachten“ (die ursprünglich in der Matrix enthalten war) ist nun nach den Erfahrungen aus dem Praxistest auf die Ebene der Maßnahmenplanung verlagert worden. Dies bedingt mehr Klarheit im Vorgehen. Es soll dennoch der Situation Rechnung tragen, dass die aktuelle fachliche Einschätzung der pflegebedürftigen Person zu Beginn immer in eine Phase des gegenseitigen „Sich Kennenlernens“ stattfindet.

Ein **kompensiertes Risiko/Phänomen** (z. B. Schmerz/Inkontinenz) ist mit **„nein“** zu bewerten. Es wird entweder anlässlich einer akuten Veränderung der Situation oder im Rahmen der Verlaufsbeobachtung durch ein eigens gesetztes Evaluationsdaten einer erneuten fachlichen Einschätzung unterzogen.

2.2. Zwischenfazit

Dem neuen Vorschlag zur Risikoeinschätzung im Rahmen des Strukturmodells liegen folgende Überlegungen 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 Kontextkategorien (Themenfelder) wie Kognition/Kommunikation, Mobilität/Bewegung etc. zusammenhängend betrachtet und dokumentiert.

Ableitend aus allen Informationen kann der pflegerische, betreuende und hauswirtschaftliche Handlungsbedarf definiert und dokumentiert werden. Im Maßnahmenplan sind die einzuleitenden Maßnahmen mit messbaren Hinweisen (z. B. Beobachtung des Sturzrisikos unter Berücksichtigung der kognitiven Beeinträchtigungen in den nächsten 2 Tagen) und im Feld Evaluation das Ergebnis dieser Risikoeinschätzung eindeutig festzuhalten. Der fachlich begründeten Entscheidung zum Umgang mit individuellen Risikosituationen wird auch im Rahmen der Evaluation bewusst Raum gegeben.

Es ist wichtig zum Abschluss des Gesprächs und/oder beim Ausfüllen der SIS alle Felder kritisch durchzugehen und zu überprüfen, inwieweit die Informationen in den einzelnen Abschnitten (A/B/C1/C2) fachlich und 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 Plausibilitätscheck aller bis dahin verschrifteten Informationen in der SIS zur eigenen Überprüfung der Dokumentationsqualität verwendet werden.

Im Praxistest gab es zwei Varianten im Umgang mit der SIS. Einige Anwender haben in den Themenfeldern der SIS viele Informationen dokumentiert und ihre Maßnahmenplanung eher schlank gehalten. Andere wiederum haben dies genau umgekehrt gestaltet.

Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen noch Informationen, um abschließend beurteilen zu können welche Variante geeigneter erscheint Übersichtlichkeit und gute Orientierung zu bieten und ob dies im ambulanten und/oder stationären Sektor von grundsätzlicher Bedeutung ist. Für eine sachgerechte und praktikable Ausgestaltung dieser Dokumentationspraxis werden im Rahmen der Implementierungsstrategie ebenfalls noch mehr systematische Erkenntnisse für die praktische Umsetzung erwartet.

3 Notwendige Rahmenbedingungen zur Umstellung der Pflegedokumentation auf das Konzept des Strukturmodells

Bei einer Entscheidung des Trägers zur Umstellung auf die neue Art Pflegedokumentation ist die Frage nach der längerfristigen Nutzenstiftung oder dem Benefit für eine Pflegeeinrichtung oder einen Pflegedienst verständlich. Der Praxistest hat die erhofften Effekte bestätigt und bereits erstaunliche Hinweise auf erhöhte Arbeitszufriedenheit, Zeitersparnis, schnelle Orientierung und Übersichtlichkeit, Bedeutung der Fachlichkeit und Aufmerksamkeit gegenüber dem Pflegebedürftigen aufgezeigt.

Dennoch ist, wie zu erwarten, zu Beginn der Umstellung der zeitliche und organisatorische Aufwand größer, bevor sich Ziele wie Zeitersparnis durch den geringeren Dokumentationsaufwand und ein routinierter Umgang mit den Effekten aus der SIS einstellen. Es bedarf daher der systematischen Schulung, eines einrichtungsindividuellen Konzepts der Umsetzung auf betrieblicher Ebene und einer wirtschaftlichen Einschätzung zu möglichen Investitionen bei der Umstellung der Pflegedokumentation.

Im Praxistest war zu beobachten, dass die praktische Umsetzung dort besonders erfolgreich war, wo die Grundprinzipien des Strukturmodells intern reflektiert und erprobt wurden und trotz vieler Herausforderungen Entschlossenheit auf allen Ebenen des Unternehmens zu spüren war, mit eigenen Beiträgen und Ideen an der Problemlösung des Themas Entbürokratisierung der Pflegedokumentation mitzuwirken.

Für eine erfolgreiche Umstellung der Pflegedokumentation gemäß den Prinzipien des Strukturmodells bedarf es bestimmter Rahmenbedingungen, die zuvor offen thematisiert werden sollten. Diese beziehen sich auf die Gesamtsituation des Unternehmens, wie z. B.:

Ist die Pflegeeinrichtung derzeit überhaupt belastbar? Nimmt sie gerade an anderen Projekten oder der Erprobung von Konzepten teil? Finden innerbetriebliche Umstellungen in der Administration statt? Soll zunächst auf einer Wohnetage oder einer Tour (ambulant) das Modell erprobt werden? etc.

Es gilt zu bedenken, dass gerade Umbruchsituationen oder geplante Neuerungen/ Umstellungen nicht selten Auswirkungen auf Dokumentationsanforderungen haben. Sie können insofern genutzt werden, um gleichzeitig eine kritische Analyse zu Aspekten des Dokumentationsumfangs entlang der Grundprinzipien des Strukturmodells durchzuführen.

Die Entscheidung des Trägers zur Einführung der neuen Pflegedokumentation setzt eine positive Haltung des Pflege- und Qualitätsmanagements und die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen voraus. Sie erfordert Grundsatzentscheidungen des Trägers zur Absicherung des Gesamtvorhabens, die für alle Mitarbeiter nachvollziehbar sein sollten wie:

- Einsetzen einer verantwortlichen Person oder eines Teams und eine konsequente Unterstützung und Reflexion des Prozesses durch das Management
- Bereitstellung von personellen, zeitlichen und sächlichen Ressourcen auf allen Ebenen und auf der Grundlage eines festgelegten Zeit- und Organisationsschemas
- Regelmäßige Berichterstattung des Projektverantwortlichen/des Projektteams an das Management über den aktuellen Stand
- Analyse von Kompetenzprofilen der Pflegefachkräfte, um diejenigen zu identifizieren, die für die Implementierung der neuen Pflegedokumentation geeignet erscheinen um den Prozess konstruktiv und motivierend voranzutreiben (beachte: Qualifikationsmix, Bedeutung älterer Mitarbeiter(innen)/Multiplikatoren)
- Eng abgestimmte Vorgehen des Pflege- und Qualitätsmanagements und Überprüfung der Funktionalität und Zweckbestimmung jedes einzelnen Blattes einschließlich der Zusatzbögen der bisherigen Pflegedokumentation entlang der Grundprinzipien des Strukturmodells
- Einordnung der Dimensionen des bisherigen Dokumentationsaufwands aus fachlichen Erfordernissen und durch betriebliche Vorgaben für andere Zwecke (z. B. Kennzahlen /Zertifizierungsverfahren etc.).
- Überprüfung der Aktualität vorliegender Verfahrensanleitungen für immer wiederkehrende grundpflegerische Leistungen(Leistungsbeschreibung) oder die Überprüfung des Vorhandenseins von Dienstanweisungen, Anleitung und Einweisung in Tätigkeiten, stichprobenhaften Überprüfungen, in Betracht kommender Zeugen im Rahmen des QM
- Vorliegen von aktuellen Stellen- bzw. Funktionsbeschreibungen, aus denen sich Verantwortlichkeiten rund um die Prozessgestaltung ergeben
- Festlegung des innerbetrieblichen Konzepts zur sukzessiven Umstellung und Schulung auf das Strukturmodell, z. B. bei jeder Neuaufnahme oder in einzelnen organisatorischen Einheiten oder nach Touren etc.
  Ggf. die Zusammenarbeit mit den Ausbildungsstätten und einer Bildungseinrichtung.

Die Einführung der schlanken Pflegedokumentation zeigt, dass diese Entscheidung auch Ausgangspunkt ist, innerbetriebliche Prozesse rund um den Pflegeprozess, deren Wirksamkeit und den damit verbundenen Ressourceneinsatz zu reflektieren.

Ziel ist es, die Dokumentationspraxis im Sinne der Zufriedenheit von Nutzern und Mitarbeitenden fachlich wie organisatorisch neu zu bewerten und auszurichten. Durch das beschriebene systematische Handeln im Qualitätsmanagement unter Berücksichtigung von Potenzialen der Mitarbeitenden, von ressourcenschonender Organisation sowie einer konsequenten Ausrichtung der Pflege- und Betreuungsleistung an den Bedarfen, Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Personen, ist die Pflegedokumentation zukunftssicher auszugestalten.

4 Schlussbetrachtungen

Die vorliegende Handlungsanleitung ist Ergebnis eines intensiven fachlichen und interdisziplinären Arbeitsprozesses der die gesamte Pflegelandschaft ergriffen hat, mit dem Ziel, die zur Verfügung stehende Zeit für Pflege im Langzeitbereich wieder stärker der direkten und persönlichen Sorge für den Nutzer zur Verfügung zu stellen, indem aktiv Bürokratie im Planungs- und Dokumentationsprozess abgebaut wird. Gleichzeitig wird durch den innovativen Ansatz im Vorgehen eine Steigerung der Dokumentationsqualität angestrebt.

Es ist ein Prozess, der nicht nur den pflegebedürftigen Personen hilft, sondern auch in hohem Maße der Arbeitszufriedenheit der professionell Pflegenden dient. Eine effiziente, sichere und transparente Dokumentation entlastet sie von den Ängsten und dem unnötigem Nachweisdruck, der durch zunehmende Verregelung der Pflege in den letzten Jahren entstanden war. Die ausgeuferte, von Misstrauen gesteuerte Dokumentation des Pflegeprozesses führte – neben dem Verschleiß an zeitlichen und wirtschaftlichen Ressourcen – bei den Berufsangehörigen zu Entmutigung, Frustration, verschärften Stresssituationen, und Erschöpfung und war ein deutlicher Risikofaktor für Berufsverdrossenheit und -flucht professionell Pflegender.

Dieser Entbürokratisierungsprozess schafft mit dem Strukturmodell auf drei Ebenen Chancen der Weiterentwicklung für die **Langzeitpflege:**

- Erstens unterstützt er die Autonomie und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger, indem die Prozessgestaltung konsequent von diesem Blickwinkel ausgeht.

- Zweitens entsteht ein schlanker Pflegeprozess, der auf die Fachlichkeit und Verantwortung der Pflegenden und auf ihre professionellen und persönlichen Kompetenzen vertraut. Sie werden durch die Arbeit mit der SIS in ihrem Selbstverständnis, ihrer Wirksamkeit und im konsequent sinn- und wertegeleiteten, personenzentrierten Handeln gesehen und unterstützt.

- Drittens hilft der ineinandergreifende Prozess aus SIS, Risikomatrix und Maßnahmenplanung mit seiner inneren Logik die zeitlichen und fachlichen Gestaltungsräume zu schaffen, um unter den schwierigen Rahmenbedingungen Pflege sicher zu konzipieren: entschlackt von Ballast und verschlankt, entjurifiziert und dabei effizient und effektiv.

Auf diese Weise fördert der verschlankte, sichere Pflegeprozess die Freude und das Wohlergehen aller Beteiligten. Die vielversprechenden Berichte der Mitarbeiterinnen aus den Modellregionen sprechen hier eine eindeutige Sprache.

Gleichwohl ist ein fachlicher Diskurs zu Konzept und Verfahren bei der Umsetzung des Strukturmodells notwendig und im Sinne stetiger Entwicklungen zielführend.

Es sind vor allem die Mitarbeitenden der Pflegepraxis, die Verantwortlichen der Einrichtungen und die Verbände gewesen, die es mit ihrem Mut, ihrem hohen Einsatz, Kompetenz und Pioniergeist möglich gemacht haben, dass der Entwicklungsprozess in dieser Weise gelungen ist und nun eine Handlungsanleitung für die Modellerprobung in der gesamten Bundesrepublik vorliegt. Ihnen gilt Dank- und es ist jetzt schon klar, dass sie ein Stück der Geschichte der deutschen Pflege mitgeschrieben haben.

Dank auch an die Gruppe der Juristen, die bereit waren, Fehlentwicklungen zu korrigieren und sich in intensiver Arbeit auf die Suche nach Lösungen gemacht haben, um Transparenz, Rechtssicherheit und Angemessenheit im Pflegeprozess zu verknüpfen.

In dem breiten Bündnis der Entbürokratisierung ist es durch die aktive Teilnahme und Mitgestaltung der Vertreter von Prüfinstanzen gelungen, tragende, zukunftsfähige Brücken der kompetenten und vertrauensvollen professionellen Kooperation zu bauen.

Ohne den politischen Mut auf Bundes- und Landesebene und das entschiedene Eintreten für eine zeitgemäße professionelle Pflege wäre dieser Prozess nicht möglich gewesen. Der Dank aller Beteiligten gilt den politischen Vertretern aller Parteien für ihre breite Unterstützung und ihr Vertrauen in die Pflege.

5 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Grafische Darstellung Strukturmodell ambulant 9

Abb. 2 Grafische Darstellung Strukturmodell stationär 10

Abb. 3 Grafische Darstellung der SIS für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich (Abschnitte A/B/C1und C2) 22

Abb. 4 Grafische Darstellung der SIS für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich, Abschnitt A 25

Abb. 5 Grafische Darstellung der SIS für den ambulanten und stationären Versorgungsbereich, Abschnitt B 26

Abb. 6 Grafische Darstellung der SIS für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich, Abschnitt C1 28

Abb. 7 Grafische Darstellung der Matrix zur Risikoeinschätzung in der SIS, Abschnitt C2 – ambulant 31

Abb. 8 Grafische Darstellung der Matrix zur Risikoeinschätzung in der SIS, Abschnitt C2 – stationär 31

Anhang

1. Strukturmodell – ambulant – ohne Erläuterungen (Version 1.1)
2. SIS – ambulant – überarbeitete Fassung und grafische Gestaltung in den Varianten bunt und grau (Version1.1)
3. Strukturmodell – stationär – ohne Erläuterungen (Version 1.1)
4. SIS – stationär – überarbeitete Fassung und grafische Gestaltung in den Varianten bunt und grau (Version1.1)