



Informations- und Schulungsunterlagen zur Pflegedokumentation mit dem Struk- turmodell in der ambulanten, vollstationären und teilstationären Langzeitpflege sowie der Kurzzeitpflege (SGB XI)

**Version EinSTEP 3.0
Frühjahr 2025**

Impressum:

Projektbüro EinSTEP (c/o AWO Bundesverband e. V.)

Expertengremium zur Beratung der aktualisierten Fassung (Version 3.0):

F. Arsenijevic (APVP), Prof. Dr. Dr. h. c. **A. Büscher** (HS Osnabrück/DNQP), **M. Ducke** (VDAB), Prof. Dr. **K. Engel** (Ev. HS Dresden), **M. Frommelt** (Direktorin HWA), Dipl.-Pflegerwirt **M. Krebs** (DNQP), **R. Meier** (HWA), **M. Nußbaum** (i.A. Careproof), **M. Müller-Steineck** (MD-Bund), Dipl.-Pflegerwirtin **C. Stenzel-Maubach**, **E-M. Riegel** (Paritätär Berlin), **E.- E. Rösen** (ehemalige Regionalkoordinatorin EinSTEP), Prof. Dr. **M. Roes** (DZNE Witten), **L. Wöhler** (bpa).

Juristische Beratung: Prof. Dr. A. Jorzig (IB Hochschule Ges. u. Soz. Berlin), RAin für Medizinrecht

Beratung Digitalisierung in der Pflege: Prof. Dr. **Y. Gorniak** (FHDW Paderborn)

Konzeption Kapitel I: **H-D. Nolting**, (GF IGES Institut) **Layout:** **J. Krieger** (IGES Institut)

Projektleitung: E. Beikirch (EB HCM; im Auftrag des Projektbüros EinSTEP)

Projektförderung: Die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege

Berlin, Mai 2025

Inhalt

Vorwort	9
Einführung in EinSTEP 3.0	10
Aufbau der Informations- und Schulungsunterlagen	12
Kapitel I – Entwicklungen in der Langzeitpflege und ihre Relevanz für das Strukturmodell	15
1. Pflegewissenschaftliche Grundlagen	15
1.1. Person-Zentrierung	16
1.2. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegeverständnis	17
1.3. Der 4-phasige Pflegeprozess	19
2. Qualität und Qualitätssicherung	20
2.1. Expertenstandards des DNQP	21
2.2. Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)	23
2.3. Indikatoren gestütztes Verfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität	24
3. Weitere relevante Entwicklungen	26
3.1. Vorbehaltsaufgaben gemäß Pflegeberufegesetz	26
3.2. Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen („PeBeM“)	28
3.3. Künstliche Intelligenz im Kontext digitaler Dokumentation	31
Kapitel II – Das Konzept des Strukturmodells	34
1. Kurzdarstellung Strukturmodell und Rahmenbedingungen	34
1.1. Rechtliche Aspekte im Kontext des Strukturmodells	37
1.1.1. Juristische Einordnung	37
1.1.2. Sozialrechtliche Regelungen (SGB XI), Pflegedokumentation und Strukturmodell	38
1.2. Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Strukturmodells	38
1.2.1. Technische Aspekte zur Umsetzung in Softwaresystemen und Kooperation mit den Herstellern	38
1.2.2. Funktion und Aufgaben der Kooperationsgremien (KOG) in den Ländern zur Verstetigung des Strukturmodells	39
1.2.3. Flankierung durch den Gesetzgeber	40
2. Die 4 Elemente des Strukturmodells im Detail	42
2.1. Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)	42
2.1.1. Einleitung in Struktur und Aufbau	45
2.1.2. Die Felder der SIS® (A-B-C1-C2) im Detail	46
2.1.3. Feld A: Allgemeine Informationen und verbindlicher Abschluss	46
2.1.4. Feld B: Die Perspektive der pflegebedürftigen Person	47
2.1.5. Feld C1: Die Themenfelder (TF) im Detail	51

2.1.6.	Feld C 2: Die Matrix im Detail	68
2.1.7.	Abschluss und Plausibilitätscheck	80
2.1.8.	Spezielle Aspekte der Tagespflege (TP) und die Ausrichtung der SIS®	81
2.1.9.	Speziell Aspekte der Kurzzeitpflege (KZP) und die Ausrichtung der SIS®	82
2.2.	Element 2: Der Maßnahmenplan	84
2.2.1.	Vorstellen der Grundbotschaft	84
2.2.2.	Grundsätze zur Erstellung des Maßnahmenplans	86
2.2.3.	Allgemeine und spezielle fachliche Hinweise zur Maßnahmenplanung	88
2.2.4.	Strukturierung und (technische) Gestaltung des Maßnahmenplans	90
2.2.5.	Der Maßnahmenplan in der ambulanten Pflege	91
2.2.6.	Der Maßnahmenplan in der Tagespflege	92
2.2.7.	Der Maßnahmenplan in der Kurzzeitpflege	94
2.2.8.	Herausforderungen im Umgang mit dem Maßnahmenplan	96
2.2.9.	Exkurs: Funktion und Bedeutung von Verfahrensanweisungen	97
2.3.	Element 3: Das Berichtblatt	100
2.3.1.	Funktion und Prinzipien des Berichtblatts	100
2.3.2.	Das Berichtblatt in der Tagespflege	102
2.3.3.	Das Berichtblatt in der Kurzzeitpflege	103
2.3.4.	Herausforderungen im Umgang mit dem Berichtblatt	103
2.3.5.	Interne Regelungen: Berichtblatt	104
2.3.6.	Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Berichtblatt	104
2.3.7.	Exkurs: Der „Immer so Beweis“ – Funktion und Voraussetzungen	105
2.4.	Element 4: Die Evaluation	107
2.4.1.	Anlässe zur individuellen Evaluation und Steuerung des Pflegeprozesses	107
2.4.2.	Das Prinzip „kleiner und großer Evaluationskreis“ im Strukturmodell	109
2.4.3.	Herausforderungen im Umgang mit der Evaluation	111
2.4.4.	Das Prinzip der „vertieften Einschätzung“ bei unklaren Situationen	112
2.4.5.	Einzelthemen für Anlässe zur Evaluation	116
	Evaluation bei grundlegender Änderung der persönlichen Perspektive der pflegebedürftigen Person (Feld B)	117
2.4.6.	Interne Regelungen im Zusammenhang mit der Evaluation	117
2.4.7.	Evaluation in der Tagespflege	118
	Kapitel III – Implementierung des Strukturmodells und Steuerung	119
1.	Erfahrungen und Erkenntnisse	119
1.1.	Allgemeines	119

1.2.	Vorab zu klärende Fragen vor der Umsetzung	120
2.	Management der Umsetzung	124
2.1.	Umgang mit Dokumentationssystemen	125
2.2.	Ein Projektplan als Wegweiser für das weitere Vorgehen	127
	Literaturverzeichnis	135
	Weiterführende Lesehinweise	137
	Anlagen	138
	Abbildungen	6
	Tabellen	8

Abbildungen

Abbildung 1:	Struktur und Aufbau der Schulungsunterlagen EinSTEP 3.0	14
Abbildung 2:	Unterschiede zwischen dem Begutachtungsinstrument (BI) und der Funktion der SIS® im Strukturmodell	18
Abbildung 3:	Person-zentrierter Ansatz und 4-phasiger Pflegeprozess im Konzept des Strukturmodells und der Pflegedokumentation	20
Abbildung 4:	Die vier Elemente des Strukturmodells	36
Abbildung 5:	EinSTEP Strukturen	39
Abbildung 6:	Grundstruktur und Prinzipien der Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells im Überblick	41
Abbildung 7:	Funktion der SIS® (vollstationär) im Konzept des Strukturmodells	43
Abbildung 8:	Funktion der SIS® (ambulant) im Konzept des Strukturmodells	44
Abbildung 9:	Struktur und Aufbau der SIS® (Felder A/B/C1/C2) in allen Varianten gleich	45
Abbildung 10:	Feld A in der SIS® ambulant, stationär, Tagespflege (TP) und Kurzzeitpflege (KZP)	46
Abbildung 11:	Feld B in der SIS® (ambulant und stationär)	48
Abbildung 12:	Themenfeld 1: kognitive und kommunikative Fähigkeiten (alle Versorgungsbereiche)	55
Abbildung 13:	Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit (alle Versorgungsbereiche)	57
Abbildung 14:	Themenfeld 3: Krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen (alle Versorgungsbereiche)	59
Abbildung 15:	Themenfeld 4: Selbstversorgung (alle Versorgungsbereiche)	60
Abbildung 16:	Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen (alle Versorgungsbereiche)	62
Abbildung 17:	Themenfeld 6: Haushaltsführung (ambulant)	63
Abbildung 18:	Themenfeld 6: Wohnen/Häuslichkeit (vollstationär)	64
Abbildung 19:	Themenfeld 6: Alltagsfähigkeiten und Rückzugsbedürfnisse (Tagespflege)	65
Abbildung 20:	Themenfeld 6: Versorgung in der Kurzzeitpflege	67

Abbildung 21:	Grafische Darstellung Feld C2 der Matrix in der SIS® für die stationäre und teilstationäre Pflege	71
Abbildung 22:	Grafische Darstellung Feld C2 der Matrix in der SIS® für die ambulante Pflege	73
Abbildung 23:	Varianten im Vorgehen zur fachlichen Einschätzung von Risiken und Phänomenen im Zusammenhang mit den TF (Variante A)	75
Abbildung 24:	Varianten im Vorgehen zur fachlichen Einschätzung von Risiken und Phänomenen im Zusammenhang mit den TF (Variante B)	75
Abbildung 25:	Entscheidungen in der Matrix und weiteres Vorgehen an den Schnittstellen SIS®, Maßnahmenplan (MP) und Berichtblatt (BB)	79
Abbildung 26:	Nichts vergessen? Qualitätscheck der Pflegefachperson vor Abzeichnung der SIS®	81
Abbildung 27:	Unterschiede in der SIS® Tagespflege im Gegensatz zur Variante stationär	82
Abbildung 28:	Unterschiede in der SIS® Kurzzeitpflege im Gegensatz zur Variante stationär	83
Abbildung 29:	Themen der Maßnahmenplanung (ambulant und vollstationär)	88
Abbildung 30:	Themen der Maßnahmenplanung in der Tagespflege	93
Abbildung 31:	Themen der Maßnahmenplanung in der KZP	94
Abbildung 32:	Inhalte mit Relevanz für die Nutzung des Berichtblatts	101
Abbildung 33:	Grafische Darstellung der drei Säulen des „Immer-so-Beweis“	106
Abbildung 34:	Faktoren für eine anlassbezogene Evaluation	109
Abbildung 35:	Grafische Darstellung „Kleiner und Großer Evaluationskreis“	109
Abbildung 36:	Prinzip der vertieften Einschätzung für weitere Erkenntnisse im Rahmen der Risikoeinschätzung - zu Beginn und im Verlauf	114
Abbildung 37:	Grafische Darstellung Steuerung Einführungsprozess Strukturmodell	128

Tabellen

Tabelle 1:	Impulsfrage „Was bringt Sie zu uns?“ in der Tagespflege vs. Kurzzeitpflege	50
Tabelle 2:	Themenfelder in der SIS®	51

Erläuterung zu den Symbolen im Text:**Beachte****Impulsbeispiel (oder nur Beispiel)****i.S.v. „... könnte bei diesem Thema wichtig sein...“****Impulsfrage****Beachte (Hinweise f. das Pflege- u. Qualitätsmanagement)**

Vorwort

Über Jahrzehnte nahm der Umfang der Pflegedokumentation durch einen hohen Detaillierungsgrad immer mehr zu. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde 2013 ein Vorschlag in Zusammenarbeit mit einer Experten-Gruppe aus Praxis, Wissenschaft, Management sowie Vertretungen der Länder und der Prüfinstanzen erarbeitet. Es entstand das **„Strukturmodell“ zur Strukturierung der Pflegedokumentation als Grundlage für die Steuerung des Pflegeprozesses in Pflegeeinrichtungen gem. SGB XI**. Des Weiteren wurden Empfehlungen zur praktischen Erprobung entwickelt. Nach einem erfolgreichen Praxistest wurde am 01.01.2015 im Auftrag des damaligen Pflegebevollmächtigten, Karl-Josef Laumann, vom IGES Institut (Berlin) das Projektbüro „EinSTEP“ zur Koordination und Steuerung der bundesweiten Implementierung in der ambulanten und vollstationären Pflege eingerichtet. Dies erfolgte in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Leistungserbringerverbänden. Die Schulung von ca. 800 Multiplikatoren und Multiplikatorinnen erfolgte auf Grundlage bundeseinheitlicher Schulungsunterlagen (Version 1.0) des Projektbüros EinSTEP. Im November 2017 wurde die Trägerschaft des Projektbüros durch die Leistungserbringerverbände auf Bundesebene übernommen. Im Jahr 2018 wurde das Strukturmodell in der Kurzzeitpflege und der Tagespflege erprobt und geringfügig angepasst (Version 2.0). Aktuell wird von einer Umsetzung des Strukturmodells in bis zu 80 % der Einrichtungen in allen Versorgungsbereichen ausgegangen (Stand Dez. 2024).

Unterschiedliche Gründe (beispielsweise gesetzliche Neuregelungen oder selbst-initiierte Anpassungen der Einrichtungen) haben jedoch dazu geführt, dass in der Praxis verschiedene Varianten des Strukturmodells umgesetzt werden. Dabei fällt auf, dass einige dieser Varianten mit den Zielen und Prinzipien des Strukturmodells nur eingeschränkt im Einklang stehen und damit erwünschte Effekte nicht eintreten. Vor diesem Hintergrund wurde vom Projektbüro EinSTEP eine Überarbeitung der bisherigen Informations- und Schulungsunterlagen mit finanzieller Unterstützung der Pflegebevollmächtigten in Auftrag gegeben, mit dem Ziel, die Unterlagen zu aktualisieren und inhaltliche Unklarheiten zu bearbeiten.

Die neuen Informations- und Schulungsunterlagen (Version EinSTEP 3.0) bieten weiterhin eine fachlich fundierte Grundlage zur Umsetzung des Strukturmodells, lassen jedoch den Pflegeeinrichtungen Spielraum in der Gestaltung unter Beachtung der Anforderungen an den Pflegeprozess und Einhaltung der Prinzipien. Eben dieses gilt auch für Softwarehersteller in Bezug auf einen gezielten und wohlüberlegten Einsatz von assistierenden technologischen Komponenten unter den genannten Prämissen.

Wir wünschen gutes Gelingen bei der Implementierung und den notwendigen einrichtungsinternen Entscheidungen zur Umsetzung oder einem einrichtungsinternen „Update“ zur Verstetigung des Strukturmodells.

Elisabeth Beikirch und Claus Bölicke

Berlin, Mai 2025

Projektbüro EinSTEP

Einführung in EinSTEP 3.0

Ein zentraler Meilenstein zur Einführung und Verstetigung des Strukturmodells waren die **bundesweit einheitlichen Informations- und Schulungsunterlagen** (2017), die nun in der überarbeiteten Fassung, EinSTEP 3.0 vorliegen.

Das Konzept des Strukturmodells und die hierzu entwickelten Informations- und Schulungsunterlagen (Version 2.0) wurden von einem Expertengremium aus Pflegewissenschaft und Praxis im Hinblick auf die fachliche Fundierung, Aspekte der Entbürokratisierung und die Aktualität im Zusammenhang mit gesetzlichen Neuerungen in der Pflege überprüft.

Mit eingeflossen sind auch die Erfahrungen von Multiplikator*innen der Verbände, Hinweise aus den Kooperationsgremien der Länder, von Pflegeexperten/-innen und Anregungen aus der Praxis an das Projektbüro EinSTEP. Ebenso wurde erneut juristische Expertise und zusätzlich (neu) Expertenwissen zum Thema Digitalisierung und Dokumentation eingebunden.

 **Ergebnis: Das Konzept des Strukturmodells wird den ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie den Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege (gem. SGB XI) mit einigen kleineren Anpassungen in der Umsetzung weiterhin für die Pflegedokumentation empfohlen. Die damit verbundenen Ziele: (1) Die Umsetzung des Person-zentrierten Ansatzes, (2) die Stärkung der Fachlichkeit von professionell Pflegenden und (3) die Sicherstellung der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sind weiterhin von Bedeutung.**

Struktur und Aufbau der Informations- und Schulungsunterlagen wurden aktualisiert und neu geordnet.

Die wichtigsten Anpassungen im Überblick:

- Der **Aufbau** und die **Gliederung** der Informations- und Schulungsunterlagen wurden gestrafft, konzeptionell in **drei (Haupt) Kapitel** aufgeteilt und an aktuelle Entwicklungen angepasst (Kap. I-III). Das Kapitel I ist neu.
- Das Thema „**Evaluation** im Strukturmodell“ (Element 4) wurde als ein **eigenständiger Abschnitt** neu in den Schulungsunterlagen etabliert (Kap. II).
- Inhaltliche Unklarheiten in der Umsetzung zur Matrix in der SIS®, zum Verfahren der Evaluation oder Klarstellungen zur einheitlichen Verwendung von Begriffen, wurden bearbeitet (Kap. II und III).
- Insgesamt wurde bei der Überarbeitung der Texte nun von einer überwiegend **EDV-gestützten Pflegedokumentation** in **allen** Versorgungsbereichen ausgegangen. Aspekte zur **Digitalisierung** und künstlicher Intelligenz sind neu aufgenommen (Kap. I-III).
- Die bisher getrennten Abschnitte zum Strukturmodell für die **Tagespflege** (TP) und die **Kurzzeitpflege** (KZP) wurden gekürzt und in die allgemeinen Ausführungen zum Strukturmodell integriert (Kap. II).
- Die Ausführungen in dem bisher eigenständigen **Abschnitt zu juristischen Aspekten** im Kontext des Strukturmodells, wurden in der neuen Fassung

der Informations- und Schulungsunterlagen auf verschiedene Abschnitte verteilt (Kap. I und II).

Die Version EinSTEP 3.0, steht ab Juni 2025 der Fachöffentlichkeit, den ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie den Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege in der Langzeitpflege (Leitungsebene), den Trägern der Aus- Fort- und Weiterbildung, den Prüfinstanzen (Medizinische Dienste und Careproof), den Behörden nach dem Ordnungsrecht der Länder sowie den Herstellern von Dokumentationssystemen und anderen Interessierten auf der Homepage des Projektbüros www.ein-step.de frei zur Verfügung.

Eine **Informations- und Implementierungsstrategie** auf Bundes- und Landesebene zur **Schulung der Multiplikator*innen** der Verbände, weiterer relevanter Akteure (Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten, Prüfinstanzen, Softwarebranche) und die erneute **Vergabe von Zertifikaten** an die Teilnehmenden zur Qualitätssicherung von Schulungen, sind in Vorbereitung.

Aufbau der Informations- und Schulungsunterlagen

Die Informations- und Schulungsunterlagen (Version 3.0) sind in **drei Kapitel** gegliedert, dem jeweils ein spezifischer thematischer Schwerpunkt im Zusammenhang mit dem Konzept des Strukturmodells zu Grunde liegt. Zu den Kapiteln im Einzelnen:

Das Kapitel I ist neu und hat spezifische Funktionen in den aktualisierten Informations- und Schulungsunterlagen. Immer wiederkehrende Anfragen an das Projektbüro EinSTEP, inwieweit die Einführungen von gesetzlichen Neuerungen in der Langzeitpflege mit dem Konzept des Strukturmodells im Einklang stehen, liegen der Idee zur inhaltlichen Ausrichtung dieses Kapitels zu Grunde. Dieses Kapitel bietet deshalb:

- Informationen und eine Einordnung von Themen, die in den letzten Jahren die Entwicklungen in der (Langzeit) Pflege und den Pflegeberufen geprägt haben und im Zusammenhang mit Anforderungen an die Dokumentation stehen.
- Einen Bezug zu bereits existierenden Leitfäden von EinSTEP^{1,2,3} zu einzelnen Themen, die anlässlich von gesetzlichen Neuerungen im Laufe der Zeit von EinSTEP entwickelt wurden.
- Die Einordnung zur Funktion von pflegewissenschaftlichen Instrumenten im Rahmen des Qualitätsdiskurses und zur Bedeutung des Themas Digitalisierung und Künstliche Intelligenz für die Pflegedokumentation.
- Kurz und knapp wesentliche Informationen zu gesetzlichen Neuerungen in der Langzeitpflege und der entsprechenden Regelungen zur Umsetzung im Kontext des Strukturmodells.

Ziel ist es, dem Pflege- und Qualitätsmanagement sowie den Multiplikator*innen der Verbände und anderen Interessierten, **Informationen** aus einem spezifischen Blickwinkel **im Überblick** zu Entwicklungen in der Langzeitpflege zur Verfügung zu stellen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung des **Strukturmodells von Relevanz** sind. In den Ausführungen zum Strukturmodell (Kap. II und III) finden sich zur Orientierung dann an entsprechenden Stellen **Querverweise** mit Bezug auf diese Themen im Kapitel I. Zusätzlich weisen **Links** in den Fußnoten auf externe **Fundstellen**, die zu den einzelnen Themen auf **weiterführende Lesehinweise** am Ende dieses Dokuments hinweisen.

¹ Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit - Unterschiede und Zusammenhänge (2016)

² Pflegegradmanagement im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell (2017)

³ Leitfaden zur technischen Unterstützung bei der Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Anwendung des Strukturmodells in einer elektronischen Pflegedokumentation (2021). Die Dokumente sind frei verfügbar zum Download auf der Homepage des Projektbüros www.ein-step.de

Das Kapitel II ist das Kernstück der überarbeiteten Informations- und Schulungsunterlagen (Version 3.0):

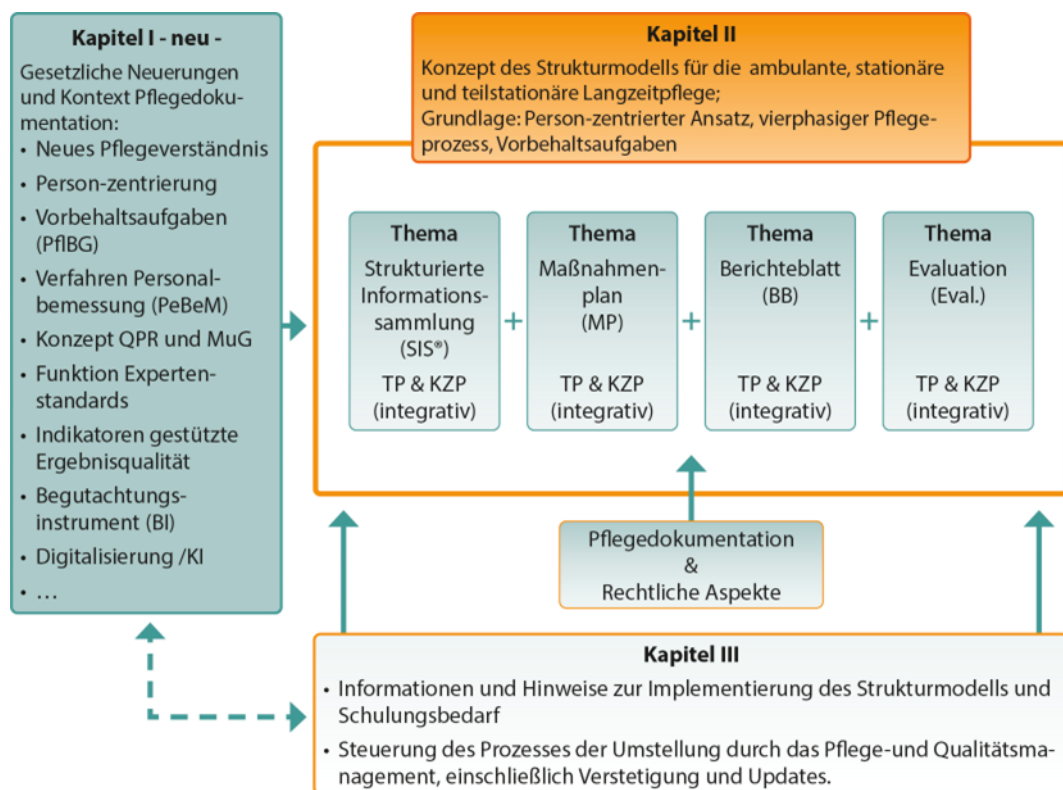
- Es führt systematisch durch die **vier Elemente des Strukturmodells** und ihre jeweilige Funktion zur Steuerung des 4 - phasigen Pflegeprozesses.
- Erläutert wird das Konzept der **Strukturierten Informationssammlung (SIS®)** und die Verankerung des Person-zentrierten Ansatzes. Schwerpunkt der Aktualisierung sind hier die Ausführungen zu den Themenfeldern und der Matrix in der SIS®.
- Die Ausführungen zu den Prinzipien der praktischen Anwendung des Strukturmodells sind u.a. angereichert mit sog. „**Impulsbeispielen**“  und der Kategorie „**Beachte**“ ⁴ und durch verschiedene Symbole gekennzeichnet.
- Spezielle Aspekte der ambulanten Pflege, der Tagespflege und der Kurzzeitpflege sind in die einzelnen Abschnitten zu den vier Elementen jeweils integriert.
- Ausführungen zu den Themen „**Verfahrensanweisungen**“ und „**Immer so Beweis**“ im Kontext der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation finden sich in den Abschnitten zu den Elementen 2 und 3 des Strukturmodells, unter dem Stichwort „**Exkurs**“ wieder.
- Das Verfahren der **Evaluation** im Strukturmodell wird **neu** in einem **eigenen Abschnitt** erläutert.

Das Kapitel III enthält die aktualisierten Informationen für das Pflege- und Qualitätsmanagement zur Implementierung des Strukturmodells und Aspekten der Steuerung des Umstellungsprozesses. Dies umfasst:

- Informationen und praktische Hinweise zur **fachlichen, personellen, organisatorischen** und **sächlichen** einrichtungsindividuellen Vorbereitung, zu **Schulungsbedarfen** und der Funktion einer internen **Projekt- oder Steuerungsgruppe** zur Einführung des Strukturmodells.
- Hinweise aus den Erfahrungen der damaligen Implementierungsstrategie und der Einrichtungen, die nun bereits seit Jahren mit dem Strukturmodell arbeiten. Dies betrifft die **Steuerung** einer erfolgreichen Implementierung, Maßnahmen zur **Verstetigung** des Strukturmodells und thematisiert die Verantwortung sowie die Aufgaben der Leitungsebene im Umstellungsprozess.
- Informationen zu aktuellen Entwicklungen der EDV gestützten Pflegedokumentation und zum Thema „technische Unterstützung durch KI, Fachlichkeit und Dokumentation“ und die Zusammenarbeit den Herstellern.

⁴  Das rote „Beachte Symbol“ weist auf einen Handlungsbedarf des Pflege- und Qualitätsmanagements hin

Abbildung 1: Struktur und Aufbau der Schulungsunterlagen EinSTEP 3.0



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Kapitel I – Entwicklungen in der Langzeitpflege und ihre Relevanz für das Strukturmodell

Das Strukturmodell ist ein Konzept für die Pflegedokumentation in der Langzeitpflege, das mit dem primären Ziel entwickelt wurde, den Zeitaufwand für die Pflegedokumentation zu reduzieren („Entbürokratisierung“). Bereits bei der Entwicklung, Erprobung und anschließenden Implementierung ab 2015 war jedoch klar, dass das Strukturmodell nicht nur ein Instrument zur Erhebung und Dokumentation von Informationen ist. Aufgrund der engen fachlich-konzeptionellen Verbindungen des Strukturmodells zu dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und den daraus resultierenden Entwicklungen (u.a. Begutachtungsinstrument, überarbeitete Instrumente der Qualitätssicherung, Personalbemessungsverfahren) ist es als Teil einer „[...] zusammenhängenden Strategie für eine zukunftsfähige Pflege“⁵ zu sehen.

Es steht also im Schnittpunkt von mehreren grundlegenden Entwicklungslinien im Bereich der Langzeitpflege, die mit der Anwendung des Strukturmodells im Einklang stehen bzw. die ihrerseits durch das Strukturmodell vorangetrieben werden können. Im Rahmen des Ein-STEP Implementierungsprojekts wurden mehrere solcher Schnittpunkte explizit aufgegriffen und in eigenständigen, die damaligen Schulungsunterlagen ergänzenden, Papieren und Stellungnahmen behandelt^{6,7}. Im Folgenden werden die für das Verständnis und die praktische Anwendung des Strukturmodells aktuell wichtigsten Entwicklungsstränge in der bzw. rund um die Langzeitpflege dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der betreffenden Entwicklungen ist an dieser Stelle nicht möglich. Im Vordergrund steht die Klärung der Bezüge zwischen dem jeweiligen Thema und dem Strukturmodell.

1. Pflegewissenschaftliche Grundlagen

Ein wesentliches Merkmal des Strukturmodells ist die Fundierung in pflegewissenschaftlich begründeten Konzepten und Theorien. Anders formuliert: Das Strukturmodell ist nicht bloß ein Konzept, mit dem sich der Pflegeprozess und pflegerische Praxis dokumentieren lässt, sondern das Dokumentieren nach dem Strukturmodell impliziert ein bestimmtes Verständnis von pflegerischer Praxis bzw. unterstützt es. Drei wichtige Facetten dieses Verständnisses werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

⁵ Roadmap zur weiteren Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis: <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-pflegeverstaendnis-2020-03-09-roadmap-weitere-umsetzung-pbb-versandfassung.pdf>

⁶ Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit - Unterschiede und Zusammenhänge (2016);

⁷ Pflegegradmanagement im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell (2017); Die Dokumente zu 6 und 7 sind frei verfügbar zum Download auf der Homepage des Projektbüros EinSTEP unter www.ein-step.de

1.1. Person-Zentrierung

Der Begriff der „Person-zentrierten Pflege (person-centered care)“ geht vor allem auf die Arbeiten von Kitwood zur Pflege von demenzkranken Menschen zurück (Kitwood 2022⁸). Im Kern geht es darum, nicht die Krankheit „Demenz“, sondern den kranken Menschen in seinem/ihrem Person-Sein in den Mittelpunkt zu stellen und zu stärken. Mit einem Fokus auf die Krankheit geht vielfach eine Reduktion der Person auf ihre Symptome, Defizite usw. einher: Die Betroffenen werden nicht mehr in ihrem individuellen Person-sein wahrgenommen, sondern als „Fall von [...]“.

Der Expertenstandard zur Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (DNQP 2019)⁹ nimmt explizit Bezug auf das Konzept der Person-Zentrierung. Dort wird auch der Unterschied zwischen „personzentrierter“ (ohne Bindestrich) und „Person-zentrierter“ Pflege erläutert (a.a.O. S. 76): Während mit dem erstgenannten Terminus eine auf die pflegebedürftige Person ausgerichtete Organisation und Gestaltung des Pflegeprozesses gemeint ist, geht es bei der Person-zentrierten Pflege um die konkrete Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Für die Pflege von Menschen mit Demenz formuliert der Expertenstandard das Ziel, dass „jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz Angebote zur Beziehungsgestaltung [erhält], die das Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern“ (DNQP 2019, S. 31).

Diese Ausrichtung an der Gestaltung von Beziehungen in der Pflege gilt nicht nur für Menschen mit Demenz, sondern allgemein für alle Pflegebedürftigen: Pflege-risches Handeln berücksichtigt zwar übergreifende fachliche Standards, es findet jedoch stets im Rahmen einer Beziehung zu einem einzelnen Menschen statt und sollte so gestaltet werden, dass die pflegebedürftige Person sich (in ihrem individuellen Person-sein) gehört, verstanden, angenommen und respektiert fühlt.

Das Strukturmodell spiegelt das Konzept der „Person-zentrierten Pflege“ in zahlreichen Aspekten: In der SIS[®] werden die Anliegen, Wünsche und Sichtweisen der pflegebedürftigen Person als erstes und möglichst wortgetreu im Feld B dokumentiert. Die weiteren Einträge in den Themenfeldern der SIS[®] sowie die Erarbeitung des Maßnahmenplans werden als Ergebnis eines Verständigungsprozesses zwischen Pflegenden (Expertensicht) und Pflegebedürftigen (Person-Sicht) beschrieben.

Auch die Verknüpfung des Strukturmodell mit dem 4-phasigen Pflegeprozess steht mit der Person-Zentrierung im Zusammenhang (vgl. dazu Abschnitt 1.3).

⁸ Kitwood, T. (2022). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten, neurokognitiv beeinträchtigten Menschen (9., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.

⁹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (2019), Osnabrück

Der Verzicht auf routinemäßig („ohne Ansehen der Person“) durchzuführende Assessments dient im Strukturmodell keineswegs nur der Vermeidung von unnötigem Aufwand: Die Erarbeitung einer fachlichen Erst-Einschätzung zu pflegerischen Risiken und Phänomenen, die Entscheidung, ob im Einzelfall eine weitere Abklärung erforderlich ist und wie diese erfolgen soll (Beobachtung, Einholung Expertensicht, Assessmentinstrument) – all dies erfordert eine Person-zentrierte Vorgehensweise.

Im Berichtblatt soll nicht wiederholt werden, was sich als täglich durchzuführende Maßnahme aus dem Maßnahmenplan ohnehin ableiten lässt. Stattdessen sollen Abweichungen vom „Normalbetrieb“, auffällige oder erwähnenswerte Beobachtungen, aktuelle Veränderungen im Gesundheitszustand usw. dokumentiert werden. Diese Vorgabe lässt sich nur umsetzen, wenn man eine Beziehung zu der Person hat, wenn man sie kennt und auch im „Tagesgeschäft“ den individuellen Menschen und dessen aktuelle Situation in den Blick nimmt.

Das Strukturmodell ist somit ein Konzept der Pflegedokumentation, welches zu einer Person-zentrierten Pflege „passt“, zum anderen fordert und fördert es eine Person-zentrierte Vorgehensweise.

1.2. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegeverständnis

Im Jahr 2017 wurde eine tiefgreifende Reform der Pflegeversicherung wirksam. Im Zentrum stand die Neufassung der Definition von Pflegebedürftigkeit in § 14 SGB XI (Pflegebedürftigkeitsbegriff) und, damit unmittelbar verknüpft, die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments (BI) zur Feststellung von bzw. des Grades der Pflegebedürftigkeit. Seit Gründung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 war man pflegebedürftig – und hatte damit Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung – wenn man bei „gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ Hilfe durch andere Menschen benötigte. Seit 2017 sind gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in sechs Lebensbereichen maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit. Das Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI) misst die Ausprägung der Beeinträchtigungen in sechs (bzw. unter Einschluss der „Haushaltsführung“ sieben) Lebensbereichen und führt über die Anwendung von Rechenvorschriften zur Ableitung eines Pflegegrades.

Die Neuregelung des Zugangs zu Leistungen der Pflegeversicherung ist zwar ein wesentlicher Aspekt der Pflegereformen von 2017. Ebenso wichtig ist jedoch die damit beabsichtigte bzw. ermöglichte Neuausrichtung des Pflegeverständnisses. Der „alte“ Pflegebedürftigkeitsbegriff engte auch die pflegerische Praxis auf die Unterstützung bei den „Verrichtungen des täglichen Lebens“ ein („Verrichtungsbezug“). Der Fokus auf Selbständigkeit und Fähigkeiten bedingt einen Perspektivwechsel in Bezug auf die pflegerischen Aufgaben: Pflege soll in einem umfassenderen Sinne bei der Bewältigung der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen unterstützen (und nicht nur Hilfe bei bestimmten Verrichtungen leisten). Das Spektrum der pflegerischen Aufgaben und Hilfen im Sinne des Sozialgesetzbuchs

XI wird also deutlich erweitert und umfasst u.a. auch gezielte Maßnahmen zur Förderung von Ressourcen, zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz oder der Anleitung von pflegenden Angehörigen¹⁰.

Die Entwicklung des Strukturmodells ist in engem Zusammenhang zu den konzeptionellen Vorarbeiten zur Einführung des seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des BI erfolgt. Daher überrascht es nicht, dass die Gliederung der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) nach Themenfeldern sich an den sechs in § 14 SGB XI aufgeführten Lebensbereichen bzw. den entsprechenden Modulen des BI orientiert. Wichtiger als diese „technische“ Entsprechung, ist jedoch der gemeinsame Bezug auf das bereits angesprochene erweiterte Pflegeverständnis: Umfassende Hilfe bei der Bewältigung von Beeinträchtigungen und die Förderung der Selbstständigkeit setzen eine Person-zentrierte pflegerische Haltung und Vorgehensweise voraus, wie sie im vorangehenden Abschnitt skizziert wurde.¹¹

Die den Modulen des BI ähnelnden Bezeichnungen der Themenfelder der SIS® haben vereinzelt zu dem Missverständnis geführt, man könne anstelle der im Strukturmodell vorgesehenen Vorgehensweise (knappe Zusammenfassung der wesentlichen, den Pflegeprozess leitenden Informationen über die pflegebedürftige Person als Freitext) doch einfach die mit dem jeweiligen BI-Modul gewonnenen Ergebnisse übernehmen. Ein solches Vorgehen würde den Kern sowohl des Strukturmodells als auch des „neuen“ Pflegeverständnisses verfehlen.

Abbildung 2: Unterschiede zwischen dem Begutachtungsinstrument (BI) und der Funktion der SIS® im Strukturmodell

Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) mit den sechs Themenfeldern und der Matrix kann nicht durch die Module des Begutachtungsinstruments ersetzt werden ...	
SIS®	... dient der Erfassung des konkreten Unterstützungsbedarfs, der Ressourcen und Wünsche der pflegebedürftigen Person unter Einbezug des persönlichen Umfelds zu Beginn und im Verlauf der Versorgung (kontext ab hängig)
BI	... misst möglichst zuverlässig und objektiv den Grad der Selbstständigkeit unabhängig vom (Wohn-) Umfeld zum Zweck der Einstufung in einen Pflegerad (kontext un abhängig)

Quelle: EinSTEP Projektbüro

¹⁰ Wingenfeld, K., Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf

¹¹ IGES Institut: Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis (Oktober 2019) ; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf (

Zwar enthalten die BI-Daten wertvolle Informationen über bestehende Beeinträchtigungen, denen sich jedoch allenfalls schematisch bestimmte Hilfen und Interventionen zuordnen ließen. Welche konkrete Unterstützung und Förderung der betreffende Mensch in seiner individuellen Lebenssituation wünscht und benötigt lässt sich dagegen nur durch eine Person-zentrierte Informationssammlung ermitteln, wie im Strukturmodell vorgesehen.

1.3. Der 4-phasige Pflegeprozess

Dem Strukturmodell liegt ein 4-phasiges Modell des Pflegeprozesses zugrunde, wie es auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagen hat (Yura & Walsh)¹². Im Unterschied zu 6-phasigen Modellen verzichtet das Strukturmodell auf die gesonderte Dokumentation sowohl von Pflegeproblemen bzw. Ressourcen als auch von Zielen einzelner pflegerischer Maßnahmen.

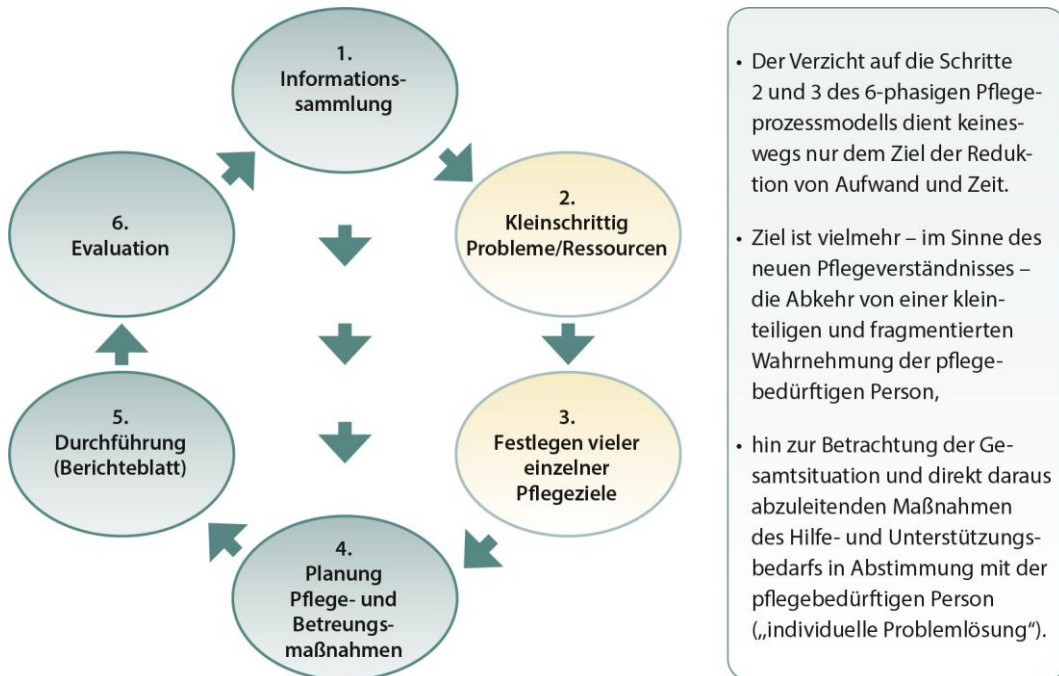
Diese Entscheidung trägt zum einen zur Entbürokratisierung bei, weil auf die Dokumentation von Aspekten verzichtet wird, die weitgehend redundant sind: Die Einzelziele, die mit einer bestimmten pflegerischen Hilfe verfolgt werden, ergeben sich unmittelbar aus der Maßnahme selbst und müssen nicht eigens aufgeschrieben werden. Dies umso mehr, als eine Pflegedokumentation nur von „Pflegefachleuten“ gelesen wird. Die übergeordneten Ziele der pflegerischen Versorgung ergeben sich aus den in Feld B der SIS[®] dokumentierten Wünschen und Prioritäten der pflegebedürftigen Person.

Die Probleme und Ressourcen sind dagegen das zentrale Thema in den C1-Feldern der Strukturierten Informationssammlung (SIS[®]). Sie werden jedoch nicht abgetrennt und nach Art von „Diagnosen“ eigens dokumentiert, sondern in den Gesamtzusammenhang von Lebensgeschichte (Pflegeanamnese), aktueller Situation, individuellen Wünschen und pflegefachlicher Sicht gestellt.

Die Integration der (nur scheinbar entfallenen) Aspekte der Pflegeziele, Ressourcen und Probleme in das ganzheitliche Konzept der SIS[®] ist ein wichtiges Charakteristikum des Strukturmodells: Anstelle von allgemeinen Problemfeststellungen oder redundanten Verknüpfungen zwischen Maßnahmen und ihren Zielen, geht es um eine Person-zentrierte Erfassung und Dokumentation der individuellen Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ziele des pflegebedürftigen Menschen: „Herr S. geht mit Rollator [...]. Er möchte [...] und ich habe ihm vorgeschlagen [...], weshalb wir vereinbart haben, dass [...]“. Eher nebenbei führt diese Vorgehensweise auch noch zu weniger Dokumentationsaufwand.

¹² Yura M, Walsh H (1973). The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating. 2nd Ed., New York: Appleton-Century-Crofts

Abbildung 3: Person-zentrierter Ansatz und 4-phasiger Pflegeprozess im Konzept des Strukturmodells und der Pflegedokumentation



Quelle: EinSTEP Projektbüro

2. Qualität und Qualitätssicherung

Als eine Folge der bereits erwähnten „großen Reform“ durch die Pflegestärkungsgesetze wurde auch die Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung unter Einbezug von wissenschaftlichem Sachverstand grundlegend überarbeitet. Für den stationären Bereich ist die neue Systematik – Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) vollstationär bereits seit 2019 in Kraft, für den ambulanten Bereich ist die Umsetzung aktuell (Frühjahr 2025) noch nicht abgeschlossen.

Im Zuge der Entwicklung und Implementierung des Strukturmodells wurde der Diskussion und Abstimmung mit den für die externen Qualitätsprüfungen zuständigen Medizinischen Diensten bzw. dem Prüfdienst der PKV (Careproof) besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Dies war von großer Bedeutung, da die Auswertung der Pflegedokumentation in den vor 2019 praktizierten Qualitätsprüfungen eine so große Rolle einnahm, dass sie bisweilen als ein wichtiger Treiber der „Bürokratisierung“ wahrgenommen wurde.

Die Überarbeitung der Qualitätssystematik im Sinne der Anpassung an die Anforderungen, die sich aus dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff bzw. -verständnis ergeben, verfolgt explizit das Ziel einer „Abkehr von einer vorrangig

dokumentationsorientierten Prüfung“¹³. Im Rahmen der „Beurteilung der personenbezogenen Versorgung“ durch die Prüfinstanzen spielt die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation der betreffenden Person jedoch auch heute noch eine zwar veränderte, aber nach wie vor wichtige Rolle.

Als neues Element in der vollstationären Pflege ist das indikatorengestützte Verfahren hinzugekommen, das seitens der Pflegeeinrichtungen die regelmäßige Erhebung der entsprechenden Daten erfordert. Damit ist auch eine neue Schnittstelle zur Pflegedokumentation bzw. zum Strukturmodell entstanden. In den Abschnitten 2.2 und 2.3 werden die Bezüge des Strukturmodells zur aktuellen QPR für die stationäre Pflege und den Indikatoren kommentiert.

Unabhängig von den Richtlinien und Verfahren der Pflegeversicherung zur Qualitätssicherung, aber auch für diese von hoher Relevanz, sind die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Die Expertenstandards bieten zum jeweiligen Thema eine Beschreibung des Leistungs- und Qualitätsniveaus der Pflege, welches nach dem wissenschaftlich gesicherten Kenntnisstand erreichbar ist bzw. erreicht werden sollte. Mit Blick auf das Strukturmodell werden im folgenden Abschnitt 2.1 vor allem zwei Aspekte beleuchtet: Wie verhält sich der Person-zentrierte Ansatz des Strukturmodells zu einem an „Standards“ orientierten pflegerischen Handeln? Ergeben sich aus Expertenstandards zwingende Anforderungen z.B. in Bezug auf die Vorgehensweise bei der Dokumentation von Risiken oder Phänomenen (Matrix in der SIS®)?

2.1. Expertenstandards des DNQP¹⁴

Mit dem Begriff „Standards“ verbinden sich vielfach Vorstellungen, die im Bereich der Normung und Qualitätssicherung von (technischen) Produkten das Industriezeitalter erst ermöglicht haben. Versuche einer unmittelbaren Übertragung auf (personenbezogene) Dienstleistungen sind jedoch aus naheliegenden Gründen meist gescheitert: Bei der pflegerischen Versorgung eines Menschen mit einem Druckgeschwür sollte zwar in jedem Fall versucht werden, die bei diesem Problem als wirksam und zielführend erkannten Vorgehensweisen umzusetzen. Trotzdem handelt es sich um die Versorgung eines konkreten Menschen in einer spezifischen Krankheits- und Lebenssituation, die nicht durch getreue Exekution eines „Dekubitus-Standards“ angemessen gelöst werden kann.

Erforderlich sind vielmehr (a) eine fachlich qualifizierte Wahrnehmung und Würdigung aller im konkreten Fall vorliegenden Umstände und (b) eine „evidenz-informierte“ Entscheidung für ein adäquates Vorgehen.

¹³ Büscher et al. 2018, S. 64 in: „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege“; <https://gs-qa-pflege.de/download-ambulante-pflege/#::~text=zur%20Prüfung%20der-Qualität,-und%20für%20die>

¹⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (HS Osnabrück)

Die Expertenstandards ermöglichen Teil (b), indem sie den wissenschaftlichen Kenntnisstand zusammenfassen und zu Empfehlungen, Kriterien usw. verdichten. Teil (a) der obigen Beschreibung wird von den Expertenstandards gefordert bzw. muss bei den Anwendern vorausgesetzt werden. Der DNQP-Lenkungsausschuss hat diesen Zusammenhang folgendermaßen formuliert:

„Expertenstandards setzen auf gut ausgebildete Pflegende, die angesichts bestehender Qualitätsrisiken Einschätzungen eigenständig vornehmen und Entscheidungen über angemessene Pflegemaßnahmen im Einvernehmen mit dem Menschen, der Pflege bedarf, treffen.“¹⁵

Angemessen sind pflegerische Maßnahmen und Entscheidungen also nicht, wenn sie „Standardvorgehensweisen“ entsprechen, sondern wenn sie den in den „Expertenstandards“ niedergelegten Kenntnisstand zum jeweiligen Problem in der konkreten Situation bzw. beim einzelnen pflegebedürftigen Menschen korrekt anwenden¹⁶. Dabei können auch vermeintliche Abweichungen vom „Standard“ ein angemessenes Vorgehen sein, wenn z.B. kein Einvernehmen mit dem pflegebedürftigen Menschen zu erzielen ist.

Der vom DNQP beabsichtigte Umgang mit den Expertenstandards entspricht somit genau der Haltung und Vorgehensweise, die auch für die Anwendung des Strukturmodells erforderlich sind: Ausgangspunkt und Grundlage qualifizierten pflegerischen Handelns ist die fachlich fundierte und auf die pflegebedürftige Person fokussierte Beurteilung der Situation durch eine Pflegefachperson. Zu deren Fachlichkeit gehört es, dass sie bei ihren Empfehlungen und Entscheidungen, was pflegerisch zu tun ist, gleichermaßen die Wünsche der pflegebedürftigen Person wie auch den jeweils einschlägigen Expertenstandard berücksichtigt.

Als beispielhaft für diese fachliche Haltung lässt sich der Umgang mit der Matrix in der SIS® anführen. Mit der pflegefachlichen Einschätzung der Situation auf der Ebene der Matrix in der SIS® zieht die Pflegefachperson gleichermaßen ein Resümee aus den dokumentierten Informationen der Themenfelder und trifft vorläufige fachliche Entscheidungen: Zum einen bewertet sie und kreuzt an, ob sich aus ihrer Informationssammlung Hinweise auf das Vorliegen eines Risikos in einem oder mehreren der in den Themenfeldern der SIS® erfassten Lebenskontexte ergeben haben (Resümee). Zum anderen trifft sie die fachliche Entscheidung, ob in Bezug auf ein erkanntes Risiko vertiefte Einschätzungen oder Maßnahmen *unmittelbar* erforderlich sind.

Wenn ein Expertenstandard bestimmte standardisierte Instrumente oder vertiefte Einschätzungen (z.B. zeitlich befristete Beobachtungen) zur genaueren Abklärung eines pflegerelevanten Phänomens oder Risikos fordert oder empfiehlt, dann ist

¹⁵ DNQP: Stellungnahme des DNQP-Lenkungsausschuss zur Nutzung von und Arbeit mit Expertenstandards (Seite 3); https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP_Nutzung_von_Expertenstandards.pdf

¹⁶ Hiermit sind nicht die einrichtungsinternen Verfahrensanweisungen für sog. „Pflegeroutinen“ im Kontext des „Immer so Beweises“ im Rahmen der Maßnahmenplanung gemeint.

damit keineswegs ein „Aushebeln“ dieser pflegefachlichen Urteilsbildung und Entscheidung gemeint. Die Pflegefachperson sollte in der Lage sein, bei unmittelbarem Handlungsbedarf aufgrund ihrer Kenntnis des Expertenstandards und ihrer beruflichen Erfahrung die richtigen Entscheidungen bezüglich weitergehender Einschätzungsinstrumente oder anderer Maßnahmen zu treffen. Genauso sollte sie in der Lage sein, aufgrund ihrer fachlich qualifizierten Wahrnehmung der konkreten Situation und Person zu beurteilen, *ob* ein unmittelbarer Handlungsbedarf in Bezug auf ein vorliegendes Risiko besteht.

2.2. Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)

Wie oben bereits erwähnt, ist die für die vollstationäre Pflege seit 2019 überarbeitete Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) in Kraft, mit der die Neuorientierungen infolge der Pflegestärkungsgesetze auch im Bereich der Qualitätssicherung umgesetzt wird. Die aktuell (Frühjahr 2025) noch in der Bearbeitung befindlichen Vorgaben für die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege werden der stationären Systematik in der grundlegenden konzeptionellen Ausrichtung stark ähneln.

Im Mittelpunkt einer Qualitätsprüfung steht die Beurteilung der „personenbezogenen Versorgung“, die anhand einer Stichprobe von neun Bewohnerinnen und Bewohnern vorgenommen wird. Gegenstand der Prüfung ist die Versorgung der betreffenden Personen in Bezug auf 16 Qualitätsaspekte, die nach vier Qualitätsbereichen gegliedert sind. Die Qualitätsbereiche bzw. die zugehörigen Qualitätsaspekte folgen der gleichen inhaltlichen Logik, wie die Module (Aktivitäten und Lebensbereiche) des Begutachtungsinstruments und die Gliederung der SIS® nach Themenfeldern, indem die zentralen Lebensbereiche pflegebedürftiger Menschen in den Blick genommen werden (Mobilität und Selbstversorgung, Kommunikative Fähigkeiten, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen und Belastungen, Alltagsleben und soziale Kontakte).

Bei der Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte sollen die Prüfpersonen beurteilen, ob die jeweiligen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit zutreffend und vollständig erfasst sowie fachgerechte pflegerische Maßnahmen ergriffen wurden, die mit den Wünschen der pflegebedürftigen Person in Einklang stehen. Die Beurteilung erfolgt dabei nicht mehr anhand von geschlossenen Kriterienkatalogen, die mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten sind. Stattdessen sind für jeden Qualitätsaspekt Leitfragen formuliert, die die Prüfpersonen ihrer Beurteilung der Versorgung in jedem Einzelfall zugrunde legen sollen.

Auch die Prüfmethodik vollzieht somit den mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundenen Perspektivwechsel: Beurteilt werden soll, ob für den betreffenden Menschen angesichts seiner Beeinträchtigungen sowie unter Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche eine fachgerechte Versorgung erfolgt. Die Qualität einer solchen, auf Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit zielenden, Versorgung lässt sich nicht durch das Abprüfen von allgemeinen, zuvor festgeleg-

ten Kriterien nach Art einer über alle Einzelfälle zu legenden „Schablone“ ermitteln, sondern erfordert eine umfassendere Würdigung der konkreten Umstände im Einzelfall.

Ausdruck dieses Perspektivwechsels ist auch die explizite Aufnahme des „Fachgesprächs“ mit den verantwortlichen Pflegenden in den Katalog der Informationsquellen, die die Prüfpersonen bei der Beurteilung nutzen sollen. Die Qualitätsprüfungen sollen berücksichtigen, dass Planung und Ausführung der Pflege das Ergebnis eines Vereinbarungsprozesses mit der pflegebedürftigen Person sind. Aufgabe der professionell Pflegenden ist es, die pflegefachlichen Standards und Erfordernisse mit den individuellen Wünschen und Vorstellungen der pflegebedürftigen Person in Einklang zu bringen.

Die Prüfpersonen müssen somit ggf. nachvollziehen, wie die Pflegeeinrichtung und die pflegebedürftige Person im konkreten Fall zu der Maßnahmenplanung gelangt sind, bevor die fachliche Angemessenheit beurteilt werden kann. Allein auf Grundlage von schriftlich dokumentierten Informationen ist dieser Nachvollzug vielfach nicht möglich bzw. erzeugt einen unrealistischen Dokumentationsaufwand, der überdies überflüssig ist, wenn sich eventuelle Fragen der Prüfpersonen viel einfacher durch ein Fachgespräch klären lassen.

Die mit der seit 2019 geltenden QPR verfolgte „Prüfungsphilosophie“ steht somit im Einklang mit den Grundgedanken des Strukturmodells einer Person-zentrierten Pflege, deren Qualität sich vor allem daran bemisst, wie gut es den Pflegenden im Einzelfall gelingt, die individuellen Wünsche der Person und übergeordnete fachliche Standards in Einklang zu bringen.

Eng damit verknüpft ist auch die beabsichtigte Abkehr von der früher oft beklagten „Dokumentationslastigkeit“ der Qualitätsprüfungen. In der geltenden QPR wird in den „Hinweisen zur Bewertung“ stets klargestellt, dass das alleinige Fehlen von Hinweisen auf einen Sachverhalt in der Pflegedokumentation nicht als Defizit (C- oder D-Bewertung) gewertet werden darf, solange aus anderen Informationsquellen nachvollzogen werden kann, dass der betreffende Sachverhalt in der tatsächlichen Ausführung der Pflege berücksichtigt wird.

Das Prüfverfahren soll also die tatsächliche pflegerische Versorgung in den Blick nehmen. Lücken in der Pflegedokumentation werden – solange die tatsächliche Versorgung angemessen ist – lediglich vermerkt (B-Bewertung), was gerechtfertigt ist, insofern die Funktion der Pflegedokumentation als wichtiges Arbeits- und Kommunikationsmittel dadurch unter Umständen beeinträchtigt sein kann.

2.3. Indikatorengestütztes Verfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität

Mit dem „Indikatoren gestützten“ Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität“ wurde ausschließlich für den Bereich der vollstationären Pflege eine weitere Säule der Qualitätssicherung und -darstellung eingeführt. Im Gegensatz zu den externen Qualitätsprüfungen, in die nur eine

Stichprobe von neun Personen einbezogen wird, erstrecken sich die im Abstand von sechs Monaten von den Pflegeeinrichtungen durchzuführenden Erhebungen der Grunddaten im Prinzip (d.h. von definierten Ausnahmen abgesehen) auf alle Bewohnerinnen und Bewohner. Zusammen mit weiteren methodischen Vorkehrungen – insbesondere auch der nach Risikogruppen geschichteten Indikatoren Berechnung – soll dies sicherstellen, dass ein belastbares Bild, der von der Einrichtung erzielten „Ergebnisse“ der pflegerischen Versorgung entsteht.

Der enge Zusammenhang der Indikatoren mit dem Perspektivwechsel durch den seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff, ist vor allem bei den drei Indikatoren des Qualitätsbereichs 1 unmittelbar ersichtlich: Die Ergebnisse der Pflegeeinrichtung in Bezug auf das übergeordnete Ziel des Erhalts und der Förderung der Selbständigkeit werden in Bezug auf die Aspekte Mobilität, alltägliche Verrichtungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte gemessen. Die Untersuchung dieser Sachverhalte im Rahmen des Indikatoren gestützten Verfahrens unterstreicht damit in gewisser Weise auch, dass von den Pflegeeinrichtungen eine wirksame konzeptionelle Ausrichtung sowie konkrete Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit erwartet werden.

Das für die Datenerhebungen eingesetzte Erhebungsinstrument stützt sich u.a. auf vier Module des Begutachtungsinstruments. Die Berechnung z.B. des Indikators „Erhaltene Mobilität“ beruht im Kern auf einem Zeitvergleich (aktuell *versus* vor sechs Monaten) der mit dem Modul 1 des BI gemessenen Mobilität.

Oben (Abschnitt 1.2) wurde bereits kurz auf das Missverständnis eingegangen, dass sich die mit dem Strukturmodell bzw. speziell mit der SIS[®] gesammelten Informationen durch eine Übernahme, der mit dem BI gewonnenen Daten aus der Pflegebegutachtung ersetzen ließen. Diese Idee wurde verschiedentlich wieder aufgebracht, seit die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, mit den BI-Modulen regelmäßig die Daten für das Indikatoren gestützte Verfahren zu erheben. Sie bleibt jedoch irreführend, weil BI-Erhebungen - egal zu welchem Zweck - keinesfalls die erforderlichen Informationen für die Planung und Steuerung eines Pflegeprozesses liefern können¹⁷.

In den vier Elementen des Strukturmodells werden die Informationen dokumentiert, die die Pflegeeinrichtung bzw. die unmittelbar an der Pflege beteiligten Teams benötigen, um bei einer pflegebedürftigen Person die gewünschten Ergebnisse – z.B. einen Erhalt oder gar eine Verbesserung der Mobilität – erzielen zu können. Die von einem BI-Modul gelieferte Information – z.B. „Umsetzen – überwiegend unselbständig“ – ist für die Planung und Durchführung der pflegerischen Hilfen zwar nicht irrelevant, sie hilft jedoch kaum weiter, wenn die Aufgabe darin besteht, bei Herrn oder Frau XY diesen Aspekt der Mobilität zu erhalten oder zu verbessern. Wenn im Rahmen der Indikatoren Erhebungen der gleiche Aspekt sechs Monate später erneut eingeschätzt wird, erhalten die Pflegenden ggfs. eine

¹⁷ Leitfaden zur technischen Unterstützung bei der Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Anwendung des Strukturmodells in einer elektronischen Pflegedokumentation (2021); Frei verfügbar unter Download www.einstep.de

sinnvolle Rückmeldung, ob sie mit ihrer diesbezüglichen Arbeit auf dem richtigen Weg sind. Auch dies wird eine fachgerechte Pflegedokumentation jedoch keineswegs ersetzen können.

3. Weitere relevante Entwicklungen

3.1. Vorbehaltsaufgaben gemäß Pflegeberufegesetz

Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) wurden 2017 erstmals sogenannte „Vorbehaltene Tätigkeiten“ definiert, also pflegerische Aufgaben, die nur von Personen wahrgenommen werden dürfen, die über die Berufserlaubnis als Pflegefachperson verfügen. Dies sind (1) die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, (2) die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie (3) die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (§ 4 Absatz 2 PflBG).

Nach der Gesetzesbegründung zum PflBG handelt es sich bei den Vorbehaltsaufgaben um „[...] pflegerische Aufgaben, die für die Pflegequalität und den Patientenschutz von besonderer Bedeutung sind.“¹⁸ Mit den Vorbehaltsaufgaben hat der Gesetzgeber somit vorgeschrieben, dass „die charakteristischen Kernaufgaben der beruflichen Pflege durch zielgerichtet ausgebildetes Personal mit den erforderlichen Kompetenzen wahrgenommen werden müssen.“¹⁹ Das bedeutet umgekehrt, dass es Personen ohne eine entsprechende Berufserlaubnis – darunter z.B. auch Ärzten – nicht gestattet ist, einen individuellen Pflegebedarf festzustellen oder einen Pflegeprozess zu steuern.

Eine zentrale Stellung bei den „charakteristischen Kernaufgaben“ nimmt der Pflegeprozess ein: „Der Pflegeprozess dient dabei als professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode der systematischen Strukturierung und Gestaltung des Pflegearrangements.“²⁰ Durch das PflBG werden also nicht bestimmte pflegerische Handlungen den Pflegefachpersonen vorbehalten, sondern die übergeordnete Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie des „Pflegearrangements“.

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP e.V.) hat gemeinsam mit dem „Think Tank Vorbehaltsaufgaben“ eine Broschüre zur Erläuterung und Kommentierung der Vorbehaltsaufgaben erstellt²¹. Dort wird der Bezug zwischen dem vierphasigen Pflegeprozessmodell der WHO (Assessment, Planning, Intervention, Evaluation) und den Vorbehaltsaufgaben konkretisiert. Demnach sind die Prozessschritte „Assessment / Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“, „Planning / Planung der Pflege“ sowie „Evaluation / Analyse, Evaluation,

¹⁸ Bundestags-Drucksache 18/7823, S. 66

¹⁹ Ebd.

²⁰ Ebd.

²¹ Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) (2024). Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Duisburg.

Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ den Vorbehaltsaufgaben zuzuordnen. Die Pflegeplanung („Planning“) wird im Gesetzestext nicht explizit genannt. Da dieser Prozessschritt untrennbar mit der Feststellung eines Pflegebedarfs verbundenen bzw. konstitutiver Teil der Gestaltung eines Pflegeprozesses ist, kann er als vom Gesetzgeber mitgemeint gelten. Nicht zu den Vorhaltsaufgaben zählen demnach die „Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen“, also der Prozessschritt „Intervention“²².

In den Elementen des Strukturmodells finden sich die Vorbehaltsaufgaben bzw. die beschriebene Zuordnung zu den vier Phasen des Pflegeprozesses unmittelbar gespiegelt: Die strukturierte Informationssammlung sowie die Erstellung des individuellen Maßnahmenplans fallen ebenso wie die Evaluation eindeutig in die Zuständigkeit einer Pflegefachperson. Dabei ist hervorzuheben, dass die spezifischen Konzepte und Vorgehensweisen des Strukturmodells – Person-Zentrierung, die „narrative“ Vorgehensweise²³ bei der Informationssammlung, Entscheidungen über die Notwendigkeit zusätzlicher Untersuchungen zur Abklärung von Risiken – ohnehin besonderen Nachdruck auf die pflegefachlichen Kompetenzen legen, die das Gesetz als Vorbehaltsaufgaben definiert.

Das „Berichteblatt“ als viertes Element des Strukturmodells, welches dem Prozessschritt der „Intervention“ im Prozessmodell entspricht, soll dagegen keineswegs den Pflegefachpersonen vorbehalten sein. Hier sind Eintragungen von allen an der Pflege der betreffenden Person Beteiligten ausdrücklich erwünscht, sofern es sich im Sinne des Strukturmodells um Informationen handelt, die für die Steuerung des Pflegeprozesses relevant sind. Im Berichteblatt sollen daher vor allem akute Abweichungen von den geplanten Maßnahmen sowie die Auslöser und Gründe für Abweichungen festgehalten werden. Dabei ist es von Vorteil, die Erkenntnisse und Perspektiven aller an der Pflege der betreffenden Person Beteiligten zu sammeln. Vorbehaltene Aufgabe der Pflegefachperson ist es dann, aus den Eintragungen im Berichteblatt ggf. Schlussfolgerungen zu ziehen, z.B. ob eventuell der Maßnahmenplan anzupassen ist usw.

Abschließend ist nochmals zu betonen, dass mit dem Pflegeberufegesetz nicht nur allgemein gesehen „eine merkliche Aufwertung des Pflegeberufs“²⁴ erfolgt ist, sondern dass durch die konkrete Formulierung der Vorbehaltsaufgaben in § 4 Absatz 2 PflBG auch ein bestimmtes Verständnis von Professionalität kodifiziert wurde. Auch wenn der betreffende Paragraph etwas irreführend mit „Vorbehaltene Tätigkeiten“ überschrieben ist, wurden gerade nicht bestimmte Tätigkeiten aufgelistet, die den Pflegefachpersonen vorbehalten wären, sondern die übergreifende Lenkung, Leitung, Initiierung, Analyse und Evaluation von Pflegeprozessen,

²² A.a.O., S. 13

²³ Das Abarbeiten eines geschlossenen Katalogs von Fragen erfordert im Allgemeinen wenig fachliche Expertise, wogegen die Führung eines Gesprächs, in dessen Verlauf ein Mensch ermuntert werden soll, über seine Hilfsbedürfnisse und Unterstützungswünsche zu berichten erhebliche Anforderungen an Qualifikation und Erfahrung stellt.

²⁴ Bundestags-Drucksache 18/7823, S. 66

Pflegearrangements sowie der für die Sicherung der Pflegequalität relevanten Prozesse und Strukturen.

3.2. Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen („PeBeM“)

Mit der Entwicklung eines einheitlichen Verfahrens zur Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, die adäquate Personalausstattung zu ermitteln, die für die Umsetzung des Pflegeverständnisses erforderlich ist, das aus dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff folgt²⁵. Auch beim Thema „Personalbemessung“ geht es also darum, die bereits mehrfach angesprochene Ausrichtung der Pflege auf den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit zu ermöglichen und voranzutreiben. Die künftig vorgesehene Methodik der Personalbemessung beruht auf den Ergebnissen eines 2020 abgeschlossenen Forschungsvorhabens²⁶.

Die seit dem 1. Juli 2023 geltenden bundesweit einheitlichen Anhaltswerte geben getrennt für drei Qualifikationsstufen (Hilfskraftpersonal ohne spezifische Ausbildung, Hilfskraftpersonal mit mindestens einjähriger Ausbildung, Fachkraftpersonal) an, wie viele vollzeitbeschäftigte Mitarbeitende je pflegebedürftige Person eines Pflegegrades von der Pflegeeinrichtung mit den Kostenträgern vereinbart werden können (§ 113c Absatz 1 SGB XI). Die Anhaltswerte stellen also eine Obergrenze der Personalausstattung dar, die von den Pflegeeinrichtungen beansprucht werden kann. Unter bestimmten Bedingungen sind auch Überschreitungen dieser Obergrenzen möglich (vgl. § 113c Absatz 2 SGB XI).

Der Gesetzgeber hat die Vereinbarung einer höheren Personalausstattung jedoch an eine Voraussetzung geknüpft: Pflegeeinrichtungen, die eine Personalausstattung entsprechend der Anhaltswerte in § 113c Absatz 1 SGB XI beanspruchen wollen, die über die vereinbarte Mindestausstattung hinausgeht, sollen gem. § 113c Absatz 3 Nr. 1 SGB XI „Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung

²⁵ Vgl. Gesetzesbegründung zum PSG II, BT-Drucksache 18/6688 sowie „Erste Hinweise zur Umsetzung. Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege“ (Präambel). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/Erste_Hinweise_zur_Umsetzung_einer_qualifikations-_und_kompetenzorientierten_Arbeitsorganisation.pdf

²⁶ SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Institut für Arbeit und Wirtschaft, Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (2020). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (Aufruf 01.05.2025)

durchführen“, die in einem Modellvorhaben entwickelt und erprobt wurden (vgl. § 8 Absatz 3b SGB XI).²⁷

Aus PeBeM resultiert also nicht allein ein administratives Verfahren, das in den Pflegesatzverhandlungen zum Einsatz kommen soll (§ 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI), sondern auch eine Aufforderung zur Veränderung der Arbeitsorganisation. Hintergrund ist folgende Empfehlung der Wissenschaftler des PeBeM-Entwicklungsprojekts: „Dementsprechend sollte die Einführung des Personalbemessungsverfahrens durch eine *Personal- und Organisationsentwicklung* flankiert werden, da nur so sichergestellt werden kann, dass resultierende Personalmehrungen sinnvoll zur Steigerung der Pflegequalität und Reduktion der Arbeitsbelastung in der Pflege verwendet werden können.“²⁸ Dieser Empfehlung ist der Gesetzgeber gefolgt.

Das Modellvorhaben ist zum Zeitpunkt der Endredaktion der vorliegenden Schulungsunterlagen (Mai 2025) noch nicht abgeschlossen. Im September 2024 wurde jedoch bereits eine „erste Arbeitshilfe“ veröffentlicht, die es interessierten Pflegeeinrichtungen ermöglichen soll, sich auf die Umsetzung der für 2025 angekündigten endgültigen Projektergebnisse vorzubereiten²⁹. Im Folgenden werden die dort vorgestellten Konzepte einer „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege“ zusammengefasst und aus Sicht des Strukturmodells kommentiert.

Primäres Ziel der durch das Modellvorhaben verfolgten Konzeption von Arbeits- und Organisationsentwicklung ist es sicherzustellen, dass „[...] die Pflegehandlungen von Personen mit den entsprechenden Qualifikationen vorgenommen werden, soweit dies im Rahmen der Bezugspflege möglich ist.“³⁰. Den Bezugsrahmen bildet hierfür ein Katalog von pflegerischen Interventionen, der das mögliche Spektrum von pflegerischen Maßnahmen in der Langzeitpflege vollständig abbilden soll. Zu jeder Katalogintervention sind ferner das erforderliche Qualifikationsniveau bzw. die Kompetenzanforderungen angegeben. Pflegeeinrichtungen sollen zunächst eine IST-Analyse der Qualifikationen und Kompetenzen der Belegschaft

²⁷ Auf der u.a. den Prozess der Einführung der Personalbemessung begleitenden Website des Bundesgesundheitsministeriums wird die künftige Verbindlichkeit der Umsetzung der Maßnahmen aus dem Modellprogramm relativiert. So heißt es beim „Pflegeternetzwerk Deutschland“: „Sobald die Maßnahmen aus dem Modellprogramm zur Verfügung stehen sollen diese im Regelfall angewandt werden. In Ausnahmefällen können Einrichtungen hiervon absehen, beispielsweise, wenn sie eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung bereits durch eigene, für ihre Einrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung umsetzen“. Wie der Ausnahmefall konkret begründet werden kann, wird jedoch nicht ausgeführt. <https://pflegeternetzwerk-deutschland.de/faq-das-neue-personalbemessungsverfahren-in-der-langzeitpflege> (Aufruf 01.05.2025)

²⁸ A.a.O. S. 419, Hervorhebung im Original

²⁹ Universität Bremen, Hochschule Bremen, contec GmbH (2024). Erste Hinweise zur Umsetzung. Qualifikations- und kompetenzorientierte Arbeitsorganisation in der vollstationären Langzeitpflege. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/Erste_Hinweise_zur_Umsetzung_einer_qualifikations-_und_kompetenzorientierten_Arbeitsorganisation.pdf (Aufruf 01.05.2025)

³⁰ A.a.O. S. 12

in Bezug auf den Interventionskatalog durchführen. Dies ist erforderlich, um festzustellen, welche Pflegenden für die Durchführung welcher pflegerischen Interventionen (formal und faktisch) in Frage kommen oder ggf. nach Absolvieren von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen künftig eingesetzt werden können.

Damit soll die Grundlage für eine „Pflegeprozessessteuerung“ bzw. eine „regelbasierte Steuerung des Pflegealltags“ geschaffen werden³¹. Ausgangspunkt sind die „Bedarfe und Bedürfnisse“ der Pflegebedürftigen, die im Rahmen der „Pflegeprozessessteuerung“ in eine Menge von notwendigen bzw. geeigneten pflegerischen Interventionen aus dem Interventionskatalog übersetzt werden. Auf Basis der IST-Analyse der Kompetenzen und Qualifikationen der Beschäftigten lässt sich dann im nächsten Schritt ermitteln, welche konkreten Kolleginnen und Kollegen für die Durchführung der Interventionen bei der betreffenden Person in Frage kommen. Im Ergebnis soll (künftig) vermieden werden, dass höher Qualifizierte Aufgaben unterhalb ihres Qualifikationsniveaus wahrnehmen, wie auch umgekehrt, dass geringer Qualifizierte Aufgaben erfüllen, für die sie formal nicht qualifiziert sind.

Das skizzierte Modell einer primär qualifikationsgebundenen Aufgabenverteilung steht offensichtlich in einem Spannungsverhältnis zum Konzept der Bezugspflege, die eine möglichst große personelle Kontinuität der pflegenden Personen fordert, um den Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten zu fördern (Person-zentrierte Pflege).

Auch den Autoren der „ersten Arbeitshilfe“ ist dieser Widerspruch aufgefallen und sie gestehen zu, dass „eine einseitige Orientierung am Ziel reiner Kompetenzorientierung [...] womöglich dazu führen [würde], dass Arbeitsabläufe [...] so auf Pflegepersonen verteilt werden, dass eine große Zahl an Mitarbeitenden an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person beteiligt ist. In der Folge könnte Bezugspflege dadurch erschwert bzw. sogar unmöglich gemacht werden“.³² Als Lösung dieses Problems weisen sie den Pflegeeinrichtungen die Aufgabe zu, „die für sie ideale Balance zwischen den beiden Zieldimensionen Kompetenzorientierung und Bezugspflege zu finden, um so kompetenzorientierte Bezugspflege zu gewährleisten.“³³

Aus der Perspektive einer Person-zentrierten Pflege und damit auch des Konzepts des Strukturmodells stehen die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten sowie die Beachtung der Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person im Zentrum der Arbeitsorganisation. Mit dem Konzept der „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation“ droht dagegen das Kriterium eines effizienten Personaleinsatzes an die erste Stelle zu rücken.

Die in der „Arbeitshilfe“ beschriebene „IST-Analyse der Arbeitsorganisation“ legt Wert darauf, dass stets zu dokumentieren ist, welche Pflegeperson welche Katalogintervention bei welchem pflegebedürftigen Menschen erbracht hat. Bei der

³¹ A.a.O. S. 23

³² A.a.O. S. 14

³³ Ebd.

durch das Strukturmodell ermöglichten Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – pflegerische Handlungen, die regelhaft gemäß der Maßnahmenplanung erbracht werden müssen nicht jedes Mal dokumentiert („abgezeichnet“) werden – besteht aus Sicht des Modellvorhabens die Gefahr, dass „[...] die Einrichtungen den Überblick darüber verlieren, welche Pflegekraft mit welchem Qualifikationsniveau welche Interventionen erbringt.“³⁴ Daher ist zu befürchten, dass mit der „Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation“ auch die kleinteilige Dokumentation wieder eingeführt werden muss.

Es bleibt jedoch zum einen abzuwarten, welche Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitsorganisation der für den Herbst 2025 erwartete Abschlussbericht des Modellvorhabens letztendlich vorschlagen wird. Zum anderen stellt sich die Frage, wie verbindlich diese Maßnahmen im Sinne des § 113c Absatz 3 Nr. 1 SGB XI sein werden bzw. ob Pflegeeinrichtungen auch eine Personalausstattung gemäß der Anhaltswerte in § 113c Absatz 1 SGB XI beanspruchen können, wenn sie eigenständig ihre Arbeitsorganisation weiterentwickeln. Zu letzterem gibt es bereits erste Signale z. B. im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG³⁵). Auch sind erste Entwicklungsprojekte in dieser Richtung nach unserer Kenntnis bereits in einem fortgeschrittenen Stadium³⁶. Schließlich wäre es auch sinnvoll nochmals zu überprüfen, wie belastbar eigentlich die empirische Grundlage für die vermeintliche Notwendigkeit zur Durchführung von Organisationsentwicklungsmaßnahmen ist, die das PeBeM-Projekt seiner damaligen Empfehlung zugrunde gelegt hat.

3.3. Künstliche Intelligenz im Kontext digitaler Dokumentation³⁷

Das Strukturmodell traf bei seiner Einführung teilweise auf erhebliche Kritik und auch Widerstand sowohl aus der Pflegewissenschaft als auch von manchen Herstellern von Dokumentationssystemen, weil es die Menge der dokumentierten Daten reduzierte – z.B. durch den Verzicht auf obligatorische Assessments – und weil die SIS® die Eingabe von Freitexten verlangt. Ein solches Konzept wurde seinerzeit als fachlicher Rückschritt – z.B. wegen der vermeintlich entfallenden Datenauswertungsmöglichkeiten – und wegen des Verzichts auf „strukturierte Daten als technisch überholt kritisiert. Nicht zuletzt aufgrund der systematischen Zusammenarbeit mit den Anbietern von Dokumentations-Software im Rahmen des EinSTEP-Projekts konnte vielen Einwänden und Bedenken begegnet werden, so dass das Strukturmodell von den meisten Herstellern im Sinne des gemeinsam mit ihnen

³⁴ Universität Bremen, Hochschule Bremen, contec GmbH (2024), S. 20

³⁵ Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegekompetenzgesetz-pkg.htm>

³⁶ Beispiele für trägereigene Modelle Qualifikations- und kompetenzorientierten Arbeitsorganisation finden sich bspw. hier: <https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/detailseite-personalbemessung-nach-113c-sgb-xi>

³⁷ Abschnitt 3.3 auf Basis eines Textes von Frau Prof. Dr. Yvonne Gorniak (FHDW Paderborn)

entwickelten „Anforderungsprofils für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen“³⁸ in ihre jeweiligen Systeme integriert wurde.

In der Zwischenzeit haben sich die technischen Möglichkeiten und die IT-Landschaft rasant weiterentwickelt. Technologien wie Cloud-Computing und immer leistungsfähigere Prozessoren ermöglichen eine schnelle und effiziente Nutzung von Rechenressourcen. Das Internet der Dinge (IoT) ermöglicht durch die Vernetzung von Sensoren und smarten Geräten das kontinuierliche Sammeln und Übertragen von Daten³⁹. Auf diesen Grundlagen besserer Rechenleistung und hoher Datenverfügbarkeit setzen Künstliche Intelligenz (KI) und Big Data Analytics auf. Sie ermöglichen die Analysen großer Datenmengen in Echtzeit und liefern Ergebnisse im Hinblick auf Prozessoptimierung, Qualitätssteigerung und Entscheidungsunterstützung⁴⁰. KI kommt in vielen Bereichen unterstützend zum Einsatz, von der Gesundheitsvorsorge bis zur Industrie, aber eröffnet auch der Pflege völlig neue Möglichkeiten⁴¹: Fortschritte in der Telemedizin und -konsultation eröffnen neue Kommunikationsmöglichkeiten und ermöglichen eine engmaschigere Betreuung von Pflegebedürftigen. Assistenzroboter bieten vielfältige Unterstützung, etwa bei der Mobilität oder bei Transportaufgaben. Smarte Sensoren liefern wertvolle Daten für präventive Maßnahmen, indem sie beispielsweise Bewegungen und Feuchtigkeitsänderungen im Bett erkennen und so zur Vermeidung von Komplikationen wie Dekubitus beitragen können.

Auch die Art und Weise, wie Pflegedokumentation (durch-) geführt wird, hat sich erheblich weiterentwickelt: Durch die elektronische Erfassung und Verarbeitung von Pflegedaten wird die Dokumentation schneller, präziser und weniger fehleranfällig. In einen besonderen Fokus ist die KI-gestützte Entscheidungsfindung gerückt. Sie unterstützt Pflegefachpersonen dabei, fundierte Entscheidungen zu treffen, indem sie auf Basis von Patientendaten und algorithmischen Methoden (z.B. Machine Learning) relevante Informationen und Handlungsempfehlungen liefert.

Auch die Dokumentation mit dem Strukturmodell kann heute aufgrund der technischen Fortschritte erheblich einfacher und effizienter erfolgen: So kann die Erfassung der zu dokumentierenden Informationen durch Methoden der Spracherkennung deutlich erleichtert werden. KI-Funktionen ermöglichen mehrsprachige Eingaben, sorgen für sprachliche Korrektheit oder übersetzen in einfache und leichte Sprache. Vitalwerte und weitere „strukturiert“ abzulegende Informationen können aus dem Text extrahiert und in die Dokumentation eingefügt werden. Bereits bei diesen Erfassungsprozessen muss die Entscheidung über die endgültige

³⁸ Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen (Version 1.4, Juni 2017), verfügbar unter <https://www.ein-step.de/downloads>

³⁹ Vgl. bitkom: Cloud Report 2024. <https://www.bitkom.org/sites/main/files/2024-07/240703Bitkom-ChartsCloud-Report-2024final.pdf> (Aufruf: 15.05.2025)

⁴⁰ Zumstein D, Zelic A, Klaas M: Digital Analytics in der Praxis – Entwicklungen, Reifegrad und Anwendungen der Künstlichen Intelligenz. Big Data Analytics, 49-72 (2021).

⁴¹ JMIR Aging (Publisher): Big Data Analytics for Elder Care. <https://aging.jmir.org/themes/652/2024-big-data-analytics-for-elder-care>

Übernahme einer Information in das Dokumentationssystem jedoch immer der fachlichen Beurteilung durch die Pflegenden vorbehalten bleiben.

Methoden der KI (z.B. auf der Basis von Sprachmodellen) ermöglichen es auch die Daten der Pflegedokumentation, auch in Verbindung mit anderen Dokumenten (z.B. Arztbriefe, Pflegeberichte), zu analysieren. Langwierige Auswertungen von Verlaufsdokumentationen und Textdokumenten gehören damit der Vergangenheit an. Ein weiterer Schritt ist die Entscheidungsunterstützung durch KI-Systeme. Hier werden ggf. auch sehr große Datenmengen ausgewertet und basierend auf diesen Auswertungen Empfehlungen formuliert bzw. Handlungsoptionen vorgeschlagen. Bei solchen Anwendungen entfalten die Methoden der künstlichen Intelligenz ihre größten Stärken, begegnen aber auch zugleich ihrer größten Herausforderung: Während sie wertvolle, datenbasierte Empfehlungen liefern, können die Entscheidungsprozesse hinter den KI-Systemen oft intransparent und schwer nachvollziehbar sein.

Mit den inzwischen verfügbaren technischen Möglichkeiten spielen die eingangs angesprochenen, bei Einführung des Strukturmodells bisweilen noch kritisierten, Aspekte der Eingabe von Freitexten und der vermeintlich mangelnden Analysemöglichkeiten keine Rolle mehr.

Der Einsatz dieser neuen Technologien ist vor allem als Werkzeug zur Stärkung der Fachlichkeit der Pflegenden zu sehen und sollte nicht als Ersatz der Fachlichkeit verstanden werden. Die Systeme, die unter Einsatz von künstlicher Intelligenz den Pflege- und Betreuungsprozess begleiten, dürfen dabei vor allem nicht entmündigend sein oder suggerieren, sie könnten das fachliche Urteil der Pflegenden ersetzen, sondern müssen die Pflegefachpersonen bei der Steuerung des Pflegeprozesses und der Umsetzung einer Person-zentrierten, an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientierten, Pflege unterstützen⁴².

⁴² Bratan T, Schneider D, Funer F et al. (2024). Unterstützung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit durch KI: Handlungsempfehlungen für eine verantwortbare Gestaltung und Nutzung. Bundesgesundheitsblatt 67, 1039–1046, 2024.

Kapitel II – Das Konzept des Strukturmodells

Das Konzept des Strukturmodells umfasst **vier übergeordnete Elemente**, die eine inhaltliche Verdichtung zur **Steuerung des 4-phasigen Pflegeprozesses** (s. Kap. I) darstellen und die wesentlichsten Aspekte umfasst.⁴³

Für die fachliche Ausgestaltung des Konzepts wurde zum einen der **Person-zentrierte Ansatz** gewählt, der eng mit der Ausrichtung des geltenden **Pflegebedürftigkeitsbegriffs** (SGB XI) im Zusammenhang steht (s. Kap. I). Zum anderen erfolgte bei dem Element 1 (SIS®) eine Orientierung an den Aktivitäten und Lebensbereichen des **Begutachtungsinstruments** (SGB XI). Damit liegen dem Konzept des Strukturmodells pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu **relevanten pflegerischen Handlungsfeldern** im Kontext von Pflegebedürftigkeit zu Grunde.

Das Konzept des Strukturmodells und seine praktische Anwendung im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses entspricht zudem den **gesetzlichen Vorgaben** der **Vorbehaltspflichten** (s. Kap. I) im Pflegeberufegesetz (PflBG)⁴⁴. Unabhängig davon, ist die Steuerung des Pflegeprozesses aus fachlicher wie juristischer Sicht mit Anforderungen an die Pflegedokumentation verbunden (s. Kap. II Pkt. 1.1.). Das prinzipielle Vorgehen entsprechend dem Strukturmodell wird erläutert (sog. Prinzipien).



Beachte

Die **Ausführungen zu den vier Elementen des Strukturmodells** beziehen sich in diesem Dokument in der Regel auf **alle Versorgungsbereiche** (ambulant/ vollstationär/ Tagespflege/ Kurzzeitpflege) in der Langzeitpflege. Gibt es „**settingspezifische**“ **Aspekte** oder Besonderheiten, wird in den jeweiligen Abschnitten **explizit** darauf **verwiesen**.

1. Kurzdarstellung Strukturmodell und Rahmenbedingungen

Die vier Element des Strukturmodells auf der Grundlage des Person-zentrierten Ansatzes haben folgende Funktion im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses:

- **Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)** (erster Schritt zum Einstieg in den Pflegeprozess) dient zunächst der Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person zur Situation und ihren Wünschen. Danach erfolgt die fachliche Einschätzung der Situation zum Hilfe- und Unterstützungsbedarf, sowie zu möglichen Herausforderungen oder Fähigkeiten durch eine Pflegefachperson entlang von sechs Themenfeldern. Die sich

⁴³ Das Vorgehen orientiert sich hierbei in Anlehnung an den vierphasigen Pflegeprozess analog Yura und Walsh (1984), der von der WHO als strukturierte Vorgehensweise für die Profession Pflege deklariert wurde.

⁴⁴ Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz PflBG), verfügbar unter: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr.49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017; www.bgbl.de

anschließende Matrix hat die Funktion einer zusammenfassenden pflegefachlichen Befunderhebung (Risiken und Phänomene) durch die Pflegefachperson und erfordert je nach Ergebnis zusätzliche eine Entscheidung, ob zu einzelnen Aspekten eine weitere Einschätzung erforderlich ist.

- **Element 2:** Der **Maßnahmenplan** im Strukturmodell (zweiter Schritt im Pflegeprozess) basiert **auf den Erkenntnissen der SIS®** und den zusätzlichen Informationen von weiteren Beteiligten im Team (z.B. soziale Betreuung) oder den An- und Zugehörigen. Die Pflegefachperson plant (möglichst) in Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person die individuellen Maßnahmen für die **Pflege und Betreuung** und ggf. auch **der hauswirtschaftlichen Versorgung** unter Beachtung der **individuellen Bedürfnisse**. Ebenso werden Maßnahmen zur Risikominimierung, der Behandlungspflege und relevante pflegerische Sachverhalte zum Erhalt und zur Förderung der Selbständigkeit in den Maßnahmenplan integriert. Der Maßnahmenplan folgt chronologisch der **Tagesstrukturierung** (24 Std.). In der ambulanten Pflege bezieht sich der Maßnahmenplan auf die mit dem Pflegedienst vereinbarten Leistungen und in der teilstationären Pflege auf den Zeitraum der Anwesenheit in der Tagespflege.
- **Element 3:** Das **Berichteblatt** im Strukturmodell (dritter Schritt im Pflegeprozess) dient zunächst der Dokumentation **von Abweichungen** der geplanten Maßnahmen und akuten Ereignissen, auch im Sinne von positiven Kontaktmomenten. Das Berichteblatt wird **von allen, die an der Pflege und Betreuung** beteiligt sind, zur Dokumentation der jeweiligen Einträge genutzt. Es ist ein zentrales „**Kommunikations- und Informationsmedium**“ für das Team, im Hinblick auf notwendige Informationen zur tagesaktuellen Situation der pflegebedürftigen Person. Das Berichteblatt wird auch für **befristete Beobachtungen** zur Überprüfung von Maßnahmen oder einer anlassbezogenen Evaluation genutzt. Im Strukturmodell ist das **Berichteblatt der „zentrale Treiber und Impulsgeber“ zur Steuerung** des individuellen Pflegeprozesses.
- **Element 4:** Die **Evaluation** im Strukturmodell (vierter Schritt im Pflegeprozess) erfolgt **individuell und anlassbezogen** und **nicht** in Form von schematischen Routinen. Die Notwendigkeit einer Evaluation kann sowohl durch dokumentierte Inhalte aus der SIS®, im Hinblick auf geplante Maßnahmen und durch Informationen aus dem Berichteblatt entstehen. Das Vorgehen bei der Evaluation im Strukturmodell setzt auf **Fachlichkeit und einen Entscheidungsspielraum** für die Pflegefachperson. Hierbei kommt dem Verfahren der „**vertieften Einschätzung**“ eine wichtige Funktion zu: Je nach Anlass erfolgt eine befristete Beobachtung, die Hinzuziehung (interner oder externer) Expertise oder der Einsatz eines standardisierten Instruments. Der Pflegefachperson stehen im Rahmen der Evaluation zwei Optionen zur Steuerung des Pflegeprozesses zur Verfügung: der „**kleine und der große Evaluationskreis**“.

Abbildung 4: Die vier Elemente des Strukturmodells

Element 1	Element 2	Element 3	Element 4
SIS® (drei Abschnitte): • Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person • Einschätzung der Pflegefachperson zu Bedarf und Bedürfnissen (Themenfelder) • Einschätzung zu pflegesensitiven Risiken und Phänomenen, Handlungsbedarf (Matrix)	Individueller Maßnahmenplan auf Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS®	Berichteblatt mit Fokussierung auf: • Abweichungen vom Maßnahmenplan • aktuelle Ereignisse • Informationen von weiteren Beteiligten • Erkenntnisse zu befristeten Beobachtungen	Evaluation: Individuelle Evaluationsdaten oder zeitlich befristete Beobachtungen aus • der SIS® • dem Maßnahmenplan • dem Berichteblatt

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Die Ausrichtung der Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells ist verbunden mit dem „Kernanliegen“ der Entbürokratisierung („Mehr Zeit für Pflege“) ohne dabei fachliche Standards zu vernachlässigen. Zusammengefasst **charakterisiert** das **Konzept des Strukturmodells** Folgendes:

Person-zentrierung

- Selbstbestimmung, Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person auf der Grundlage eines Verständigungsprozesses
Effekt: Berücksichtigung der gesamten Person (Bedarf und Bedürfnisse) anstelle einer Reduzierung auf ihr Gesundheits- bzw. Pflegeproblem.

Stärkung der Fachlichkeit

- Anerkennung der fachlichen Kompetenz der Pflegefachperson bei der Bewertung der Situation und Entscheidungen im Rahmen einer vertieften Einschätzung sowie von Aspekten zur Beratung, Anleitung und Schulung (Information)⁴⁵
Effekt: Aufwertung von pflegerischer Expertise und fachlicher Kompetenz

Entbürokratisierung

- Reduktion des Dokumentationsaufwands durch Rückführung der Pflegedokumentation auf das fachlich, juristisch und alltagspraktisch Erforderliche auf der Grundlage des 4-phasigen Pflegeprozessmodells.
Effekt: Zeitersparnis, Effizienzsteigerung, Minderung von Belastungsfaktoren im beruflichen Alltag.

⁴⁵ Veröffentlichung vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege; siehe Weiterführende Lesehinweise in diesem Dokument.



„Botschaft“ an die Verantwortlichen im Pflege- und Qualitätsmanagement

Eine erfolgreiche Einführung des Strukturmodells hängt wesentlich davon ab, dass

- **alle Mitarbeitenden** (Pflege und Betreuung) entsprechend ihres Kenntnisstands (Neueinsteiger/-innen oder mit dem Strukturmodell vertraut) geschult sind
- vom **Träger** hierfür personelle, sächliche und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden
- **Zeit** eingeplant wird, für eine regelmäßige Reflexion der praktischen Umsetzung
- vom **Pflege- und Qualitätsmanagement** von Beginn an und fortlaufend Angebote zur Unterstützung für die Mitarbeitenden eingerichtet und später zur Verstetigung im reduzierten Umfang beibehalten werden.

Im aktualisierten **Kapitel III** finden sich hierzu viele Anregungen, fachliche Hinweise und Empfehlungen, u.a. auch zum **Thema Digitalisierung**. Im Anhang wird weiterhin der **exemplarische Projektplan** (s. Anlage 2) zur Steuerung der Einführung in der Pflegeeinrichtung angeboten.

1.1. Rechtliche Aspekte im Kontext des Strukturmodells

1.1.1. Juristische Einordnung

Die Erfahrungen in allen Projekten zur Verschlankung der Pflegedokumentation haben die Notwendigkeit einer fundierten rechtlichen Bewertung, namentlich aus haftungsrechtlicher Sicht, gezeigt. Pflegefachpersonen befürchten weiterhin gegen einen (vermeintlichen) Grundsatz „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht durchgeführt worden“ zu verstoßen.

Im Jahr 2014 hat sich deshalb eine juristische Experten*innengruppe aus sozialrechtlicher, haftungsrechtlicher und berufsrechtlicher Perspektive mit dem Thema Pflegedokumentation im Grundsatz und im Kontext des Strukturmodells befasst und das **Ergebnis in der sogenannten „Kasseler Erklärung“** ⁴⁶ (s. Anlage 5) erläutert und in Fachzeitschriften publiziert.

Ziel dieser Erklärung war es, die Einführung des **Strukturmodells aus rechtlicher Sicht zu flankieren**. Die **Entscheidung der Träger** von Pflegeeinrichtungen, das

⁴⁶ Zum Zeitpunkt der Kasseler Erklärung wurde noch zwischen Grund- und Behandlungspflege differenziert und der Gesetzestext sprach auch im SGB XI von Grundpflege. Mittlerweile hat der Gesetzgeber diese Formulierung seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 (§ 14 SGB XI) aufgegeben und geht von einem umfassenderen Verständnis der Pflege aus. Der alte Begriff „Grundpflege“ war auf körperliche Hilfe fokussiert. Heute stehen die individuelle Selbständigkeit und Teilhabe im Vordergrund (Gesetzentwurf zum PSG II vom 07. 09. 2015). Umgangssprachlich wird der Begriff „Grundpflege“ auch heute noch benutzt. Hierunter fallen weiterhin alle „Routinemaßnahmen der Pflege“ mit den in der Kasseler Erklärung ausgeführten juristischen Einordnungen.

Strukturmodell einzuführen, sollte hierdurch unterstützt und den Verantwortlichen **in der Praxis Sicherheit** im täglichen Umgang mit der Dokumentationspraxis gemäß Strukturmodell vermittelt werden. Vieles was hierin ausgeführt wird, gilt auch **grundsätzlich** für das Thema **Pflegedokumentation**.

Mit ihren Empfehlungen weist die Experten*innengruppe, im Hinblick auf Entbürokratisierungsbestrebungen mit dem Strukturmodell, erneut auf die **eigentliche Funktion der Pflegedokumentation** im pflegerischen Alltag hin (2016) und ermutigt zur „Rückbesinnung“ auf den eigentlichen **Zweck** der Pflegedokumentation im **Grundsatz**:

- Die Erfüllung von fachlichen Anforderungen,
- als Instrument zur Kommunikation und Steuerung sowie
- als Instrument für die interne und externe Qualitätssicherung.

1.1.2. Sozialrechtliche Regelungen (SGB XI), Pflegedokumentation und Strukturmodell

In den Ausführungen der **Maßstäbe und Grundsätzen (MuG)**⁴⁷ zu den jeweiligen Versorgungsbereichen wird das Strukturmodell als geeignete fachliche Grundlage für eine Pflegedokumentation in der Langzeitpflege gem. SGB XI bestätigt.

Die Dokumentation gemäß Strukturmodell steht der aktuellen fachlichen Ausrichtung der **Qualitätsprüfrichtlinien (QPR)**⁴⁸, (stationär, ambulant, Tages- und Kurzzeitpflege) nicht entgegen. Beiden Konzepten liegt jeweils die Orientierung an dem neuen Pflegeverständnis (s. Kap. I) zugrunde.

1.2. Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Strukturmodells

1.2.1. Technische Aspekte zur Umsetzung in Softwaresystemen und Kooperation mit den Herstellern

Eine Verständigung zwischen dem Projektbüro EinSTEP, den Trägerorganisationen von Pflegeeinrichtungen und den Verbänden der Anbieter von Dokumentationssystemen zur adäquaten Umsetzung des Strukturmodells in Softwaresystemen wurde im sogenannten „Technischen Anforderungsprofil“ gemeinsam erarbeitet und verschriftlicht. Die darin enthaltenen Empfehlungen und Leitlinien stellen den unterstützenden Charakter der Hersteller und ihrer Softwaresysteme heraus, mit dem Ziel eines gemeinsamen Konsenses bezogen auf die Entbürokratisierung und der Stärkung der Fachlichkeit der Pflegefachpersonen. Unter dieser Prämisse be-

⁴⁷ Die Maßstäbe und Grundsätze (MuG) für die Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege für alle Versorgungsbereiche sind verfügbar unter: <https://gs-qa-pflege.de/download/>

⁴⁸ Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für alle Versorgungsbereiche sind verfügbar unter: <https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/richtlinien/grundlagen-fuer-begutachtungen-und-qualitaetspruefungen/qualitaetspruefungen.html> oder unter <https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien-vereinbarungen-formulare/richtlinien-vereinbarungen-formulare.jsp>

halten Anbieter von Dokumentationssystemen einen Gestaltungsspielraum, assistierende Funktionalität in ihre Lösungen zu integrieren. Kapitel III greift diesen Aspekt erneut auf und bietet vertiefende Überlegungen.

1.2.2. Funktion und Aufgaben der Kooperationsgremien (KOG) in den Ländern zur Verstetigung des Strukturmodells

Neben dem Projektbüro EinSTEP auf Bundesebene wurden im Rahmen der Implementierungsstrategie (2015-2017) zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells in vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen **Kooperationsgremien auf Länderebene** eingerichtet. Die Gesamtsteuerung der bundesweiten Implementierung des Strukturmodells erfolgte in enger Zusammenarbeit mit diesen Kooperationsgremien und den Verbänden auf Landesebene. Zielsetzung der Einrichtung von KOG war und ist die Steuerung auf Landesebene und die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, unter Einbezug aller Einrichtungs- und Kostenträger, den Prüfinstanzen, den Behörden nach Ordnungsrecht und den Sozialministerien der Länder.

Abbildung 5: EinSTEP Strukturen



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Dabei steht bis heute der **Informations- und Erfahrungsaustausch zur Umsetzung des Strukturmodells** in den Ländern und die Lösungsentwicklung zu zentralen und regionalen Ereignissen u.a. in Abstimmung mit dem Projektbüro Ein STEP im Fokus. Länderabhängig wurden zusätzliche Akteure z.B. Bildungsträger in die Kooperationsgremien aufgenommen. Die Zusammensetzung und Aktivität der Kooperationsgremien sind in den Ländern derzeit unterschiedlich. Einige Kooperationsgremien sind sehr aktiv und es wurden im Laufe der Zeit zusätzliche Themen, beispielsweise zu Instrumenten der Qualitätssicherung und Fragen zur Verankerung des Konzepts des Strukturmodells in der Pflegeausbildung, in den Aufgabenbereich aufgenommen.

Mit der Vorlage der Informations- und Schulungsunterlagen EinSTEP 3.0 kommt nun **allen KOG** (erneut) **eine zentrale Rolle zu**, beispielsweise bei der **Koordination**

von Schulungen für alle Beteiligten sowie die Bearbeitung und Verdichtung von Rückmeldungen aus der Praxis. Weiterhin besteht ein hoher **Abstimmungsbedarf im Bereich der Pflegeausbildung**, insbesondere zur praktischen Prüfung. Durch die Länderhoheit in dem Bereich Bildung sind die Kooperationsgremien hier von wesentlicher Bedeutung.

Die Kooperationsgremien der Länder sind außerdem unverzichtbare **Partner für das Lenkungsgremium auf Bundesebene**. Sie stellen die fachkundige Begleitung zur weiteren Verstetigung und Steuerung der Prozesse auf Landesebene sicher und die Verbände der Leistungserbringer (Trägerorganisationen) bieten durch die **geschulten Multiplikator*innen auf Landesebene** sachkundige Information, Beratung und Begleitung an. Weiterführende Informationen hierzu finden sich unter <https://www.ein-step.de>.

1.2.3. Flankierung durch den Gesetzgeber

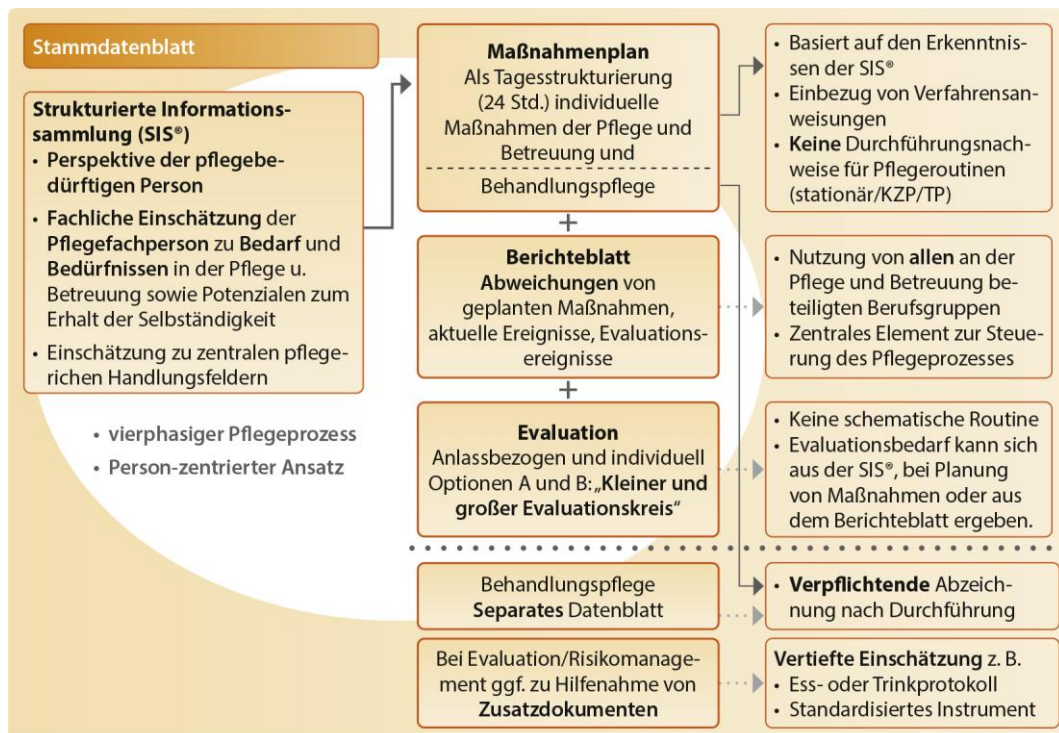
Bis heute liegt die Schirmherrschaft für das Lenkungsgremium (LG) auf Bundesebene und den damit verbundenen Kooperationsgremien (KOG) der Länder, bei den jeweils benannten **Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung**. Diese unterstützen auch weiterhin die Aktivitäten der Trägerorganisationen zur bundesweiten Verstetigung des Strukturmodells. Dies ist ein wichtiges Signal für die Pflegenden und alle Beteiligten, dass auch die Weiterentwicklung und Verstetigung des Strukturmodell sowie das **Kernanliegen der Entbürokratisierung in der Pflege** im Blickfeld der Politik bleibt.

Der **Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages** hat im Herbst 2015 im Rahmen der Beratungen zum Pflegeneuausrichtungsgesetz (PSG II) festgestellt⁴⁹:

„Mit dem Strukturmodell wird der Praxis nun erstmals eine verlässliche, das heißt mit den Kosten- und Einrichtungsträgern sowie den Prüfinstanzen konsentierende und hinsichtlich wichtiger Rechtsfragen geprüfte Richtschnur zur angemessenen und sachgerechten Gestaltung der Pflegedokumentation an die Hand gegeben. Auf dieser Grundlage kann überflüssiger Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen“.

⁴⁹ Pflegestärkungsgesetz (PSG II 2015); Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode – 135 – Drucksache 18/668 zu Nr. 32 § 113 Abs. 1 Sätze 3 + 6 SGB XI: „... Aufwand für Pflegedokumentation und Aufgaben der pflegerischen Versorgung müssen im angemessenen Verhältnis stehen..., ... zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation sind ..., führen diese nicht zur Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen“.

Abbildung 6: Grundstruktur und Prinzipien der Pflegedokumentation auf der Grundlage des Strukturmodells im Überblick



Quelle: Projektbüro EinSTEP

Das Konzept des Strukturmodells und die vorliegenden Unterlagen bieten den **Verantwortlichen im Pflege- und Qualitätsmanagement** eine fachlich **fundierte Grundlage** zur Ausrichtung einer schlanken **Pflegedokumentation**. Bei Einhaltung der Prinzipien und unter Beachtung der Anforderungen an den Pflegeprozess lässt das Konzept den Pflegeeinrichtungen Spielraum für einrichtungsindividuelle Akzente.

Eben dieses gilt auch für **Softwarehersteller** in Bezug auf einen **gezielten und wohlüberlegten** Einsatz von **assistierenden technologischen Komponenten** unter den genannten Prämissen.

2. Die 4 Elemente des Strukturmodells im Detail

2.1. Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Die **Strukturierte Informationssammlung (SIS®)** ist das erste Element im Strukturmodell und dient dem Einstieg in den **4-phasigen Pflegeprozess**. Die SIS® basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zu **relevanten Handlungsfeldern der Pflege bei Pflegebedürftigkeit**. Die Strukturierung orientiert sich mit den **Themenfeldern** an den **Aktivitäten und Lebensbereichen** des **Begutachtungsinstruments** im SGB XI (s. Kap. I).



Die SIS® ist kein „Formular“, welches einfach in andere Dokumentationssysteme eingefügt oder „solitär“ genutzt werden kann.

Die SIS® ist die Grundlage für eine erste oder wiederholte fachliche **Einschätzung und Orientierung** zur Situation pflegebedürftiger Personen **durch die Pflegefachperson**. Es werden Bedarfe und Bedürfnisse zur Pflege und Betreuung einschließlich möglicher Potenziale zum Erhalt und zur Förderung der Selbständigkeit sowie pflege- und betreuungsrelevante biografischer Aspekte erfasst.

In der SIS® wird die **Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person** zu ihrer aktuellen Situation dokumentiert. Soweit möglich erfolgen mit der pflegebedürftigen Person (bzw. den An- und Zugehörigen) erste Abstimmungen oder Überlegungen zur **Pflege und Betreuung**, zum **Erhalt der Selbständigkeit**, zum **Wohlbefinden** und zu einem **selbstbestimmten Leben** oder auch der **Risikominimierung**.

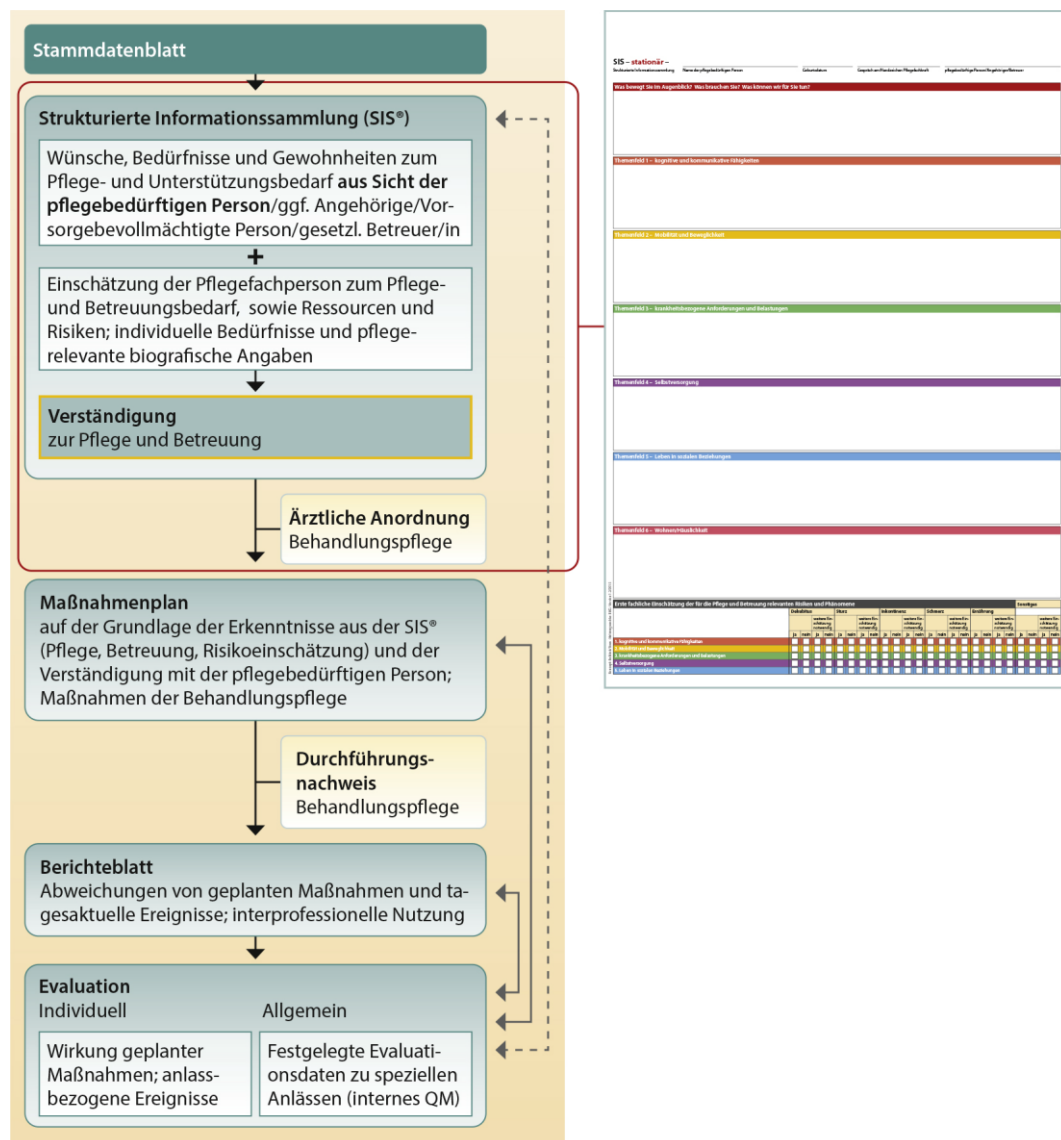


Beachte

- Die SIS® darf nur von einer **Pflegefachperson** angewandt werden (Vorbehaltsaufgabe) und zum **Strukturmodell geschult ist**. Informationen und Erkenntnisse anderer Berufsgruppen zur pflegebedürftigen Person sind hierbei immer einzubeziehen.
- Die Pflegefachperson bringt für die individuelle Situationseinschätzung das notwendige fachliche **aktuelle Wissen** sowie ihre **berufliche Erfahrung** ein.
- Die Pflegefachperson nutzt ihre **kommunikative Kompetenz** im Sinne einer wertschätzenden Gesprächsführung.
- Die Anwendung der SIS® **bedarf der Übung**, der fachlichen Reflexion und **Begleitung über einen längeren Zeitraum**. Das Verfahren hierzu ist einrichtungsintern festzulegen.

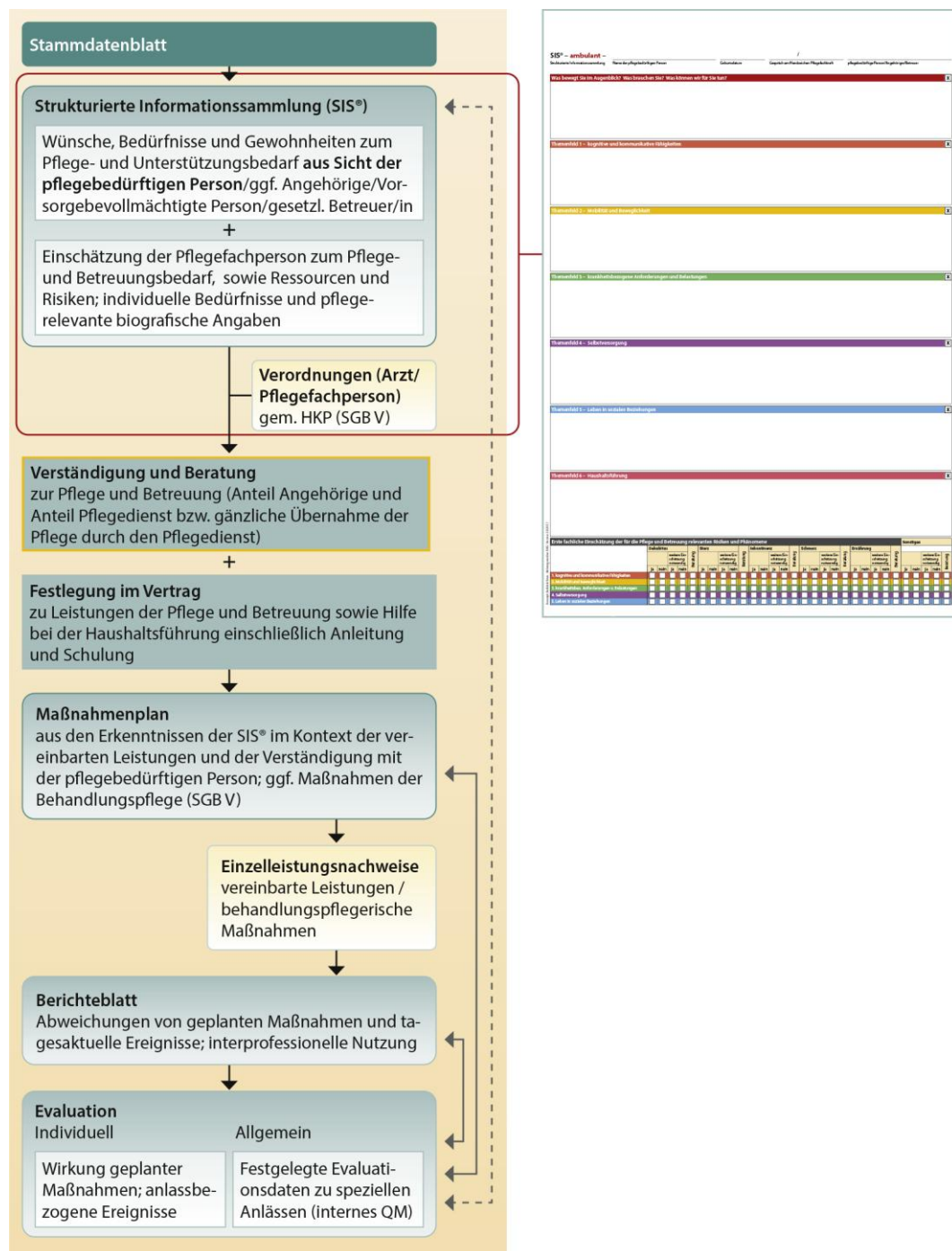
In den folgenden Abbildungen wird zum besseren Verständnis die Zuordnung und Funktion der SIS® im Konzept des Strukturmodells (ambulant, voll- und teilstationär) den weiteren Ausführungen vorangestellt.

Abbildung 7: Funktion der SIS® (vollstationär) im Konzept des Strukturmodells



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Abbildung 8: Funktion der SIS® (ambulant) im Konzept des Strukturmodells

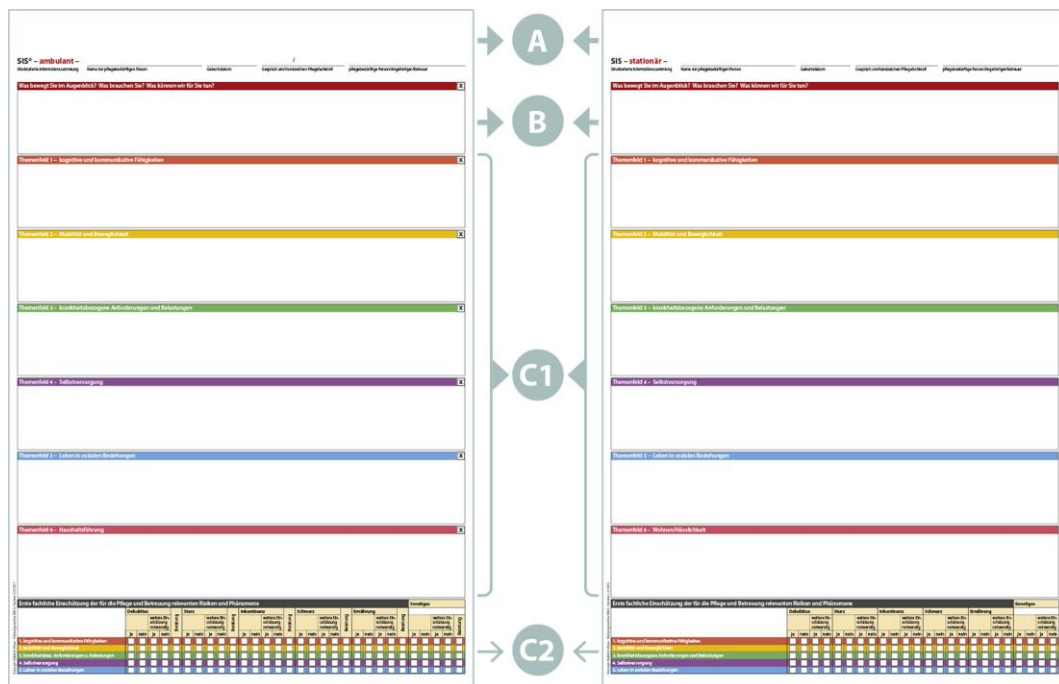


Quelle: EinSTEP Projektbüro

2.1.1. Einleitung in Struktur und Aufbau

Die SIS® gliedert sich in **vier Abschnitte** (Felder A/B/C1/C2), die systematisch aufeinander aufbauen. Sie liegt in **vier settingspezifischen** Varianten (ambulante Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege) vor.⁵⁰

Abbildung 9: Struktur und Aufbau der SIS® (Felder A/B/C1/C2) in allen Varianten gleich



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Die Unterschiede in den jeweiligen Varianten der SIS® stellen sich wie folgt dar:

Feld A und Feld B	identisch für vollstationäre und ambulante Pflege für die Tagespflege (TP) und die Kurzzeitpflege (KZP) jeweils spezifische Varianten
Feld C1	das Themenfeld 6 ist jeweils auf den Versorgungssektor (ambulant - vollstationär - TP - KZP) angepasst
Feld C2	für die ambulante Pflege in der Matrix zusätzlich pro zentralem Handlungsfeld eine Spalte „ Beratung “

Weitere Details finden sich in den nachfolgenden Kapiteln.

⁵⁰ Die SIS® steht in allen Varianten (ambulant/ vollstationär /Tagespflege/ Kurzzeitpflege) in DIN A4 und DIN A3 weiterhin zum Download elektronisch oder physisch ausfüllbar (z.B. zur Nutzung bei einer papiergestützten Pflegedokumentation oder für den Unterricht in Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätten) unter www.ein-step.de zur Verfügung.

2.1.2. Die Felder der SIS® (A-B-C1-C2) im Detail

In den folgenden Abschnitten wird das pflegewissenschaftliche Konzept der strukturierten Informationssammlung zum Einstieg in den Pflegeprozess systematisch erläutert. Zu den jeweiligen Themenfeldern der SIS® gibt es vertiefte fachliche Hinweise sowie Erläuterungen zur praktischen Anwendung, angereichert mit  „Impulsbeispielen“ oder  „Impulsfragen“.

2.1.3. Feld A: Allgemeine Informationen und verbindlicher Abschluss

Im Feld A werden allgemeine Daten wie Name und Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person i.d.R. automatisch von der Software generiert.

- Es folgt die „Zeile“ mit dem Gesprächsdatum i. V. m. dem hinterlegten „Kürzel“ für die Pflegefachperson, die das Gespräch führt. Bei Abschluss des Dokuments hat sie die fachliche Verantwortung für die Situationseinschätzung zu diesem Zeitpunkt („Momentaufnahme“).⁵¹
- Am Ende des Feld A befindet sich die „Zeile“ für die Unterzeichnung der pflegebedürftigen Person (ggf. An- oder Zugehörige/ gesetzl. Betreuer/-in/ Vorsorgebevollmächtigte Person) im Sinne der gemeinsamen Verständigung.

Abbildung 10: Feld A in der SIS® ambulant, stationär, Tagespflege (TP) und Kurzzeitpflege (KZP)



SIS® – ambulant – Strukturierte Informationssammlung	Name der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum	Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft	pflegebedürftige Person/Angehörigen/Betreuer	A
SIS® – stationär – Strukturierte Informationssammlung	Name der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum	Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft	pflegebedürftige Person/Angehörigen/Betreuer	A
SIS® – Kurzzeitpflege – Strukturierte Informationssammlung	Name der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum	Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft	pflegebedürftige Person/Angehörigen/Betreuer	A
SIS® – Tagespflege – Strukturierte Informationssammlung	Name des Tagespflegegastes	Geburtsdatum	Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft	Tagesgast/Angehörigen/Betreuer	A

Quelle: EinSTEP Projektbüro

⁵¹ Im juristischen Sinne gilt dies als „Urkunde“.

Folgende Überlegungen liegen der Ausrichtung des Feld A zugrunde:

Durch die Unterzeichnung der SIS® von der pflegebedürftigen Person oder von Personen wie oben aufgeführt, kommt die beidseitige Verbindlichkeit bezogen auf geäußerte „Wünschen oder Vorlieben“ (Feld B) sowie die Verständigung zu einzelnen Aspekten der Versorgung zum Ausdruck, die im Rahmen des Gesprächs erfolgt ist und in den Themenfeldern dokumentiert wurde.

Diese Form der Verbindlichkeit (im Sinne des Person-zentrierter Ansatz) kann u.a. auch bei unterschiedlicher Auffassung zwischen den Beteiligten zur Situation eine hilfreiche Funktion zur Klärung zwischen den Beteiligten sein. Eventuell ist dies auch hilfreich im späteren Verlauf der Versorgung, um darauf Bezug nehmen zu können oder bei Veränderungen in der Versorgung daran anzuschließen.

**Beachte**

- In der Praxis wird die Möglichkeit der Unterschrift der pflegebedürftigen Person (ggf. Vorsorgebevollmächtigte*r/ gesetzl. Betreuer*in) nur wenig genutzt. Das Expert*innengremium hat sich dennoch entschieden, dieses Angebot **optional beizubehalten** und empfiehlt weiterhin die Anwendung.
- Eine **elektronische Unterschrift** kann hier in Betracht gezogen werden oder wird künftig die Regel sein.

2.1.4. Feld B: Die Perspektive der pflegebedürftigen Person

Das Konzept der SIS® sieht im Feld B sog. **Impulsfragen** für das Gespräch mit der pflegebedürftigen Person vor, die keinesfalls schematisch abgefragt werden sollten. Den individuellen Wünschen und Vorstellungen der pflegebedürftigen Person zu einem selbstbestimmten Leben, ihre Wahrnehmungen zur Situation und den persönlichen Vorstellungen von Hilfe und Pflege wird damit bewusst Raum gegeben.⁵²

Mit dieser Vorgehensweise werden die Prinzipien einer Person-zentrierten Pflege und insbesondere der beginnende Beziehungsaufbau gefördert.

⁵² Der Einstieg in den Pflegeprozess mit der SIS® beginnt bewusst mit den Fragen im Feld B nach den individuellen Bedürfnissen, Wünschen und Prioritäten der pflegebedürftigen Person. Diese Informationen geben - ganz im Sinne der Person-zentrierung - den Blickwinkel der Pflegefachperson im Pflegeprozess vor. Sie stellen eine übergeordnete Zielsetzung für die Pflege und Maßnahmenplanung dar, die sich unmittelbar auf die durchzuführenden Maßnahmen auswirkt. Auf eine weitere kleinschrittige Zielsetzung zu den jeweiligen Einzelmaßnahmen wird im Weiteren verzichtet (s. auch Kap. I Pkt. 1.3). Dennoch kann eine Maßnahme immanente Ziele haben, die indirekt in der Beschreibung der Maßnahmen enthalten sind, z. B. wenn es darum geht beim Mobilitätstraining eine bestimmte Strecke zurückzulegen (Bewohnerin übt 3 x täglich eigenständig 10 Schritte zu laufen). Die früher sehr kleinschrittigen Zielsetzungen im Rahmen des sechs-phasigen Pflegeprozesse waren zumal selten handlungsleitend.

Der Person-zentrierte Ansatz im Strukturmodell ist verbunden mit dem „Prinzip der Verständigung“ zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson. Dieser Aspekt spielt nicht nur in der SIS® eine Rolle, sondern das Vorgehen und der Kerngedanke betrifft auch alle anderen Elemente.

Der Begriff „Verständigung“ steht für einen respektvollen Umgang miteinander indem u.a. die tägliche Versorgung entlang der geäußerten individuellen Wünsche und Gewohnheiten miteinander besprochen und im Sinne eines beginnenden Beziehungsaufbaus, Vertrauen aufgebaut wird. Da diese Vorgehensweise nicht immer einfach ist - insbesondere im Umgang mit kognitiv eingeschränkten oder psychisch kranken Menschen - bedarf sie der Übung, Schulung und Reflexion.

Abbildung 11: Feld B in der SIS® (ambulant und stationär)

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Stimulieren einer „Erzählung in eigenen Worten“⁵³

Wie oben ausgeführt, dient dieses Feld der Dokumentation der Schilderung der pflegebedürftigen Person zu ihrer Situation. Im Einzelnen geht es beispielsweise um die persönliche Vorstellung zum Hilfe- und Unterstützungsbedarf, mögliche Ängste oder Vorlieben, die für die jeweilige Person im Alltag besonders wichtig sind und sie derzeit bewegen.

Dies kann bei pflegebedürftigen Personen (Bewohner*innen, Klient*innen, Tages- oder Kurzzeitpflegegästen), die selbst Auskunft geben können, zu Beginn und im Laufe des Gesprächs über sog. **Impulsfragen** angeregt werden, die im Sinne eines „**interessierten Nachfragens**“ zu verstehen sind.

 **Impulsfragen** wären beispielsweise:

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

 **Impulsbeispiel**

"Ach wissen Sie, meine Tochter ist immer so bemüht, aber sie kann auch nicht mehr. Sie arbeitet und hat Kinder, ich bin froh, dass Sie da sind und mir jetzt helfen. Ich will am liebsten hier in meiner Wohnung bleiben, und auch hier sterben".

⁵³ In den Schulungsunterlagen (Version 2.0) wurde hierfür der Begriff „narrative Erzählweise“, in Anlehnung an die sozialwissenschaftliche Methode des „Narrativen Interviews“ (Wiedergabe des Originalwortlauts der pflegebedürftigen Person oder deren Zu- oder Angehörigen/ Begleitperson) gewählt.



Impulsfragen können sich auch auf Aspekte wie folgt beziehen:

Was ist Ihnen in der Versorgung besonders wichtig? Welche Fähigkeiten möchten Sie erhalten oder mit Unterstützung von uns fördern? Gibt es etwas, dass wir wissen sollten?



Impulsbeispiel

„Ich bin stolz, dass auch wenn ich kaum noch etwas sehen kann, ich mich noch gut in meiner Wohnung zurechtfinde und auch noch selbst laufen kann. Nur ruhig soll es nicht sein. Ich habe immer den Fernseher an oder das Radio. Früher taten meine Beine oft weh aber seitdem ich diese neuen Tabletten nehme, habe ich kein Schmerzen mehr.“

Bei einem Gespräch mit Zu- oder Angehörigen bei pflegebedürftigen Personen, die keine Auskunft geben können, bieten sich (indirekte) Impulsfragen an:



Impulsfragen:

Was war ihrer Mutter/ihrem Vater besonders wichtig z.B. beim Essen oder beim Zubettgehen, bei der Kleidung? Woran erkennen wir, wann sie/er (un)zufrieden oder traurig/einsam ist?



Impulsbeispiele:

„Meine Mutter möchte niemandem zur Last fallen. Obwohl sie sehr schlecht sieht, macht sie noch viel allein. Ich habe zunehmend Angst, dass sie stürzt und ich das nicht mitbekomme, möchte ihr aber ermöglichen so lange wie möglich in ihrer Wohnung zu bleiben.“

„Meiner Mutter war es immer wichtig, dass sie gut gekleidet war und dass die Haare frisiert waren. Das Haus hat sie in letzter Zeit kaum verlassen...“

Entscheidend für einen wertschätzenden und einfühlsamen Gesprächsverlauf - ganz gleich in welchem Versorgungssetting - ist **das aktive Zuhören** der Pflegefachperson. Die oben erwähnte „Technik des interessierten Nachfragens“, ist häufig ein „Türöffner“ im Gespräch mit der pflegebedürftigen Person (oder auch den An- oder Zugehörigen) und hilfreich, um Vertrauen aufzubauen oder ins Gespräch zu kommen.

Gestaltet sich ein Gespräch im Beisein von Zu- oder Angehörigen aus verschiedenen Gründen als schwierig, so ist den Argumenten einfühlsam zu begegnen aber auch dafür Sorge zu tragen, dass die **pflegebedürftige Person** entsprechend Raum für die Schilderung **ihrer Sicht zur Situation** und ihren Wünschen erhält.



Beachte

- Die Schilderungen, Wünsche etc. werden **im Originalton im Feld B** festgehalten, um u. a. eine Interpretation durch die Pflegefachperson zu

vermeiden. D. h. die Äußerungen der pflegebedürftigen Person aus ihrer Perspektive sind auf **keinen Fall** mit Fachvokabular zu versehen oder (übersetzt) **in der Fachsprache zu dokumentieren**.

Im weiteren Gesprächsverlauf können einzelne Aspekte auch situationsbedingt in den Themenfeldern der SIS® festgehalten werden.

Setting spezifische Aspekte im Zusammenhang mit dem Feld B

In der **ambulant**en Pflege sind die Erkenntnisse aus dem anfänglichen Gespräch (pflegefachliche-/eigene Einschätzung) mit der pflegebedürftigen Person und meist auch anwesenden An- oder Zugehörigen, Grundlage für die Verständigung zur Aufgabenteilung in der Pflege und Betreuung zwischen dem Pflegedienst, der pflegebedürftigen Person und den pflegenden Zu- oder Angehörigen.

Für die **Tagespflege** und die **Kurzzeitpflege** wurde im Rahmen der Erprobung (2017) eine weitere **Impulsfrage** als bedeutsam genannt:

Was bringt Sie zu uns?

Tabelle 1: Impulsfrage „Was bringt Sie zu uns?“ in der Tagespflege vs. Kurzzeitpflege

Einordnung der Frage für die Tagespflege	Einordnung der Frage für die Kurzzeitpflege
Die Tagespflege ist eine Versorgungsform, die zusätzlich zur ambulanten Sachleistung bzw. zum Pflegegeld in Anspruch genommen werden kann. Sie kommt meist dann erst zum Tragen, wenn Pflegebedürftige nicht mehr allein zu Hause zurechtkommen, pflegende Angehörige entlastet werden sollen oder die ambulante Betreuung nicht an allen Wochentagen sichergestellt werden kann (z. B. bei Berufstätigkeit der Angehörigen). Durch die zusätzliche Leitfrage „Was bringt Sie zu uns?“ sollen veränderte Lebensumstände, Vorstellungen und Wünsche der pflegebedürftigen Person hinsichtlich ihrer weiteren Versorgung angesprochen werden.	Die Kurzzeitpflege ist eine Versorgungsform, die als Übergangslösung bei sehr hohem Pflegebedarf (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt) zum Übergang der Rückkehr in die Häuslichkeit oder zur Überbrückung von Versorgungslücken (Urlaubs- oder Verhinderungspflege) in Anspruch genommen werden kann. Durch die zusätzliche Leitfrage „Was bringt Sie zu uns?“ können u. a. Vorstellungen, Wünsche und ggf. Ängste der pflegebedürftigen Personen hinsichtlich ihrer weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege gezielt angesprochen werden.

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Inzwischen wird diese Frage mitunter auch in der vollstationären Pflege bei dem Erstgespräch eingesetzt. Die Pflegeeinrichtungen, die so verfahren berichten, dass sie hierdurch wertvolle Eindrücke zum Grund des Einzuges der pflegebedürftigen Person bekommen und diese Frage ein guter „Türöffner“ für das Gespräch sowohl mit der pflegebedürftigen Person als auch den Zu- oder Angehörigen sein kann.

Impulsbeispiele

„Ich bin hier, weil es zu Hause einfach nicht mehr geht. Mein Mann ist vor sechs Monaten verstorben und ich kann mich nicht mehr allein versorgen.“

Angehörige äußern: „Meine Mutter benötigt zunehmend Pflege und ich habe doch auch noch eine eigene Familie. Meine Kinder brauchen mich noch und ich arbeite Teilzeit. Ich schaffe das alles nicht mehr.“

Auch im stationären Bereich ist es wichtig zu thematisieren, warum dieser „große Schritt“ in eine Einrichtung notwendig oder unvermeidbar ist und zu erfahren, wie schwierig mitunter diese Entscheidung war und eventuell sogar mit Schuldgefühlen oder Zweifeln bei An- oder Zugehörigen einhergeht.

2.1.5. Feld C1: Die Themenfelder (TF) im Detail

Nachdem die Pflegefachperson sich zuerst mit der Perspektive aus Sicht der pflegebedürftigen Person auseinandergesetzt und einen ersten Eindruck zur Person und ihrer Situation bekommen hat, wird das Gespräch aus der fachlichen Perspektive - entlang der Themenfelder im Feld **C1** - fortgeführt und die Einschätzung zur Situation vertieft.

Die ersten **fünf Themenfeldern der SIS®** im Feld C1 korrespondieren mit den Aktivitäten und Lebensbereichen des Begutachtungsinstruments auf der Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI (s. Kap.1). Diesem lag eine pflegewissenschaftliche Analyse von (inter-)national anerkannten Instrumenten zur Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs im Kontext von Pflegebedürftigkeit zu Grunde. Somit ist für die Themenfelder in der SIS® eine fundierte pflegewissenschaftliche Grundlage gegeben.

Der mit dem Konzept der SIS® eingeleitete Perspektivwechsel im Rahmen der Situationseinschätzung durch die Pflegefachperson im Sinne des neuen Pflegeverständnisses (SGB XI)⁵⁴, wird durch die Themenfelder in der SIS® bereits beim Einstieg in den Pflegeprozess unterstützt. Diese lauten im Einzelnen wie folgt:

Tabelle 2: Themenfelder in der SIS®

Reihenfolge	Thema
Themenfeld 1	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Themenfeld 2	Mobilität und Beweglichkeit
Themenfeld 3	Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
Themenfeld 4	Selbstversorgung
Themenfeld 5	Leben in sozialen Beziehungen
Themenfeld 6	Setting spezifisch

Quelle: EinSTEP Projektbüro

⁵⁴ IGES Institut; Projekt Transform: Leitfaden zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Weiterführende Lesehinweise in diesem Dokument).

Die ersten fünf Themenfelder sind in allen vier Varianten der SIS® für die jeweiligen Versorgungsbereiche identisch. Die vier **Setting spezifischen Themen im sechsten Feld** beruhen auf Konsensentscheidungen der damaligen Expert*innengruppen (TP und KZP) und den Ergebnissen aus den jeweiligen Praxistests (2018).

Prinzipien der praktischen Anwendung des Feld C1

Es werden immer **alle** Themenfelder (TF) aktiv genutzt, um die Einschätzung der Situation durch die Pflegefachperson zu dem jeweiligen Themenschwerpunkt knapp zu dokumentieren.

Ausdrücklich sind die TF auch zu nutzen zur Dokumentation ...

- von **Potenzialen zum Erhalt oder zur Förderung der Selbstbestimmung** oder noch bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten und die Förderung deren Wiedererlangung etc.
- von absehbaren oder bestehenden **gesundheitlichen oder verhaltensbedingten Gefährdungen** (Risiken)
- von Vorschlägen und ggf. einer **Beratung** zur möglicher **Risikominimierung** und das Ergebnis
- von zu empfehlenden oder vorhandenen **Hilfsmitteln** und deren Einsatz sowie eventuell weiterer **Beratung** hierzu
- von speziellen **Wünschen der pflegebedürftigen Person** im Rahmen der Versorgung

Hat die pflegebedürftige Person (ggf. deren Zu- oder Angehörige) eine andere Einschätzung bezüglich einzelner Aspekte der pflegerischen Versorgung, wird dies in dem entsprechenden TF dokumentiert. Dies betrifft ebenso das Ergebnis einer Verständigung zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson.



Beachte

- Grundsätzlich wird jedoch nur dort eine Verständigung dokumentiert, wo es notwendig erscheint. **Keinesfalls soll dies schematisch in jedem TF erfolgen.**

Im Gespräch können auch aus Sicht der Pflegefachperson bestehende oder zu erwartende pflegerische Herausforderungen (z. B. bezogen auf Risiken oder die Kommunikation) angesprochen und im entsprechenden Themenfeld dokumentiert werden. Erfolgt eine Beratung hierzu oder ist diese zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. im Zusammenhang mit einer Schulung zur eigenständigen Krankheitsbewältigung) noch vorgesehen, wird das im TF kurz festgehalten.

Gleichwohl gibt es **keine eindeutigen Vorgaben**, wo welcher Inhalt zu dokumentiert ist. Es kann durchaus sein, dass eine pflegerische Situation, eine Beobachtung oder eine Aussage der pflegebedürftigen Person verschiedenen Feldern im Feld C1 zugeordnet werden kann. Die **Pflegefachperson** trifft dann die **fachliche Entscheidung**, wo diese Aspekte schwerpunktmäßig dokumentiert werden.

Dieses bewusste „Zusammenspiel“ zwischen der Eigenwahrnehmung der pflegebedürftigen Person und der Situationseinschätzung durch eine erfahrene Pflegefachperson bildet die Grundlage von Entscheidungen zu Art und Umfang der Pflege und Betreuung. Dies entspricht dem Vorgehen des Person-zentrierten Ansatzes im Strukturmodell und reflektiert das neue Pflegeverständnis (s. Kap. I).

Dieser „Informationsmix“ bildet außerdem - unabhängig von der Bedeutung für den individuellen Maßnahmenplan - die Grundlage, um im nächsten Schritt in der Matrix (Feld C 2) Entscheidungen nachvollziehbar treffen zu können.



Beachte

- In den Themenfeldern werden **nicht** schon konkrete **Maßnahmen** beschrieben. Diese werden nach Auswertung der **Gesamtergebnisse aus der SIS®** erst bei der **Maßnahmenplanung** festgelegt.
- Bei eventuellen **Wechselwirkungen** zwischen den **Themenfeldern** ergeben sich Auswirkungen auf die Maßnahmenplanung und ggf. im Hinblick auf die Evaluation.

In den Themenfeldern werden auch Hinweise **zu pflege- und betreuungsrelevanten biografischen Aspekten** aufgenommen.



Beachte

- **Nicht** gemeint ist eine **schematische Erhebung** von biografischen Daten. Es geht um Informationen, die für die **Pflege und Betreuung von Bedeutung** und z. B. für das **Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person** wichtig sind.

Weitere Prinzipien im Umgang mit den Themenfeldern:

- **Informationen** oder Wahrnehmung zur Situation der pflegebedürftigen Person **von Mitarbeitenden aus anderen Berufsgruppen**, insbesondere der **sozialen Betreuung** (einschl. Betreuungsassistenten) werden in den entsprechenden **TF aufgenommen**.
- Eine Vorgabe der **Zeichenbegrenzung pro TF**, wird durch die Software aktiv unterstützt. Dies hat u.a. zum Ziel, eine „schnelle Orientierung und einen ersten Überblick zur Situation der pflegebedürftigen Person“ zu erhalten.⁵⁵
- Die Nutzung von **vorgefertigten Textbausteinen** sind im Hinblick auf eine individuelle Situationsbeschreibung **unbedingt zu vermeiden**, da dies nicht mit einer individuellen Situationseinschätzung im Einklang steht (Person-zentrierter Ansatz).

⁵⁵ Mit dem Anbieter der Softwarefirma könnte - wenn gewünscht – z.B. zum Thema „Zeichenbegrenzung“ folgende Variante abgestimmt werden: die Anzahl der Zeichen in den einzelnen TF kann technisch je nach Bedarf genutzt werden aber die Gesamtzahl der Zeichen über alle TF in der SIS® bleibt automatisch in der bisherigen Höhe wie festgelegt begrenzt. Bei Bedarf soll der Ausdruck der ausgefüllten SIS® auf einem Din A 4 Bogen weiterhin gewährleistet sein.

- Die Nutzung von Fachbegriffen (z. B. „Kontinenzprofile“), die ggf. einrichtungsindividuell beschrieben sind, steht dem nicht entgegen.

Im Sinne einer effizienten Dokumentation ist die **Wiederholung des Namens** der zu pflegenden Person in den TF (C 1) **nicht** erforderlich. Auch kann auf **vollständige Sätze verzichtet** werden. Eine knappe stichpunktartige Formulierung ist übersichtlich und unterstützt die Lesbarkeit. Defizitorientierte und wertende Formulierungen sollten vermieden werden (s. Tabelle).

Bei der Einschätzung und Beschreibung der Bedarfe der pflegebedürftigen Person empfiehlt es sich beispielsweise, diese mit **Verben** (z.B. ... geht unsicher, schwankend, ... trinkt bereitgestellte Getränke, ... wäscht sich Hände und Gesicht) zu beschreiben. Formulierungen wie: „... kann nicht mehr/ kann nur noch/ ist nicht mehr in der Lage“ sollten vermieden werden (s. hierzu auch Kap. I).



Beispiele

Vermeidung von defizitorientierten Beschreibungen:	Bevorzugung einer wertneutralen und fähigkeitsorientierten Beschreibung (stichpunktartig):
Herr Müller kann nicht mehr allein gehen.	- Läuft untergehakt - Geht mit Rollator, geht auch beim Aufstehen und Hinsetzen sicher damit um
Frau M. ist nicht mehr in der Lage, allein zu essen und zu trinken.	- Isst angereicherte Nahrung und trinkt bereit gestellte Getränke
Kann sich nicht mehr allein positionieren	- Unterstützt den Positionswechsel mit Festhalten der re Hand am Bettseitenteil
Er kann die Körperpflege nicht mehr vollständig allein durchführen.	- Wäscht sich Hände und Gesicht und vorderen Oberkörper

Dies fördert eine **wertneutrale und fähigkeitsorientierte** Formulierung in den Themenfeldern der SIS® und der später daraus abzuleitenden Maßnahmenplanung.

Leitfragen und Leitgedanken in den Themenfeldern (TF)

Zu jedem Themenfeld gibt es **Leitfragen** und **Leitgedanken**, die der Pflegefachperson Orientierung bieten, welche Informationen in den Themenfeldern in der Regel dokumentiert werden.

Die **Leitfragen** in den TF sind **verbindlich** festgelegt, da sie sich an den Aktivitäten und Lebensbereichen des Begutachtungsinstruments (SGB XI) orientieren.

Die dazugehörigen **Leitgedanken** in den TF können **einrichtungsindividuell** für die Bearbeitung des Feld C1 vom Pflege- und Qualitätsmanagement **intern angepasst**, mit weiteren Erläuterungen versehen oder um fachliche Schwerpunkte, die sich z.B. aus Einrichtungsspezifika ableiten, erweitert werden.

In der Regel sind die Softwareprogramme zu jedem TF mit einem Button versehen, der angeklickt werden kann, um die Leitgedanken bei Bedarf nachlesen zu können.



Beachte

- Eine schematische Wiederholung der Leitfragen in den TF oder ein „Abarbeiten“ ist unbedingt zu vermeiden. Leitfragen sind als Impulsgeber sowie zur Orientierung zu verstehen.
- Welche dieser Fragen im Zusammenhang des einzelnen Gesprächs eine Rolle spielen, ist die fachliche Entscheidung der Pflegefachperson und erfolgt mit Blick auf die individuelle Situation der pflegebedürftigen Person.
- Sie können, müssen aber nicht als direkte Fragen im Gespräch gestellt werden, sondern können im Anschluss des Gesprächs bei der Ausarbeitung der SIS® auch zur Reflexion genutzt werden (i. S. v. „denke an“).
- Mitunter sind einrichtungsspezifische Schwerpunktsetzungen durch das Qualitätsmanagement geregelt.

Feld C1: Thematische Ausrichtung der Themenfelder im Detail

In den folgenden Ausführungen werden **Leitfragen** (vorgegeben) und **Leitgedanken** (ggf. einrichtungsindividuell) vorgestellt. Sie bieten einen **Überblick**, worum es in dem jeweiligen Themenfeld geht.⁵⁶

Themenfeld 1: Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten

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

Abbildung 12: Themenfeld 1: kognitive und kommunikative Fähigkeiten (alle Versorgungsbereiche)



Quelle: EinSTEP Projektbüro

⁵⁶ Diese Texte wurden im Wesentlichen den Literaturhinweisen des Kapitel F im Anlagenband des Abschlussberichts zum Begutachtungsinstrument der Universität Bielefeld entnommen (siehe Literaturverzeichnis in diesem Dokument).



Leitgedanken im Sinne von

- Individuelle Aspekte der zeitlichen, persönlichen und örtlichen Orientierung, relevante Einschränkungen des Hör- und Sehvermögens sowie Interaktionen der pflegebedürftigen Person werden situationsgerecht erfasst und knapp beschrieben.
- Ebenso kann festgehalten werden, inwieweit die pflegebedürftige Person Risiken und Gefahren erkennt oder ob herausfordernde Verhaltensweisen z. B. nächtliche Unruhe, Umherwandern, Hin- und Weglauftendenz, aggressiv-abwehrendes Verhalten oder Störungen im Tag-/ Nacht-Rhythmus oder typische Schwankungen der Tagesform, vorliegen.
- Art und Weise der Kommunikation und der Äußerung von Bedürfnissen werden bei Bedarf erfasst.
- Möglichst prägnant können der noch vorhandene Handlungs- und Gestaltungsspielraum der pflegebedürftigen Person, selbstbestimmte Vorstellungen zu Sachverhalten oder Vorschlägen, spezielle Kompetenzen, Gewohnheiten sowie vorhandene Risiken aufgrund der fachlichen Einschätzungen dokumentiert werden.
- **Prüfen**, inwiefern eine **Verbindung zu einem anderen Themenfeld** bestehen könnte (ggf. Hinweis einfügen).



Beachte

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

Die im Folgenden aufgeführten Situationsbeschreibungen beziehen sich **exemplarisch** auf Aspekte kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten. Es muss jeweils eingeschätzt werden, inwieweit die betreffenden Fähigkeiten auf den **jeweiligen Einzelfall** zutreffen:

- Personen aus dem näheren sozialen Umfeld (wieder-) erkennen,
- Gedächtnis und Erinnerungsvermögen (z.B. sich an biographische Ereignisse erinnern),
- zeitliche und örtliche Orientierung (z. B. wichtig, wenn Veränderung des Lebensortes ansteht),
- mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen (z. B. Routinetätigkeiten wie Körperpflege oder Bedienung eines Rollators),
- Entscheidungen im Alltagsleben treffen (z. B. Präferenzen hinsichtlich der Teilnahme an Aktivitäten mit anderen Personen),
- Sachverhalte und Informationen verstehen (z. B. Nebenwirkungen von Medikamenten),

- Risiken und Gefahren erkennen (z. B. Stolperfallen erkennen),
- Fähigkeit zur Mitteilung von Bedürfnissen (z. B. morgens etwas länger schlafen),
- Aufforderungen verstehen können (z. B. die Bremsen am Rollator bedienen).



Impulsbeispiele

„Sieht sehr schlecht, erkennt jedoch noch Schatten und Licht. Findet sich in gewohnter Umgebung gut zurecht, orientiert sich tastet sich am Mobiliar entlang“

„Hilfsmittel und weitere Besuche beim Hausarzt werden abgelehnt mit dem Hinweis, ...“das brauche ich alles nicht, ich komme allein zurecht, mit über 90 kann ich froh sein, dass mir sonst nix fehlt“.

„Nutzt zum Lesen eine Lesebrille, verlegt diese oft, legt die Brille sehr gerne unter das Kopfkissen, besitzt drei Lesebrillen und findet meist eine, die er dann nutzt“

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit

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

Abbildung 13: Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit (alle Versorgungsbe-
reiche)



Quelle: EinSTEP Projektbüro



Leitgedanken im Sinne von

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

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

Das Themenfeld „Mobilität und Bewegung“ umfasst Hinweise zur Fähigkeit der Fortbewegung über kurze Strecken sowie zur (selbständigen) Lageveränderung des Körpers. Dazu können u. a. gehören:

- **Positionswechsel** im Bett, (mit/ ohne Hilfe)
- **stabile Sitzposition** zu halten, (mit / ohne Hilfe)
- **selbstständiges Aufstehen** aus sitzender Position/Umsetzen,
- (selbstständige) **Fortbewegung** innerhalb des Wohnbereichs mit und ohne Hilfsmittel,
- **Treppensteigen** (selbständig/ mit Hilfe) (nur, wenn in der individuellen Situation für die Versorgung zutreffend oder maßgeblich)
- **Bewegungseinschränkungen**, wie Spastiken oder Paresen (**nicht** erforderlich ist eine **genaue Benennung aller Gelenke** mit möglichen **Kontrakturgefährdungen**)



Impulsbeispiele

„Zeigt einen schlurfenden Gang bei Hemiparese links. Neigt dazu, im Sessel nach links zu rutschen. Nutzt konsequent seinen Rollator und geht jeden Tag allein zum Kiosk, um seine Tageszeitung zu kaufen. Sitzt gut, auch über längeren Zeitraum in seinem Ohrensessel: „den Sessel möchte ich unbedingt in meinem Zimmer haben“.

„Wurde beraten und ist informiert über erhöhte Sturzgefahr durch liegenden Teppich, will diesen allerdings nicht entfernen: „Der Teppich ist eine Erinnerung an meinen Mann“. Ist einverstanden, dass ihre Tochter die Kanten des Teppichs am Boden festklebt“.

Wie geht, steht und/ oder sitzt die pflegebedürftige Person? Wie gelingt das Aufstehen/ Umsetzen (Transfer) aus sitzender/ liegender Position? Zeigt sich ein besonderes Gangbild/eine auffällige Körperhaltung? Gibt es Schwierigkeiten/Unsicherheiten bei der Fortbewegung innerhalb und/oder außerhalb der Wohnung oder der Einrichtungen?

Gibt es Bewegungsschmerzen (Schmerzmittel? Achtung Bezug TF 3) Wie fühlt sich die pflegebedürftige Person mit ihren Einschränkungen? Wie hilft sie sich selbst? Hat sie einen Leidensdruck, wünscht sie eine Veränderung? Wodurch werden eventuell Einschränkungen ausgeglichen (Hilfsmittel/sichere Nutzung? Achtung Bezug TF 2)?

Welche Ressourcen bestehen in im Zusammenhang der Wiedererlangung von Fähigkeiten im Bereich der Mobilität?

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 14: Themenfeld 3: Krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen (alle Versorgungsbereiche)



Quelle: EinSTEP Projektbüro



Leitgedanken im Sinne von

Die gesundheitliche Situation, mögliche Einschränkungen, Belastungen der pflegebedürftigen Person und deren Folgen für den pflegerischen Unterstützungsbedarf werden individuell und situationsgerecht erfasst und beschrieben. **Im Vordergrund steht die fachliche Einschätzung hinsichtlich der Konsequenz für die individuelle pflegerische Versorgung.** Hierbei können u. a. folgende Aspekte von Bedeutung sein:

- individuelle krankheitsbedingte Belastungsfaktoren und Reaktionsmuster zur Bewältigung der Erkrankung
- Fähigkeit der pflegebedürftigen Person aktiv in die Pflege eingebunden zu werden und Konkretisierung welche Art der Unterstützung (z. B. hinsichtlich der Mitwirkung beim Stellen der Tabletten, bei einem Verbandswechsel, oder bei der Injektion von Insulin) erforderlich ist.
- Konkretisieren des Unterstützungsbedarfs bei der Bewältigung von **Phänomenen** (z. B. Schmerz, Inkontinenz).

Eine ausführliche Erfassung und Dokumentation von Diagnosen, ärztlichen Therapien oder Medikamenten erfolgt in einem separaten Dokument bzw. befinden sich auf dem Stamblatt.



Beachte

- Pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen sehen sich mit vielfältigen krankheitsbezogenen Anforderungen und Maßnahmen konfrontiert.
- Diese stellen an ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen und den Alltag zu gestalten, hohe Ansprüche. Sie sind aufgefordert, sich alltäglich mit

diesen Anforderungen auseinander zu setzen und sie in ihren Lebensalltag zu integrieren.

- Neben physischen können in diesem Prozess auch emotionale Belastungen entstehen, die die Krankheitsbewältigung und den Therapieverlauf negativ beeinflussen. Insbesondere ist auch das Belastungsempfinden der An- oder Zugehörigen zu berücksichtigen.

Ziel der Versorgung ist es, die pflegebedürftige Person zu befähigen bzw. zu begleiten und zu unterstützen, mit diesen Anforderungen umzugehen. Pflegemaßnahmen umfassen dabei vor allem **die Aufklärung, Beratung, Schulung und Anleitung** sowie eine kontinuierliche (oder auch nur temporäre) **Begleitung und Unterstützung** bzw. (vorrübergehend) die teilweise oder vollständige **Übernahme** der geplanten Maßnahmen.



Impulsbeispiele

„Sie hat momentan große Angst ihre Tabletten in der Pflegeeinrichtung nicht mehr zu erhalten und dann wieder unerträglichere Schmerzen zu haben. Verständigung: Schmerztherapeutin wird hinzugezogen.“

„Chronische Schmerzen im Rücken bekannt, zeigt durch Stöhnen und Anspannung an, wenn ihr eine Haltung unangenehm ist. Derzeit mit bestehender Medikation verbal und nonverbal keine Anzeichen von Schmerz.“

„Stabile Schmerzsituation, ist mit Medikamenten gut eingestellt, meldet sich bei Bedarf“.

„Hin- und wieder leichte Schmerzen in den Beinen bei Wetterwechsel, legt dann die Beine hoch und möchte Einreibung mit Arnikasalbe. Kommunikation mit Arzt erfolgt durch Klientin“.

„Umgang mit Stoma erfolgt selbständig“.

Themenfeld 4: Selbstversorgung

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

Abbildung 15: Themenfeld 4: Selbstversorgung (alle Versorgungsbereiche)



Quelle: EinSTEP Projektbüro



Leitgedanken im Sinne von

In diesem Themenfeld geht es vor allem um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, Alltagsanforderungen wie z. B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken selbstständig vorzunehmen. Hierbei ist eine Einschätzung zu ggf. erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen erforderlich, mit denen eine größtmögliche Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person erhalten oder gefördert werden kann.

Treten eventuelle (fachliche oder ethische) Konflikte auf, die sich aus den oben genannten Erkenntnissen zur Selbstversorgung (Wunsch der pflegebedürftigen Person) und der fachlichen Einschätzung ergeben, werden diese im Kontext des Verständigungsprozesses thematisiert und nachvollziehbar beschrieben.



Beachte

Benötigt werden könnten u.a. Einschätzungen:

- zum Hautzustandes (Körperpflege) des Mund-/ Zahn-/ Ernährungs- und Flüssigkeitsstatus,
- zu Besonderheiten bei kombinierter Nahrungsaufnahme (oral und Sonde)
- zu eventuellen Störungen im Bereich von Ausscheidungen.

In diesem Zusammenhang können beispielsweise auch (pflegerelevante) biografische Informationen wichtig sein, vor allem zur Berücksichtigung von Präferenzen der pflegebedürftigen Person.



Impulsbeispiele

„Leicht übergewichtiges Erscheinungsbild. Ist es gewohnt, abends eine Flasche Bier zu trinken. Will nicht gewogen werden: "Wen interessiert das?".

„Wäscht sich Gesicht, Oberkörper und vorderen Intimbereich, benötigt Unterstützung in der restl. Körperpflege, schließt Knöpfe und Verschlüsse an ihrer Kleidung selbst“.

„Locker sitzende Zahnprothese oben, schiebt die Prothese im Mund hin und her. Unten keine Prothesenversorgung, wenig eigene Zähne. „Ich war lange nicht beim Zahnarzt und will da auch nicht mehr hin“.

„Trockene rissige Haut, die zu Einblutungen neigt, besonders an den Armen. Langärmelige Kleidung und Hautlotion wird abgelehnt“.

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen

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

Abbildung 16: Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen (alle Versorgungsbereiche)



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Leitgedanken im Sinne von

Selbstständige oder mit Unterstützung gestaltete Aktivitäten der pflegebedürftigen Person im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen Bereich (u.a. Tagespflege oder stationäre Pflegeeinrichtung) werden situationsgerecht beschrieben.

Ebenso wird thematisiert, ob aus dem privaten Umfeld die pflegebedürftige Person ggf. in ihrem Alltag aktiv unterstützt wird. Für die Pflege und Betreuung ist u.a. von großer Bedeutung ob eventuell ein Verlust eine*r Ehepartner*in vorliegt oder welche Art des Kontaktes zur Familie (Kinder/ Enkelkinder/ anderer Verwandte) und zu Freund*innen besteht (z.B. sind regelmäßige Besuche erwünscht).

In diesem Themenfeld können auch z.B. sozialpflegerische, weltanschauliche, konfessionelle und biografisch bedeutsame Aspekte des sozialen Lebens aufgenommen werden. Hinweise, ob eine Person eher gesellig oder zurückgezogen ist bzw. individuell gewünschte Betreuungsangebote können hier ebenso thematisiert werden. Äußerungen der pflegebedürftigen Person zu eigenen Vorstellungen von Tod und Sterben werden können hier festgehalten werden.

Beachte

- Die Bewältigung der mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundenen Anforderungen **verändert die Gestaltung des Alltags** und wirkt sich auf soziale Beziehungen und gesellschaftliche Teilhabe aus.
- Die Pflege von **sozialen Kontakten** kann bspw. nicht nur durch
 - **kognitive Einbußen**, sondern auch durch (negative) **Veränderungen des Selbstbildes** z. B. aufgrund einer Inkontinenz und damit korrespondierenden Ängsten oder
 - **Kommunikationsbarrieren** (z. B. nach Schlaganfall), Sprachbarrieren (z.B. Wortfindungsstörungen) oder

- **beeinträchtigter körperlicher Mobilität** (z. B. auf Rollstuhl angewiesen sein) beeinflusst werden.

Es stellen sich z.B. folgende Fragen:

Inwiefern kann der Tagesablauf an äußere Veränderungen angepasst werden?
Gibt es Interaktionen mit Personen im direkten Kontakt (Zu- oder Angehörige, andere Pflegepersonen, Mitbewohner*innen, etc.) oder ein Kontakt zu Personen außerhalb des direkten Wohnumfelds?

Für die Planung von Hilfen empfiehlt es sich, ergänzend abzuklären:

- wie motiviert die pflegebedürftige Person ist, ihre Situation zu verändern,
- wie viel Vertrauen sie in ihre eigenen Fähigkeiten setzt und
- welche Hilfsmittel sie (sinnvoll) einsetzt/nutzt.

Die Pflegefachperson klärt ab, ob die pflegebedürftige Person weiß, welche Möglichkeiten sich in ihrer (veränderten/neuen) Situation anbieten und wie sie diese in ihren Alltag integrieren kann.



Impulsbeispiele

„Mag vor allem Musikangebote, reagiert mit entspanntem Brummen auf Handmassagen mit Zitrusdüften und Aufenthalte bei sonnigem Wetter draußen.“

„Zeigt Unwohlsein bei Gruppenangeboten oder Feierlichkeiten bzw. bei lauter Umgebung durch Kopfschütteln und sich steigendes Lautieren. Schläft nachts mit ihrem Stoffhund im rechten Arm.“

Themenfeld 6: Haushaltsführung (ambulant)

Leitfrage: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten der Haushaltsführung zu Hause selbst gestalten?

Abbildung 17: Themenfeld 6: Haushaltsführung (ambulant)



Quelle: EinSTEP Projektbüro



Leitgedanken im Sinne von

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

Die mögliche Einbindung von An- oder Zugehörigen über ein arbeitsteiliges oder aufgabenorientiertes Vorgehen in der Versorgung wird thematisiert und dokumentiert. Hierbei kann es auch um die nachvollziehbare Beschreibung von Konflikten, Risiko- und Aushandlungssituationen gehen, die sich infolge der individuellen Pflege-, Wohn- und Lebenssituationen ergeben.



Beachte

- **Einbußen** im Bereich Haushaltsführung treten in der **Regel sehr früh auf** und können als **Alarmzeichen** gelten, dass die pflegebedürftige Person den Alltag nicht mehr selbständig organisieren kann.
- Insofern kommt der **Einschätzung welche Unterstützung** notwendig sein könnte, eine **große Relevanz** zu, verbunden mit dem Ziel, dass die pflegebedürftige Person weiterhin in der **eigenen Häuslichkeit verbleiben** kann.



Impulsbeispiele

„Kocht gerne mittags. Tochter kauft ein. Haushaltshilfe kommt mehrmals wöchentlich zur Unterstützung.“

„Lebt allein. Trägt Hausnotrufuhr am Handgelenk. Enkelkind kommt täglich mittags zum Essen.“

Themenfeld 6: Wohnen/Häuslichkeit (vollstationär)

Leitfrage: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person wichtige Aspekte, die mit der Gestaltung ihres neuen Lebensraumes zusammenhängen artikulieren?

Abbildung 18: Themenfeld 6: Wohnen/Häuslichkeit (vollstationär)



Quelle: EinSTEP Projektbüro



Leitgedanken im Sinne von

Die pflegebedürftige Person wird ermuntert Wünsche im Hinblick auf die Gestaltung und Ausstattung in dem neuen Lebensraum (vollstationäre Pflege) zu benennen. Die Möglichkeiten diese Wünsche, in der Pflegeeinrichtung situationsgerecht umzusetzen werden besprochen und der Handlungsbedarf (z. B. Bilder organisieren, die Einnahme von Mahlzeiten auf dem Zimmer ermöglichen) erfasst.



Beachte

- Eine **wohnliche Atmosphäre** und ein individueller Raum zum Rückzug (das eigene Bewohner-Zimmer) dient dem **Erhalt der Gesundheit**, stärkt die Selbstbestimmung und **trägt zum Wohlbefinden** der pflegebedürftigen Person bei.
- Dies bezieht sich z. B. auf ein eigenes Apartment, Gestaltungsmöglichkeiten im Doppelzimmer, Küchenzeile zur Selbstversorgung, Lampen, Farbgestaltung, einzelne Möbelstücke, Bilder mit biografischem Bezug etc.
- Eine wohnliche Atmosphäre schafft auch **räumliche und emotionale Orientierung**. Dies ist insbesondere für **Menschen mit Demenz** wichtig und schafft **Gefühle der Sicherheit und des Vertrauens**, sich in der neuen Lebensumwelt einzuleben und zurecht zu finden.



Impulsbeispiele

„Hat ein Radio, dass sie sehr mag und namentlich benannt hat. Wenn sie es angestellt haben möchte, sagt sie: „Mach den Toni an“.

„Bewohnt ein Doppelzimmer, möchte auf keinen Fall ein Einzelzimmer. Legt viel Wert auf eine jahreszeitlich entsprechende Dekoration, gestaltet in Absprache mit Zimmernachbarin den Wohnraum.“

Themenfeld 6: Alltagsfähigkeiten und Rückzugsbedürfnisse (Tagespflege)

Leitfrage: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person selbst Aktivitäten ihres Alltags benennen sowie Hinweise auf Rückzugsbedürfnisse geben?

Abbildung 19: Themenfeld 6: Alltagsfähigkeiten und Rückzugsbedürfnisse (Tagespflege)



C1

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Der „Erhalt und die Förderung von Alltagsfähigkeiten“ steht im Mittelpunkt der Tagespflege. Außerdem dient die Tagespflege ausdrücklich dazu, die pflegende An- oder Zugehörige zu entlasten, somit stellt die Tagespflege ein ergänzendes Angebot neben der Pflege im häuslichen Bereich dar.



Leitgedanken im Sinne von

Wodurch kann die Stärkung und Förderung der Alltagskompetenz des Tagesgastes während des Aufenthaltes in der Tagespflege unterstützt werden? Mit wem wurde hierüber gesprochen bzw. wer wäre einzubinden?

Äußert der Tagepflegegast Rückzugsbedürfnisse? Sind Gründe hierfür bekannt und wurden dies angesprochen (z. B. häusliche Situation, Wunsch nach Autonomie, biografische Aspekte, Belastung durch chronische Erkrankungen)? Wie kann dem individuellen Wunsch nach Rückzug im Ablauf der Tagespflege entsprochen werden?



Beachte

Die Thematik „Sicherstellung von Rückzugsbedürfnissen“ entspringt einer Anregung aus der früheren Expertengruppe:

- Es gibt z. B. Tagesgäste, die ausschließlich **den Ortswechsel und die Atmosphäre in der Tagespflege genießen** möchten, und für die sich der Aufenthalt in der Tagespflege eher als **Rückzug aus der häuslichen Situation** anbietet.
- Es kann demnach sein, dass pflegebedürftige Personen sich nicht mehr aktiv an Aktivitäten der Tagespflege beteiligen wollen bzw. Ruhe und Entlastung suchen.
- Aus pflegerischer Sicht ist es wichtig, dies **im Blick zu haben** und zu eruieren, ob sich eine als **angespannt erlebte häusliche Situation** weiter **verschlechtert**.



Impulsbeispiele

„Braucht immer wieder seine Rückzugsmöglichkeiten: ‚Ich weiß nicht, ob mir das hier zu viel wird mit den vielen Menschen‘. Verständigung: Meldet sich, wenn er Ruhe benötigt, kann sich jederzeit in den Ruheraum zurückziehen.“

„Legt viel Wert auf die Teilnahme am Sportangebot, weil er seine Fähigkeiten wieder verbessern will...“. Ehefrau wird sich auch um zusätzliche Betreuungsleistungen für ihren Mann kümmern (z.B. für Spaziergänge).“

Themenfeld 6: Versorgung in der Kurzzeitpflege

Leitfragen: Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Hinweise zu ihren Wünschen einer Versorgung zu Hause geben und was bedeutet dies für den Aufenthalt

in der Kurzzeitpflege? Welche Wünsche gibt es im Rahmen der sog. „Urlaubs- oder Verhinderungspflege“?

Abbildung 20: Themenfeld 6: Versorgung in der Kurzzeitpflege



Quelle: EinSTEP Projektbüro



Leitgedanken im Sinne von

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

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

Wer ist in diesem Punkt ein*e wichtige*r Gesprächspartner*in für die pflegebedürftige Person? Mit wem kann oder sollte der Klärungsprozess begonnen und/oder weiterverfolgt werden?

Was ist bei einem Aufenthalt zu bedenken, wenn die pflegebedürftige Person sich zum wiederholten Male in der Kurzzeitpflege aus Gründen der Abwesenheit der häuslichen Pflegeperson aufhält? Soll in dieser Zeit etwas Bestimmtes geübt, abgeklärt oder z. B. ein Trainingsprogramm zum Erhalt von Fähigkeiten durch eine Physiotherapeutin eingeleitet werden?



Beachte

- Zum einen geht es darum, wesentliche Aussagen der pflegebedürftigen Person zu ihren Wünschen, Erwartungen und Ängsten hinsichtlich der weiteren Versorgung festzuhalten.
- Zum anderen dient eine erste fachliche Einschätzung der Pflegefachperson zur weiteren Versorgung dazu, ergänzende Informationen zu erhalten (u.a. zur Situation in der eigenen Häuslichkeit, der Anwesenheit und Belastbarkeit von An-oder Zugehörigen, zur Inanspruchnahme ambulanter Pflege) und falls notwendig, entsprechende Schritte einzuleiten.

Der Wahrung der Individualität kommt auch während des begrenzten Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege eine hohe Bedeutung zu.

Hierbei ist, individuell und situationsgerecht zu erfassen und zu beschreiben, wodurch ein möglichst persönlich-individuelles Umfeld während des Aufenthalts

in der Kurzzeitpflege gelingen kann und wie sich das praktisch umsetzen lässt (z. B. Mitbringen von vertrauten Gegenständen, die Berücksichtigung von gewohnten Abläufen). Dies trägt zum Wohlbefinden in der neuen Umgebung bei und unterstützt die örtliche und emotionale Orientierung insbesondere bei Menschen mit Demenz.



Impulsbeispiele

„Ihr größter Wunsch ist es, ihre Selbstständigkeit in der Körperpflege nach ihrer OP wieder zu erlangen und nach der KZP wieder zurück in die Häuslichkeit zu können.“

„Geht nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt nach Hause. Sohn hat bereits mit ambulanten Dienst bzgl. der weiteren Versorgung Kontakt aufgenommen.“

2.1.6. Feld C 2: Die Matrix im Detail

Zum Hintergrund

Zum besseren Verständnis der Matrix als einem maßgeblichen Bestandteil der pflegfachlichen Befunderhebung in der SIS[®], werden in diesem Abschnitt einige grundlegende Informationen zur Konzeption der Matrix und ihrer Funktion in der SIS[®] vorangestellt. Weiterhin dienen sie der Erläuterung von Begrifflichkeiten und der Klärung von Missverständnisse im Zusammenhang mit der Matrix.

Für die Pflegefachperson ist der fachlich angemessene Umgang mit **relevanten pflegerischen Handlungsfeldern** im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses, eine **zentrale Aufgabe**. Dies wird in der Langzeitpflege als große Herausforderung gesehen und erfordert im Hinblick auf das neue Pflegeverständnis in der Langzeitpflege auch einen veränderten Blickwinkel der Pflegefachperson.

Neben fünf (der sechs) Themenfeldern in der SIS[®] enthält die Matrix diejenigen pflegerischen Handlungsfelder, die häufig einzeln oder in Kombination bei Pflegebedürftigkeit auftreten:

Dies sind die Themen „Dekubitus, Sturz, Ernährung, Inkontinenz und Schmerz“, auch **„pflegesensitive Phänomene“** genannt, die im Hinblick auf vorhandene oder zu erwartende „Risiken“ erhöhte Aufmerksamkeit und pflegerisches Handeln erfordern. Diese korrespondieren mit denjenigen Themen die - orientiert an den Aktivitäten und Lebensbereichen des Begutachtungsinstruments – auch in den Themenfeldern der SIS[®] als **pflegerelevante Kontextkategorien**⁵⁷ zur Einschätzung des Pflege- u. Hilfebedarfs bei Pflegebedürftigkeit aufgeführt sind.

⁵⁷ Der Begriff „Kontextkategorien“ wurde im Zusammenhang mit der Matrix von Frau Prof. Dr. M. Roes (2014) eingebracht. Vor Einführung des Strukturmodells war es üblich (verbreitet) die unterschiedlichen Probleme einer pflegebedürftigen Person singular zu bearbeiten. Durch dieses Vorgehen ging der Zusammenhang zu den verschiedenen pflegerelevanten Aspekten verloren. Durch die (neu) entwickelte Matrix werden nun pflegerelevante Risiken (wie Dekubitus, Sturz etc.) mit pflegerelevanten Kategorien (wie Kognition/Kommunikation, Mobilität/Bewegung etc.) zusammenhängend - also im Kontext - betrachtet und auf dieser Grundlage eine pflegfachliche Bewertung vorgenommen.

Sowohl die pflegesensitiven Phänomene als auch die pflegerelevanten Kontextkategorien orientieren sich an einem internationalen Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Auf den **Einzelfall** bezogen bedeutet das, dass die **Selbständigkeit** oder **Fähigkeiten** einer pflegebedürftigen Person in mindestens **einem dieser Bereiche beeinträchtigt** sind und ein entsprechender Hilfe- und Unterstützungsbedarf vorliegt.

Der Begriff „Phänomene“ im Zusammenhang mit der Matrix bezieht sich auf pflegerisch relevante Aspekte in einer **Pflegesituation**. (Pflege-) Phänomene können physischer, psychischer, sozialer oder umgebungsbezogener Natur sein. Der **Begriff des (Pflege-) Phänomens ist sehr weit gefasst** und bezieht sich nicht allein auf Pflegeprobleme (Risiken), sondern bezieht weitere Aspekte einer Pflegesituation mit ein, die **relevant sein** und einen **Einfluss auf die Pflege haben können**, aber **nicht** zwingend haben müssen.

Diesen Annahmen liegen die **Idee und das Konzept der Matrix** zu Grunde. Die **Themenfelder** (aus dem Feld C 1) werden verknüpft mit einem **Bewertungsverfahren** (Matrix) zur Einschätzung der pflegesensitiven Phänomene und (je nach Ergebnis), mit der Zusatzfrage, ob ein Handlungsbedarf („weitere Einschätzung notwendig?“) zur Abklärung der Situation besteht. Entscheidend ist hierbei, dass die **Erkenntnisse auf der Ebene der Matrix im Zusammenhang gesehen und nicht einzeln („additiv“) bewertet werden**. Eben dieser „Effekt“ soll durch die inhaltliche Strukturierung der Matrix bei der Pflegefachperson ausgelöst werden.

Bestehende (oder zu erwartende) Probleme oder Risiken der pflegebedürftigen Person werden somit **nicht** mehr **isoliert** („Nebeneinander der Risiken“), sondern im Hinblick auf die **Gesamtsituation** (in Zusammenhängen) wahrgenommen und eingeschätzt. Eventuelle **Wechselwirkungen** zwischen den Erkenntnissen aus den Themenfeldern in der SIS® werden betrachtet und fließen in die **Einschätzung** beim Befüllen **der Matrix mit ein**. Hierin eingeschlossen sind - im Hinblick auf das **neue Pflegeverständnis** - auch die Informationen aus der **Eigeneinschätzung** der pflegebedürftigen Person (Feld B).

In diesem Sinne ist die Zeile über der Matrix: „Erste fachliche Einschätzung für die Pflege und Betreuung relevanten Phänomene und Risiken“ zu verstehen. Dieser Hinweis scheint aber nicht hinreichend selbsterklärend zu sein und hat, wie die Nachfragen aus der Praxis zu den Begriffen zeigen, zu Missverständnissen geführt. Der inzwischen gebräuchliche Begriff „Risikomatrix“ entspricht einer **verkürzten Charakterisierung** des Konzepts der Matrix. Die inhaltliche Ausrichtung der Matrix entspricht im Kern der „Fachlichen Einschätzung zentraler pflegerischer Handlungsfelder“.

Dies steht eng im Zusammenhang mit dem Prinzip der Evaluation im Strukturmodell, dass die Abkehr vom schematischen Einsatz von Checklisten und dem routinemäßigen Einsatz von standardisierten Instrumenten vorsieht, zugunsten eines anlassbezogenen und individuellen Vorgehens. Wie es beispielsweise auch in den Expertenstandards des DNQP beschrieben und inzwischen weitestgehend in der Praxis etabliert ist.

Mit der SIS® und der hierin integrierten Matrix, die diese Vorgehensweise unterstützen soll, steht den Pflegeeinrichtungen ein (rationales) fachlich und pflegewissenschaftlich fundiertes „Verfahren“ zur Verfügung, welches im Rahmen einer (ersten oder wiederholten) fachlichen Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person, auch eine individuelle Risikobewertung umfasst.

Diese zusammenhängende Betrachtung von Erkenntnissen aus den Themenfeldern und die Bewertung der Risiken und Phänomene sind der eigentliche (zentrale) fachliche Impuls der Matrix. Dies findet aber - wie die Erfahrungen aus der Praxis zeigen - teilweise zu wenig Beachtung im Rahmen der Einschätzung durch die Pflegefachperson. Die Matrix wird häufig in den (unmittelbaren) Zusammenhang mit der Anzahl der zur Verfügung stehenden Expertenstandards gebracht oder interpretiert, steht aber nur indirekt damit in Verbindung (s. Pkt. 2.1.6.1.).

Mit Einführung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs, kommt bei der Anwendung der SIS® (incl. integrierter Matrix) eine umfassendere (erweiterte) Sichtweise der Pflegefachperson bei der Einschätzung der Situation von pflegebedürftigen Personen zum Tragen. Dies betrifft in der Folge auch die anderen Elemente des Strukturmodells. Mit dem bereits etablierten Person-zentrierten Ansatz im Strukturmodell wird dies ausdrücklich befördert und trägt dazu bei, das neue Pflegeverständnis in die Steuerung des Pflegeprozesses zu integrieren. Der Matrix kommt an der Schnittstelle zur Maßnahmenplanung und Evaluation hierbei eine besondere Funktion zu.

In den Informations- und Schulungsunterlagen (Version 3.0) wird im Hinblick auf die dargestellten Zusammenhänge ausschließlich der Begriff „Matrix“ verwandt und es wird empfohlen, diesen auch in der Praxis zu verwenden. Im Kontext der fachlichen Einschätzung von „pflegerisch relevanten Sachverhalten“ durch die Pflegefachperson werden die Begriffe „Phänomen“ und „Risiko“ im Zusammenhang mit der Matrix wie oben erläutert beibehalten.

Im Folgenden werden die Struktur und die Anwendung der Matrix sowie die Schnittstellen zur Maßnahmenplanung und der Evaluation beschrieben und im Detail erklärt.

2.1.6.1. Struktur und Prinzipien der Anwendung der Matrix

Die Matrix dient in erster **Linie der Bewertung** der qualitativ beschriebenen **Themenfelder** aus Sicht der pflegebedürftigen Person bzw. der Pflegefachperson und stellt somit ein „Teil-Ergebnis“ der SIS® dar. Bei den in der Matrix genannten Risiken und Phänomenen handelt es sich um diejenigen **Themen**, die - wie oben ausgeführt - am **häufigsten** mit einer **Pflegebedürftigkeit korrespondieren und pflegerisches Handeln** erfordern (sog. „zentrale pflegerische Handlungsfelder“).

Vor dem Hintergrund der Bedeutung dieser zentralen Handlungsfelder für die professionelle Pflege, liegen vom DNQP zu verschiedenen pflegerischen Themen entwickelte Expertenstandards vor. Auf der Grundlage des aktuellen und verfügbaren

Wissens, enthalten sie Empfehlungen für ein fachlich adäquates Vorgehen und unterstützen maßgeblich fachliche Entscheidungen der Pflegefachperson. Einige Expertenstandards korrespondieren, wie zu ersehen ist, mit den Themen der Matrix.



Beachte

- Es handelt sich um eine **Bewertung in einer MATRIX**, d. h. es werden **verschiedene Aspekte** systematisch **zusammenfassend bewertet**. Diese pflegefachliche Bewertung dient der Einschätzung des **Handlungsbedarfs**, der in der Folge im **Maßnahmenplan konkretisiert** wird.
- Die Bewertung darf nur von einer **Pflegefachperson** vorgenommen werden (Vorbehaltene Tätigkeit).

In der Matrix fallen immer **zwei Aspekte** der Bewertung zusammen:



Beispiel

- Es wird eingeschätzt welches Pflegephänomen (z. B. Risiko zu stürzen) mit welchem Themenfeld der SIS® (z. B. Kommunikation und Kognition) (prioritär) korrespondiert und aus Sicht der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson relevant ist **und**
- ob sich aus der Bewertung ein pflegerischer Handlungsbedarf ergibt.
- Dabei spielt es zu diesem **Zeitpunkt noch keine** Rolle, ob eine Maßnahme anschließend von der **pflegebedürftigen Person selbst ausgeführt** wird (z. B. üben mit dem Rollator) oder **ob eine Pflegende dies übernimmt** (z. B. Anleitung anbieten).

Abbildung 21: Grafische Darstellung Feld C2 der Matrix in der SIS® für die stationäre und teilstationäre Pflege

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

C2

C2

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Die Matrix ist **fester Bestandteil der SIS®** (eingetragene Marke). Sie kann **nicht losgelöst von der SIS® zur Risikoeinschätzung** oder in anderen Zusammenhängen genutzt werden. Sie darf im Hinblick auf ihre pflegewissenschaftliche Fundierung **nicht verändert** oder über die Nutzung der Spalte „Sonstiges“ hinaus, um zusätzliche Themen **beliebig erweitert** werden (s. Pkt. 2.1.6.3.).

Abweichend vom sonstigen Vorgehen in den Feldern der SIS®, kommt bei der Matrix **ein systematisches Ankreuzverfahren** zum Tragen, welches einem einfachen Schema („Ja / Nein“) gemäß einer „Befunderhebung“ entspricht. Ggf. gefolgt von **der Frage**, ob eine „weitere Einschätzung notwendig ist?“ (ja/nein), die in der **Folge in der Maßnahmenplanung** dann näher beschrieben wird. Auf der Ebene der Matrix wird zunächst durch Ankreuzen nur festgestellt, dass ein Handlungsbedarf besteht (s. Abb.23).

Die Bewertung, was in der Matrix angekreuzt wird, erfolgt **immer im Zusammenhang** mit den **Erkenntnissen**, die der Pflegefachperson aus den **Themenfeldern** vorliegen. Deshalb sind die jeweiligen Spalten der einzelnen pflegesensitiven Risiken und Phänomene jeweils mit den Kontextkategorien der **sechs Themenfelder verschränkt** und müssen zu jedem Thema systematisch **nacheinander** bearbeitet werden (s. Pkt. 2.1.6.2.).

Bewertungen auf der Ebene der Matrix, erfolgen zunächst auf der **Grundlage der Fachlichkeit der Pflegefachperson** und ihrer beruflichen Erfahrung. Dies wird als „**Ersteinschätzung**“ bezeichnet (s. Pkt. 2.4.4.1.) und deckt sich mit empfohlenen Vorgehensweisen zur Einschätzung von Risiken, wie sie beispielsweise in den Expertenstandards des DNQP beschrieben werden.

Jeder Abschnitt in der SIS® hat eine **bestimmte Funktion** (Feld B/ Feld C1/ Feld C2) und die Abschnitte bauen **aufeinander auf**. Dieser systematische Prozess der fachlichen Einschätzung und die Dokumentation der Erkenntnisse in den jeweiligen Abschnitten, sollte nicht unterbrochen werden.



Beachte

- Die Anwendung der Matrix ist als **eigenständiger Teil** der pflegfachlichen Befunderhebung in der SIS® zu verstehen.
- Nach der Beschreibung eines **einzelnen** Themenfelds, wird also **keineswegs automatisch** in die **Matrix gewechselt** und dort die entsprechende Zeile ausgefüllt.
- Das widerspräche dem Prinzip und Kerngedanken der Matrix: Betrachtung und **Bewertung der Zusammenhänge** (Gesamtsituation) und **nicht einzelner pflegfachlicher Befunde** (s. Pkt.2.1.5.2.).

Die Matrix wird erst ausgefüllt, wenn der Abschnitt mit den Themenfeldern (Feld C1) abgeschlossen ist, um auf dieser Grundlage in die zusammenfassende Bewertung **mittels Matrix** zu gehen.

Die **Spalte „Sonstiges“** am Ende der Matrix kann genutzt werden, wenn aus verschiedenen Gründen der Bedarf besteht, die Matrix um ein weiteres **Risiko** (z. B. Hautintegrität) **oder Phänomen** (z. B. herausforderndes Verhalten) **im Einzelfall** zu ergänzen. Die Nutzung ist also optional.

Aus **juristischer Sicht** wird der Spalte „Sonstiges“ noch ein anderer Aspekt zugemessen: die Felder in der Matrix signalisieren der Pflegefachperson, dass die Matrix keine abschließende Aufzählung darstellt und ggf. die Möglichkeit besteht, **im**

Einzelfall ein weiteres Risiko oder Phänomen, welches eine ganz besondere Aufmerksamkeit bei dieser pflegebedürftigen Person erfordert, in der Spalte „Sonstiges“ zusätzlich zu benennen.

Die in der Matrix benannten Risiken und Phänomene, die in den Thermenfeldern zuvor bereits identifiziert oder knapp beschrieben wurden, sind im Sinne einer zusammenfassenden Bewertung der Erkenntnisse aus den sechs Themenfeldern zum Abschluss der SIS® zu verstehen. In diese Bewertung fließen vielfältige Aspekte (wie oben an dem Begriff „Phänomen“ erläutert) mit ein, die im Rahmen der Maßnahmenplanung später von Bedeutung sind.

Beispielsweise betrifft das Thema „Ernährung“ in der Matrix alle pflegfachlichen Befunde aus den verschiedenen Themenfeldern, die im Zusammenhang mit dem Thema „Essen und Trinken“ stehen, einschließlich der Ursachen des Problems, ggf. auch die Bedeutung oder der Einfluss von individuellen Umgebungsfaktoren oder individuellen Wünsche der pflegebedürftigen Person selbst.

Die Spalte Beratung in der Matrix (SIS® ambulant)

Die Erkenntnisse der SIS® inkl. der Matrix korrespondieren noch mit **anderen Elementen pflegerischen Handelns**. Von hoher Relevanz ist das Thema **Beratung** in der Langzeitpflege, welches mit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in unterschiedlichen Zusammenhängen in allen Versorgungsbereichen an Bedeutung gewonnen hat.

Abbildung 22: Grafische Darstellung Feld C2 der Matrix in der SIS® für die ambulante Pflege

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

C2

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Dennoch ist dieses Thema weiterhin nur **in der Matrix der SIS®** für die **ambulante Pflege** etabliert.

Die Spalte „Beratung“ in der Matrix der ambulanten Pflege hat zunächst ihre Bedeutung wegen der **verpflichtenden leistungsrechtlichen Anforderungen** in diesem Versorgungssektor.

In der Matrix gibt es in jeder Spalte mit den einzelnen Themen diese zusätzliche Kategorie „Beratung“. Ist eine Beratung zu einem der aufgeführten Themen erfolgt, werden die Inhalte im entsprechenden Themenfeld knapp dokumentiert und abschließend in der Matrix an entsprechender Stelle „als erledigt“ angekreuzt (s. hierzu Pkt. 2.4.5.).

Das **Erfordernis** von Beratung besteht jedoch **nicht pauschal**, sondern ist u.a. davon abhängig, ob (pflegende) **Bezugspersonen vorhanden** sind und/ oder ob die pflegebedürftige Person kognitiv in der Lage ist, **Beratungsinhalte zu verstehen bzw. umzusetzen**.



Für den Komplex „Beratung“ wird in der ambulanten Pflege mitunter ein Formular zur Erfassung der Beratung und der Ergebnisse geführt. Dies kann in der ambulanten Pflege sinnvoll sein, ist aber nicht unbedingt erforderlich, da die Ergebnisse zu Beginn eines Versorgungsvertrags in den Themenfeldern der SIS® erfasst werden können. (Im Verlauf kann eine Beratung dann beispielsweise auch im Berichtblatt vermerkt werden).

Es bedarf hier aber nur **einer knappen Ergebnissicherung (Thema und Ergebnis)** und **keiner ausführlichen Darstellung der Beratung im Einzelnen**. Die Festlegung des Verfahrens ist eine Entscheidung des Pflege- und Qualitätsmanagements der jeweiligen Einrichtung. Hierzu dienen die vorliegenden Regelungen im einrichtungsinternen QM-Handbuch oder eine Verfahrensanweisung (s. Pkt. 2.2.8.).

2.1.6.2. Vorgehen bei der Anwendung der Matrix

Es gibt zum Befüllen der Matrix **zwei Varianten** im Vorgehen mit **unterschiedlichen „Effekten“** im Rahmen der fachlichen Entscheidungen der Pflegefachperson. **Beide Varianten** haben zum Ziel die Idee, welche der Konzeption der Matrix zugrunde liegt, praktisch umzusetzen: die Aufmerksamkeit der Pflegefachperson auf die **Wechselwirkung** zwischen den Erkenntnissen aus den **Themenfeldern** und den einzelnen Spalten zu den Risiken und Phänomenen zu lenken. Ziel ist es, entsprechende Anhaltspunkte für die individuelle Maßnahmenplanung zu erhalten und den möglichen (notwendigen) Handlungsbedarf im Hinblick auf unklare Ausgangslagen im Einzelnen zu identifizieren.

Die Varianten zum Befüllen der Matrix werden im Folgenden vorgestellt und erläutert und das Vorgehen zusätzlich grafisch dargestellt.

Variante A:

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

- **Effekt der Variante A:** Die Pflegefachperson setzt sich mit der Risikoeinschätzung auseinander, in dem sie zur Einschätzung und Bewertung der Risiken und Phänomene in einem Themenfeld verweilt und sich auf die Erkenntnisse aus dem Themenfeld konzentriert. **Aufgrund dieser Vorgehensweise wird die Aufmerksamkeit auf mögliche Ursachen und Wechselwirkungen von Risiken und Phänomenen gelenkt.**

Abbildung 23: Varianten im Vorgehen zur fachlichen Einschätzung von Risiken und Phänomenen im Zusammenhang mit den TF (Variante A)

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

C2

C2

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Variante B:

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

- **Effekt der Variante B:** Die Pflegefachperson legt ihren Fokus auf die einzelnen Risiken und Phänomene und setzt diese in Bezug zu den Erkenntnissen aus jedem einzelnen Themenfeld. **Aufgrund dieser Vorgehensweise** wird die Aufmerksamkeit auf die **Bedeutung des Risikos und Phänomens** zu möglichen Zusammenhängen in **allen Themenfeldern** gelenkt.

Abbildung 24: Varianten im Vorgehen zur fachlichen Einschätzung von Risiken und Phänomenen im Zusammenhang mit den TF (Variante B)

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

A diagram showing five arrows originating from the first five rows of the table (rows 1 to 5) and pointing to the 'Dekubitus' column. The arrows are colored to match the row background: red for row 1, orange for row 2, yellow for row 3, green for row 4, and blue for row 5.

C2

Quelle: EinSTEP Projektbüro

Beide Varianten der Anwendung sind möglich. Die Entscheidung zum Vorgehen wird in das Ermessen der Pflegeeinrichtung oder der Pflegefachperson gestellt. Die **Bewertungen** hierzu erfolgen zunächst ausschließlich auf **Grundlage der Fachlichkeit der Pflegefachperson und ihrer beruflichen Erfahrung** (sog. „evidenzorientiertes und „evidenzbasiertes“ Wissen).

Die Schlussfolgerungen aus den identifizierten Handlungsbedarfen in der Matrix erfolgen anschließend erst im Schritt 2 der Pflegeprozesssteuerung: auf der Ebene der Maßnahmenplanung.

2.1.6.3. Schritte der fachlichen Entscheidungen in der Matrix im Detail und zur Schnittstelle Maßnahmenplanung

Die Pflegefachperson fragt sich unter Anwendung der Variante A oder B: Ergeben sich aufgrund der dokumentierten Aussagen in einem Themenfeld Hinweise auf ein **Risiko** oder **Problem**?



Beachte

- Bei dieser Fragestellung wird als **Kriterium für das „Ja oder Nein“ nicht (mehr) differenziert**, ob das Problem (z. B. Inkontinenz, stabile Schmerzsituation etc.) im pflegerischen Alltag kein Problem darstellt oder (aktuell) keiner erhöhten Aufmerksamkeit bedarf, weil es z. B. durch „bewährte Routine“ von der pflegebedürftige Person selbst⁵⁸ oder mit Unterstützung durch Zu- oder Angehörige oder der Pflegeeinrichtung gut bewältigt wird und deshalb in der Matrix mitunter „Nein“ angekreuzt wurde.
- Auch **in diesen Fällen ist (nun) die Frage mit „Ja“ zu beantworten** und wird entsprechend in der Matrix mit „Ja“ angekreuzt. Ein bestehendes gesundheitliches Phänomen ist immer unabhängig von der Frage der Bewältigung oder ob es aktuell eine „Gefahrensituation“ darstellt, zu dokumentieren. Die jeweilige Thematik wird ohnehin im Gespräch entlang der TF in der SIS® angesprochen und das Ergebnis im entsprechenden TF knapp dokumentiert.



Impulsbeispiele

Aussagen in den Themenfeldern im Zusammenhang mit Entscheidungen der Pflegefachperson durch Ankreuzen in der Matrix:

„... Hat große Angst diese Tabletten in der Pflegeeinrichtung nicht mehr zu erhalten und dann wieder erhebliche Schmerzen zu haben. Verständigung: Meldet sich bei Schmerzen. Schmerztherapeutin wird hinzugezogen.“

- *Matrix „Spalte Schmerzen“, Risiko „Ja“, weitere Einschätzung „Ja“*

„Chronische Schmerzen im Rücken bekannt, zeigt durch Stöhnen und Anspannung an, wenn ihr eine Haltung unangenehm ist. Derzeit mit bestehender Medikation verbal und nonverbal keine Anzeichen von Schmerz, stabile Schmerzsituation.“

- *Matrix „Spalte Schmerzen“: Risiko „Ja“ weitere Einschätzung „Nein“*

⁵⁸ Werden Probleme eigenständig durch die pflegebedürftige Person bewältigt ist dies mit „Ja“ zwar für die Matrix relevant (s. pflegefachliche Befunderhebung) aber nicht für die Maßnahmenplanung (Eigenkompensation wird im TF beschrieben). D. h., im Falle der Eigenkompensation durch die pflegebedürftige Person ist keine Maßnahme notwendig, es sei denn, von der Pflegefachperson wird hierzu eine zeitlich befristete Beobachtung angesetzt.

Fortsetzung Thema Schritte der Entscheidung ...

Die Pflegefachperson beantwortet die Frage mit **Ja** oder **Nein** und dokumentiert das entsprechend in der Matrix:

- Falls **Nein**, ist die Einschätzung in dem jeweiligen Block beendet
- Falls **Ja**, ist die nächste Frage in dem jeweiligen Block zu beantworten: Ist eine weitere Einschätzung notwendig? (**Ja** oder **Nein**)
- Falls **Nein**, stehen aus Sicht der Pflegefachperson ausreichend Informationen aus der SIS® für die Maßnahmenplanung zu diesem Aspekt zur Verfügung.
- Falls **Ja**, muss die Pflegefachperson bei der Maßnahmenplanung (im nächsten Schritt des Pflegeprozesses) entscheiden, wodurch oder wie eine „vertiefte Einschätzung“ (s. Abb. 23) zu diesem Risiko oder Phänomen erfolgen soll.

Wenn alle Blöcke zu den pflegesensitiven Themen in der Matrix fachlich bewertet und beantwortet wurden, ist zu prüfen, ob es Hinweise aus einem TF zu einem weiteren individuellen Risiko oder besonderem individuellem Problem z. B. mit der Mundgesundheit oder im Verhalten der pflegegebedürftigen Person gibt, welches der erhöhten Aufmerksamkeit bedarf und ob hierfür die Spalte „Sonstiges“ genutzt werden soll. Diese Thematik würde dann in derselben strukturierten Vorgehensweise mit der Matrix durch die Pflegefachperson bewertet und entsprechend eingeordnet werden.



Beachte

- In der Spalte „Sonstiges“ werden **keine** (thematisch zugeordneten) **Prophylaxen** eingetragen. **Prophylaxen sind Maßnahmen**, die im **individuellen Maßnahmenplan** beschrieben werden und sich aus den **Erkenntnissen und konkreten Erfordernissen der TF** in der SIS® ableiten.

Die Bewertungen in der Matrix setzen grundsätzlich entsprechendes **aktuelles Fachwissen der einschätzenden Pflegefachperson** voraus. Hierzu liegen durch die **Expertenstandards** des DNQP **fundierte Informationen und fachliche Empfehlungen** zum aktuellen pflegewissenschaftlichen Wissen im Kontext der Pflegeprozessierung vor.

Darüber hinaus gibt es weitere Leitlinien und Empfehlungen von (wissenschaftlichen) Fachgesellschaften zu verschiedenen Themen in der Pflege und Betreuung, die ebenfalls fachliche Orientierung und wissenschaftlich fundierte Empfehlungen bieten.

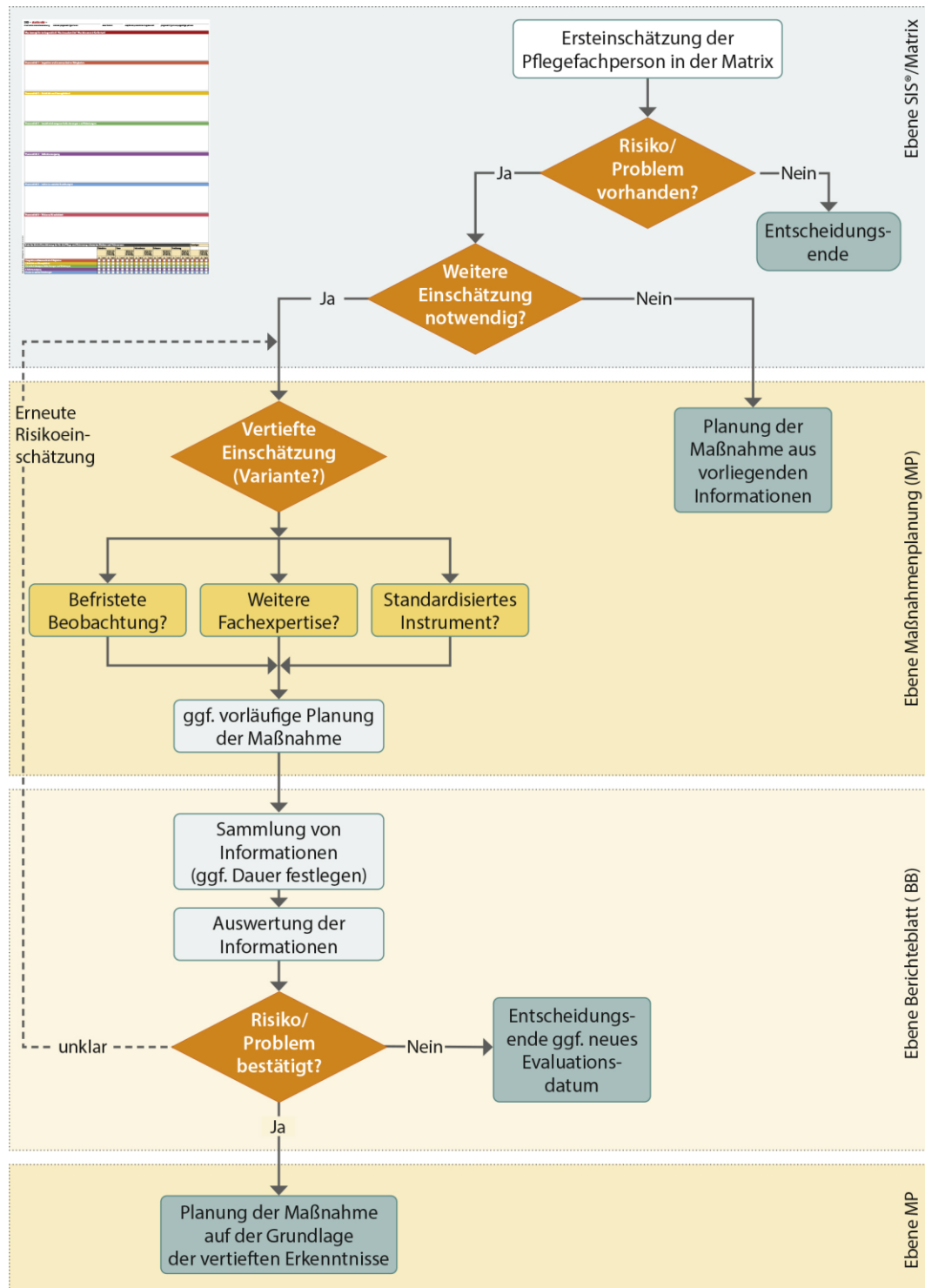
Aus der Praxis ist bekannt, dass der Umgang mit der Matrix mitunter Probleme bereitet oder missverständlich ist. Wird aber bei der Nutzung den wenigen eingangs dargestellten **Prinzipien** gefolgt und das **Verfahren systematisch** so wie erläutert „Schritt für Schritt“ angewandt, kann im Rahmen der Risikoeinschätzung nichts „schief gehen“ oder übersehen werden. Zum besseren Verständnis sind

deshalb das Vorgehen und die Ebenen der Entscheidungen im Zusammenhang mit der Matrix noch einmal in einem Ablaufdiagramm bildlich dargestellt (s. Abb. 23). Auch hierbei ist es wichtig, dass die **pflegebedürftige Person** - soweit möglich - **einbezogen ist** und Angebote annehmen aber auch ablehnen kann.

Weiterhin scheint mitunter in der Praxis zu verunsichern, dass es im Strukturmodell ausdrücklich Ermessensspielräume für die Pflegefachperson im Rahmen der Risikoeinschätzung gibt. Dies geht einher mit der Übernahme von mehr fachlicher Verantwortung im Sinne der Vorbehaltsaufgaben: Steuerung des Pflegeprozesses.

Was bedeutet „größerer Ermessensspielraum“ bei der Steuerung des Pflegeprozesses und im Rahmen der Risikoeinschätzung? Hierzu bieten die Informations- und Schulungsunterlagen (Version 3.0) in dem neuen Abschnitt „Evaluation“ (s. Pkt. 2. 4) vertiefte Informationen und Erläuterungen zur Unterstützung für die Praxis und für interne Schulungen an.

Abbildung 25: Entscheidungen in der Matrix und weiteres Vorgehen an den Schnittstellen SIS®, Maßnahmenplan (MP) und Berichtblatt (BB)



Quelle: EinSTEP Projektbüro

2.1.7. Abschluss und Plausibilitätscheck

Zum Abschluss des Gesprächs und/oder beim Ausfüllen der SIS® werden alle Felder kritisch durchgesehen und überprüft, inwieweit die Informationen in den einzelnen Abschnitten (B/C1/C2) fachlich und nachvollziehbar zugeordnet sind. Dabei wird auch geprüft, ob Erkenntnisse, die in den einzelnen Themenfeldern beschrieben wurden, zusammenhängen und was sich daraus für die Maßnahmenplanung ergibt.



Beispiele

... z. B. Kommunikation und Kognition (TF 1) kann mit der Fähigkeit einen Rollator zu bedienen zusammenhängen, welche im Themenfeld Mobilität (TF 2) beschrieben wurde

... z. B. kann das Sammeln von Nahrungsmitteln im Kleiderschrank korrespondieren mit Hinweisen zum Handlungsbedarf im Themenfeld Selbstversorgung (TF 4) und /oder Haushaltsführung (TF 6)

... z. B. ob krankheitsbedingte Anforderungen (TF 3) wie die termingerechte Einnahme von Medikamenten nur mit Unterstützung gelingt, da die pflegebedürftige Person sich nicht erinnert, ob sie ihre Medikamente schon eingenommen hat (TF 1)

... z. B. können Beschreibungen im Themenfeld Mobilität (TF 2) davon beeinflusst werden, ob die pflegebedürftige Person allein lebt aber in der häuslichen Umgebung die Treppe nur noch in Begleitung bewältigt werden kann; das kann korrespondieren mit Eintragungen im Themenfeld Leben in sozialen Beziehungen (TF 5).

In einem weiteren Schritt werden die Inhalte, die in den Themenfeldern beschrieben wurden mit den fachlichen Einschätzungen in der Matrix abgeglichen und im Hinblick auf ihre Plausibilität überprüft (s. Pkt. 2.1.6.2.).

Die Inhalte sind auch mit Blick auf dokumentierte Wünsche und eine möglicherweise stattgefundene Verständigung (im entsprechenden TF dokumentiert) mit der pflegebedürftigen Person zu reflektieren, ob alles „richtig verstanden“ wurde.

Eventuell bedarf es auch noch einmal der Rücksprache im Team, damit alle Informationen (z. B. soziale Betreuung/ andere Beteiligte) zur pflegebedürftigen Person hinreichend einbezogen sind.

Dieses kritische (Gegen-) Lesen dient der Pflegefachperson zum „Plausibilitätscheck“ aller erfassten Informationen in der SIS® und zur Überprüfung der Dokumentationsqualität, insbesondere auch zur Verständlichkeit der Beschreibung oder der Einschätzung von Situationen.

Abbildung 26: Nichts vergessen? Qualitätscheck der Pflegefachperson vor Abzeichnung der SIS®

Welche Botschaften und Wünsche hat die pflegebedürftige Person direkt oder indirekt angesprochen?	→	Feld B
Einfluss der Informationen aus Feld B auf die Einschätzung der Pflegefachperson in den Themenfeldern und den Entscheidungen zum Handlungsbedarf in der Matrix?	→	Feld C1 und Feld C2
Gab es Verständigungen zu speziellen Wünschen oder unterschiedliche Sichtweisen bei einzelnen Themen?	→	Feld B und Feld C1
Sind die Einschätzungen in der Matrix plausibel aus den Ergebnissen der Themenfelder abgeleitet?	→	Feld C2
Gibt es Potenziale zum Erhalt der Selbstständigkeit? Wurden von der pflegebedürftigen Person persönliche Wünsche (Ziele) benannt?	→	Feld B und Feld C1

Quelle: Projektbüro EinSTEP

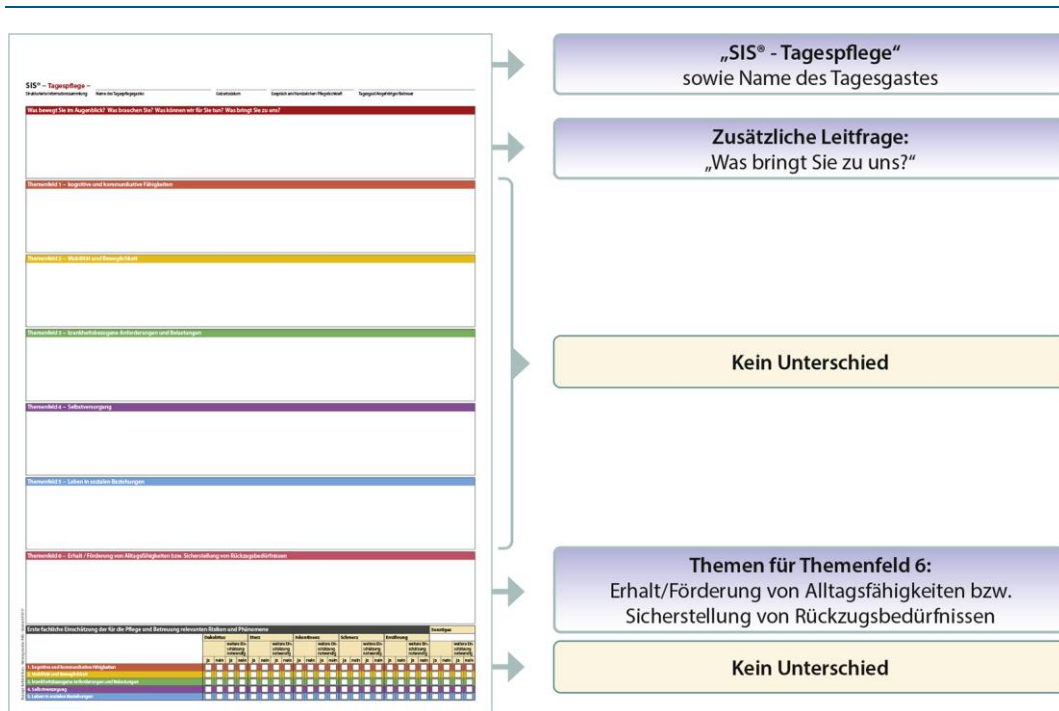
2.1.8. Spezielle Aspekte der Tagespflege (TP) und die Ausrichtung der SIS®

Für pflegebedürftige Personen stellt der Besuch der Tagespflege (TP) zunächst eine deutliche Veränderung ihrer Gewohnheiten und Abläufe im Alltag dar. Der notwendige Transfer zwischen einer Tagespflege und der eigenen Häuslichkeit wird von manchen Tagespflegegästen als Belastung erlebt, andere genießen wiederum diese Abwechslung im Alltag und die mit dem Besuch einer Tagespflege verbundene Möglichkeit der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Angebote in der Tagespflege umfassen in erster Linie Angebote der Betreuung und tagesstrukturierende Aktivitäten, die den Tagesgästen, je nach Art und Umfang ihres Aufenthalts, angeboten und wahrgenommen werden können. Maßnahmen der Grundpflege spielen während des Aufenthalts in der Tagespflege eher eine nachrangige Rolle.

Aktuelle Entwicklungen in der TP, insbesondere bei mehreren Aufenthalten pro Woche zeigen, dass trotz häuslicher pflegerischer Versorgung oder bei nur geringer (professioneller) Unterstützung zu Hause, die pflegefachliche und beratende Kompetenz der Tagespflege immer mehr in den Vordergrund rückt. Unabhängig von den Aufgaben, die sich im Zuge der psychosozialen Betreuung in der Tagespflege ergeben, hat die TP das Potenzial, sowohl der pflegebedürftigen Person als auch den Zu- oder Angehörigen, durch eine fundierte **Beratung zu pflegerischen Aspekten**, wertvolle Hinweise für die Pflege zu Hause zu liefern oder anzubieten.

Abbildung 27: Unterschiede in der SIS® Tagespflege im Gegensatz zur Variante stationär



Quelle: EinSTEP Projektbüro

2.1.9. Speziell Aspekte der Kurzzeitpflege (KZP) und die Ausrichtung der SIS®

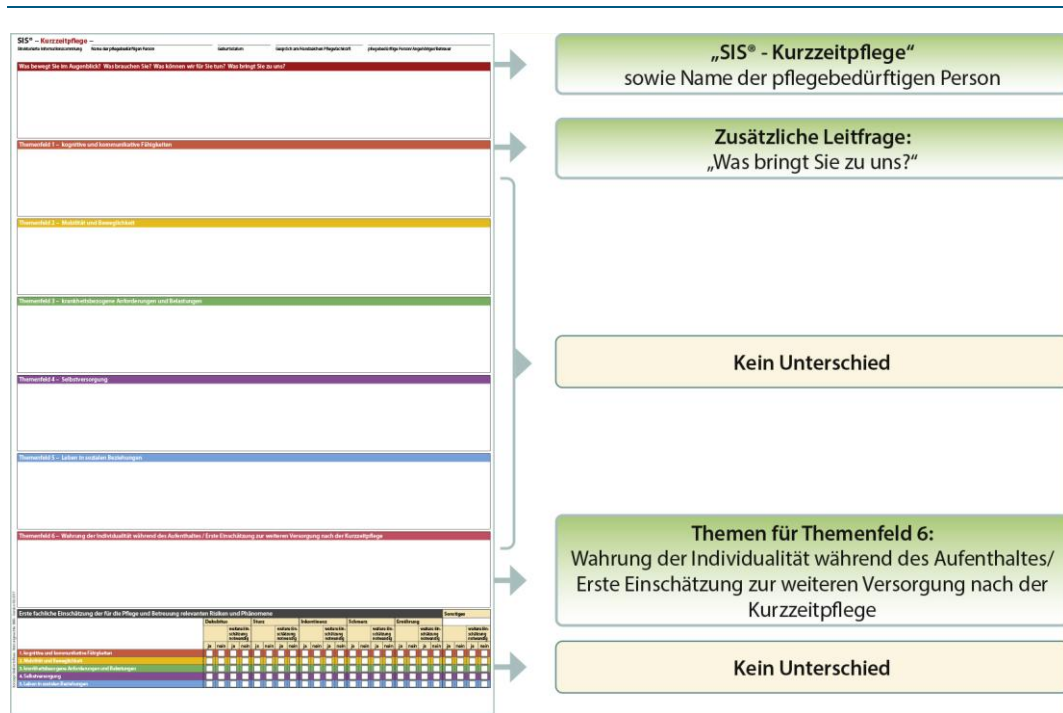
Die Besonderheiten in der Kurzzeitpflege (KZP) bestehen in einer großen Heterogenität der unterschiedlichen Zielgruppen:

- Kurzzeitgäste insbesondere nach Krankenhausaufenthalt bei **fehlender** Pflegebedürftigkeit (§39 SGB V)
- Kurzzeitgäste im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder aus sonstigen Krisensituationen (§ 42 SGB XI)
- Kurzzeitgäste zur Urlaubs-/Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Dies hat unterschiedliche Konsequenzen für das Angebot. Je nach Anteil der Zielgruppe ergeben sich verschiedene Herausforderungen und Konsequenzen für die gesamte Pflegedokumentation.

Hervorzuheben ist insbesondere ein hoher organisatorischer Aufwand bei der Aufnahme und die hohe Relevanz der Vorbereitung der Entlassung, die entweder nach Hause bzw. eine Verlegung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung bedeutet. Hinzu kommen vermehrte Anforderungen im Rahmen der Behandlungspflege. Zusätzlich erzeugen die begrenzte Aufenthaltsdauer und der rehabilitative/aktivierende Ansatz eines Aufenthalts oft einen vermehrten Zeit- und Entscheidungsdruck.

Abbildung 28: Unterschiede in der SIS® Kurzzeitpflege im Gegensatz zur Variante stationär



Quelle: EinSTEP Projektbüro

2.2. Element 2: Der Maßnahmenplan

Allgemeines

Mit der abgeschlossenen SIS® ⁵⁹ welche eine (erste oder wiederholte) pflegfachliche Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person entlang von relevanten pflegerischen Handlungsfeldern (TF und Matrix) abbildet ist der erste Schritt im Pflegeprozess abgeschlossen. Ebenso sind Wünsche, Bedürfnisse und (pflege-relevante) biographische Aspekte dokumentiert und je nach Situation gibt es Hinweise zu Potenzialen zu Förderung oder Erhalt der Selbständigkeit oder der Wiedererlangung von Fähigkeiten.

Im Maßnahmenplan ist nun darauf aufbauend festzuhalten, welche Maßnahmen auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse, einschließlich der Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person, im Pflege- und Betreuungsalltag zu planen sind, ggf. der erhöhten Aufmerksamkeit bedürfen oder bei unklarer Ausgangslage noch weiter abgeklärt werden muss. Die Planung geschieht konsequent aus der Perspektive und - wenn möglich - in Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person oder den An- oder Zugehörigen.

Eine Planung von Maßnahmen ist **grundsätzlich nur erforderlich**, wenn ein Hilfe- oder Unterstützungsbedarf durch das Pflege- und oder Betreuungspersonal vorliegt. In der **ambulant** Pflege ist ein Maßnahmenplan nur für die mit der pflegebedürftigen Person **vereinbarten Leistungen** notwendig. In der **Tagespflege** wird der Maßnahmenplan nur für Leistungen **im Rahmen der Besuchszeit** erstellt.

Dem Maßnahmenplan kann eine „**Grundbotschaft**“ vorangestellt werden (Empfehlung).

2.2.1. Vorstellen der Grundbotschaft

Die Grundbotschaft am Anfang des Maßnahmenplans kann allen an der Pflege und Betreuung Beteiligten wichtige Hinweise zur pflegebedürftigen Person im Hinblick auf individuelle Wünsche, Bedürfnisse und Eigenheiten geben.

Das **Vorstellen** einer Grundbotschaft im MP bietet die Option, dass diese „Botschaften“, im Sinne des Person-zentrierten Ansatz, im **Kontakt mit der pflegebedürftigen Person allen bekannt sind und beachtet werden** und Fehlhandlungen vermieden werden können.

⁵⁹ Die Strukturierte Informationssammlung sollte i.d.R. 7 Tage nach dem Einzug bzw. dem Beginn der Versorgung (ambulant) abgeschlossen sein. Ggf. werden zu einzelnen Maßnahmen oder Problemen durch zeitl. befristete Beobachtungen weitere Informationen (s. auch „vertiefte Einschätzung“) gesammelt, um die Entscheidungsgrundlage im Einzelnen für die Maßnahmenplanung zu verbessern und Einvernehmen mit der pflegebedürftigen Person herzustellen. Besonderheiten zum Abschluss der SIS® siehe auch Ausführungen unter Punkt TP und KZP. In jedem Fall sollte das Vorgehen durch eine Verfahrensanweisung einrichtungsintern geregelt sein.



Beachte

- Eine Grundbotschaft dient **nicht** dazu, Hinweise zur direkten Pflege oder Betreuung oder zu speziellen Maßnahmen bei der pflegebedürftigen Person zu geben.

Das Voranstellen einer **Grundbotschaft** im Maßnahmenplan ist **optional**. Das Expertengremium empfiehlt, diese Option weiterhin und wieder vermehrt zu nutzen.



Mögliche Fragestellungen zur Formulierung von Grundbotschaften:

- Was ist für die pflegebedürftige Person sehr wichtig und was sollten, alle die an der Pflege und Betreuung beteiligt sind, wissen?
- Womit verbindet die pflegebedürftige Person Selbstbestimmung u. a. bei einer Entscheidungsfindung? (z. B. Anwesenheit eines Familienmitglieds, wenn es um wichtige Entscheidungen geht).
- Welche Kommunikationsgrundsätze sind der pflegebedürftigen Person (sowie ihren An- oder Zugehörigen) wichtig? Wie können sie beachtet werden?
- Konnten in verschiedenen Gesprächen Auslöser für herausfordernd erlebtes Verhalten beobachtet werden? Wie können sie bei der Versorgung berücksichtigt werden?



Impulsbeispiele für Grundbotschaften

„Frau Berger beschäftigt sich gerne mit dem Plüschhund. Er ist ihr ständiger Begleiter und gibt ihr Sicherheit. Ist der Hund nicht in ihrer Reichweite wird sie unruhig und läuft suchend umher“.

„Herr Müller war immer sehr sportlich. Sein größter Wunsch ist das Wiedererlangen seiner Gehfähigkeit. Er ist hochmotiviert und möchte möglichst viel gefordert werden“.

„Frau Darato wirkt ruhig und als eine in sich gekehrte Person. Sie liebt den Rückzug in ihr Zimmer, verlässt dieses oft mehrerer Tage nicht, fühlt sich jedoch nicht einsam. Wünscht ausdrücklich keine Besuche durch Betreuungskräfte“.

„Herr Krause war es gewohnt immer Hausangestellte zu haben. Er kommuniziert eher im „Kommando-Stil“.

Eine (oder mehrere) Grundbotschaft(en) sind demnach knappe Zusammenfassungen von wichtigen Eigenschaften der pflegebedürftigen Person, die als Ausdruck zur Selbstbestimmung verstanden werden können. Sie können beispielsweise aus den oben genannten Fragen abgeleitet werden. Auch das Feld B (Selbstaussage) in der SIS® bietet erste Erkenntnisse zur Formulierung einer Grundbotschaft. Es ist möglich (einzelne) Aussagen des zu Pflegenden in die Grundbotschaft mit aufzunehmen („wörtliche Rede“).

Eine Grundbotschaft sollte möglichst gemeinsam im Team formuliert werden. Es ist auf eine wertneutrale Formulierung zu achten. Es gilt, je mehr ein Mensch über kognitive Einschränkungen verfügt, desto wichtiger ist das Voranstellen einer Grundbotschaft in der Maßnahmenplanung.

Eine Grundbotschaft ist nicht statisch und wird bei einer gravierenden Veränderung angepasst. Die Aktualität der Grundbotschaft kann auch im Rahmen von Evaluationsereignissen überprüft und ggf. angepasst werden.

2.2.2. Grundsätze zur Erstellung des Maßnahmenplans⁶⁰

Der Maßnahmenplan leitet sich aus den **verschiedenen Erkenntnissen** der SIS® zu Situation der pflegebedürftigen Person ab (Feld B = Selbsteinschätzung der pflegebedürftigen Person, Feld C 1 = Themenfelder, Feld C 2 = Matrix) und ist **handlungsleitend für alle Mitarbeitenden**.

Er enthält kurz und knapp **entlang der Tagesstruktur (24 Std.)** wesentliche Informationen zu Maßnahmen der individuellen Pflege und Betreuung, des Risikomanagements und der Behandlungspflege. Eine Planung von Maßnahmen ist grundsätzlich nur erforderlich, wenn ein Hilfe- oder Unterstützungsbedarf durch das Pflege- und/oder Betreuungspersonal vorliegt.

Liegen für **Routinemaßnahmen der Pflege und Betreuung** intern **Verfahrensanweisungen** (s. Pkt. 2.2.8. Exkurs) vor, kann **darauf verwiesen** werden. Im Maßnahmenplan wird dann beschrieben, wie im Einzelfall aufgrund individueller Bedürfnisse und Bedarfe davon abgewichen werden kann.

Maßnahmen im Sinne einer Person-zentrierten Pflege sind zunächst „vorgeschlagene Unterstützungsleistungen“ bei denen zu klären ist, inwieweit diese von der pflegebedürftigen Person angenommen oder abgelehnt werden.



Beachte

- Grundsätzlich ist die Maßnahmenplanung ein Instrument für „etablierte“ Maßnahmen.
- Vorläufige oder (zu erprobende) Maßnahmen zu Beginn des Versorgungsauftrages können zunächst im **Berichteblatt** dokumentiert und dort evaluiert werden, bevor sie **als dauerhaft** zu erbringende Unterstützungsleistungen in den Maßnahmenplan aufgenommen werden (s. Pkt. 2.4).

Im Konzept des Strukturmodells ist festgelegt, dass zu Beginn des Pflege- und Betreuungsauftrags der (vorläufige) individuelle Maßnahmenplan möglichst von der-

⁶⁰ In diesem Abschnitt wurden u.a. Ausführungen aus der EinSTEP Handreichung zum Maßnahmenplan in der Pflegedokumentation nach dem Konzept des Strukturmodells (Dez. 2024) genutzt. Dieses Dokument steht unter www.EinSTEP.de zum Download frei zur Verfügung.

jenigen Pflegefachperson erstellt wird, die das Erstgespräch zur SIS® mit dem pflegebedürftigen Menschen oder je nach Situation auch mit den Zu- oder Angehörigen, geführt hat.

Hintergrund ist, dass sich der Maßnahmenplan Schritt für Schritt daran orientiert und darauf aufbaut (Botschaft der pflegebedürftigen Person/ Themenfelder/Matrix). Zudem kommt diesem Gespräch, im Sinne der Person-zentrierten Pflege, eine Bedeutung im Hinblick auf den Beginn des Beziehungsaufbaus zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachperson zu (s. Kap I).



Beachte

- Wesentliche **Informationen von An- und Zugehörigen** oder **Erkenntnisse** der Mitarbeitenden **anderer Bereiche** (Betreuung/Therapeut*innen/Hauswirtschaft/Seelsorge etc.) fließen bei der Erstellung des Maßnahmenplans durch die Pflegefachperson **regelmäßig mit ein**.

Bei pflegebedürftigen Personen, die sich selbst äußern können, braucht es ausreichende, aber weniger differenzierte Beschreibungen als bei kognitiv schwer beeinträchtigten Personen. Jedoch soll sich auch hier im Maßnahmenplan **nicht** die allgemein übliche und in den pflegerischen **Verfahrensanweisungen beschriebene Vorgehensweisen** wiederfinden, **sondern nur individuelle Abweichungen** beschrieben werden.

Unterstützende oder pflegerische Maßnahmen, die **mehrmals am Tag in derselben Form** erbracht werden (z.B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form), werden **nur einmal individualisiert** beschrieben und im Weiteren Tagesablauf entsprechend in der Tagesstruktur vermerkt. Bei der Formulierung der Maßnahmen ist es wichtig **klar zu beschreiben**, was geplant ist.

Maßnahmen der **Behandlungspflege** werden wie bisher in einem separaten Formular aufgeführt und von derjenigen Person, die sie erbracht hat, abgezeichnet.



Beachte

- Maßnahmen der Behandlungspflege sind regulärer Bestandteil des Maßnahmenplans. Die zu erfolgenden behandlungspflegerischen Maßnahmen sind an entsprechender Stelle (z. B. Zeitpunkt der Erbringung) im Maßnahmenplan aufzuführen und folgen der ärztlichen Anordnung.

Es wird empfohlen sich vor der abschließenden Vervollständigung des Maßnahmenplans mit der pflegebedürftigen Person oder auch den An- oder Zugehörigen, abzustimmen und eine kurze Fallbesprechung im Team durchzuführen.

Im Verlauf der Pflege und Betreuung kann die Verantwortung für die Aktualisierung des Maßnahmenplans unter den Pflegefachkräften unter Umständen wechseln. Das Vorgehen und die daraus resultierende Anforderungen an die Pflegedokumentation folgen jedoch fachlichen Rahmenbedingungen, deren Anwendung auf verschiedene Fragestellungen übertragbar ist, also grundsätzlich (immer) gilt.



Beachte

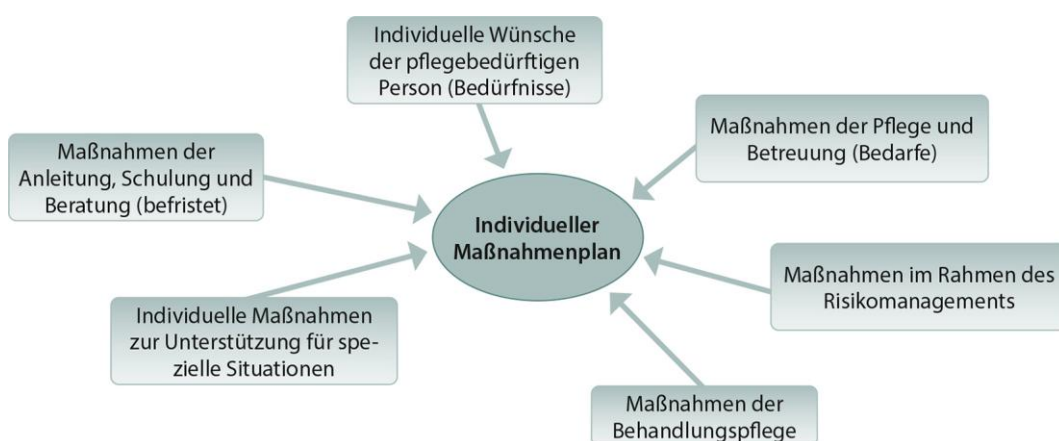
- Grundsätzlich gilt: Die **Betrachtung** des **Maßnahmenplans** kann **nicht** losgelöst von **anderen Bestandteilen** der Dokumentation erfolgen, denn die einzelnen Elemente im Strukturmodell **bauen aufeinander auf** und **ergänzen sich**.
- So ist nicht das korrekte Befüllen **einzelner** Dokumentationsblätter zu beurteilen, sondern die **Gesamtdarstellung des Verlaufs über alle Dokumente** zu den vier Elementen (sog. Fallbetrachtung, Roes 2014).

2.2.3. Allgemeine und spezielle fachliche Hinweise zur Maßnahmenplanung

Die Maßnahmenplanung bezieht sich in der Regel (allgemein) auf folgende Aspekte:

- regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen der Pflege und Betreuung, ggf. auch der Hauswirtschaft in Absprache mit der pflegebedürftigen Person und/oder den An- und Zugehörigen unter Beachtung individueller Präferenzen, Wünsche und Vorlieben oder Rituale
- Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements oder vorläufige Maßnahmen bei unklarer Ausgangslage (zu Beginn und im Verlauf)
- Maßnahmen zur Anleitung und Schulung z.B. zum Erhalt (Wiedererlangen) von Fähigkeiten zur Selbstständigkeit, zur Förderung der Selbstpflegekompetenz oder zur Bewältigung von Krankheit und Behinderung
- Informationen zu zusätzlichen Maßnahmen der Betreuung
- Ärztlich verordnete Maßnahmen der Behandlungspflege
- Vereinbarungen zur individuellen Unterstützung für spezielle Situationen (z. B. Begleitung zum Speisesaal, Abstimmung Transportbedarf Tagespflege)

Abbildung 29: Themen der Maßnahmenplanung (ambulant und vollstationär)



Quelle: EinSTEP Projektbüro

2.2.3.1. Spezielle Aspekte zur Beschreibung von Maßnahmen zu ausgewählten Themen

Hinweise zum ...

... Umgang mit Hilfsmitteln im Maßnahmenplan

Es muss nachvollziehbar sein, welche Hilfsmittel beim pflegebedürftigen Menschen zur Anwendung kommen. Der individuelle Umgang ist der Produktbeschreibung des jeweiligen Medizinprodukts zu entnehmen und den Mitarbeitenden in der Regel bekannt. Eine genaue Produktspezifizierung, z. B. welches Fabrikat oder welche Marke ist nicht erforderlich.

... Umgang mit Prophylaxen im Maßnahmenplan

Individuelle Risiken müssen im Rahmen der Pflegedokumentation (SIS[®], Berichtesblatt) klar erkennbar sein. Die erforderlichen, individuellen Pflegemaßnahmen werden daraus abgeleitet und sind im Maßnahmenplan nachvollziehbar zu beschreiben. Die alleinige Benennung der Prophylaxe zum jeweiligen Risiko (z. B. Dekubitus- oder Sturzprophylaxe) ist nicht ausreichend. Dabei müssen die prophylaktischen Maßnahmen nicht zwingend einzeln aufgeführt werden, sondern können auch Bestandteil übergeordneter Maßnahmenbeschreibungen sein (z. B. in der Morgenpflege).

... Umgang mit ärztlich angeordneter Behandlungspflege

Die zu erfolgenden behandlungspflegerischen Maßnahmen sind im Maßnahmenplan aufzuführen und folgen der ärztlichen Anordnung. Die Durchführung ist durch Abzeichnung zu bestätigen. Es ist nicht notwendig Grundsätze eines fachlichen und hygienischen Vorgehens bei behandlungspflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Ggf. sind aber individuell zu berücksichtigende Aspekte bzw. besondere oder seltene Ausprägungen solcher Maßnahmen aufzuführen, soweit diese nicht in internen Verfahrensanweisungen geregelt sind.

... Beginn des Pflegeauftrags oder bei instabilen Phasen

Kennt das Pflegepersonal die pflegebedürftige Person noch nicht so gut oder befindet sich diese in einer instabilen Phase, dann sind engmaschigere, zeitlich befristete Berichte zum Befinden und der Wirkung von Maßnahmen im Berichtesblatt notwendig. Dies verschafft ein fachliches Gesamtbild und ermöglicht es, die Erkenntnisse zu einem späteren Zeitpunkt im Maßnahmenplan zu verankern.

Hinweise zur ...

... Planung und Dokumentation von Angeboten der sozialen Betreuung

Aufbauend auf Fähigkeiten, Wünschen und dem lebensgeschichtlichen Hintergrund des pflegebedürftigen Menschen werden individuelle Maßnahmen (ggf. unter Bezugnahme auf einrichtungsinterne Angebotspläne) erstellt, aus denen hervorgeht, an welchen Maßnahmen (z. B. Dienstagabend Teilnahme an Skatrunde) der pflegebedürftige Mensch teilnimmt.

Wird dieser Plan so umgesetzt, sind Durchführungsnachweise sowie tägliche Berichtseinträge nicht notwendig. Einrichtungsintern ist zu regeln, wie mit der Evaluation bezüglich der Angebote umzugehen ist, z. B. im Berichtblatt. Bei pflegebedürftigen Menschen, die unregelmäßig teilnehmen oder bei denen nur mit Einzelangeboten gearbeitet werden kann, sollen individuelle Eintragungen im Berichtblatt erfolgen.

... Maßnahmenplanung zum Aufenthalt im Freien

Wenn Unterstützungsbedarf bei Aufenthalten im Freien **aufgrund kognitiver Einschränkungen** besteht, ist ein **regelmäßiger**, entsprechend den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person, Aufenthalt im Freien im **Maßnahmenplan zu berücksichtigen und zu beschreiben**. Sofern Einschränkungen oder andere Unterstützungsbedarfe, z. B. im Bereich der Mobilität vorliegen, die speziell für den Aufenthalt im Freien relevant sind, ist dies bei der Planung (und Durchführung) der Maßnahme entsprechend zu berücksichtigen.

Eine Maßnahme zu planen ist jedoch **nicht notwendig**, wenn die versorgte Person **selbständig entscheiden** und **Wünsche** zum Aufenthalt im Freien **äußern kann**. Hier reicht eine Beschreibung der Wünsche und Vorlieben im Rahmen der strukturierten Informationssammlung (SIS®).

2.2.4. Strukturierung und (technische) Gestaltung des Maßnahmenplans

Der Maßnahmenplan (ambulant, vollstationär und der Tages- bzw. Kurzzeitpflege) ist **nicht als einheitliches Formular** im Strukturmodell (wie z.B. die SIS®) vorgegeben. Somit wird die **Struktur** des Maßnahmenplans gemäß der **einrichtungsindividuellen Vorgaben** in **Absprache** mit dem **Softwarehersteller festgelegt**.

Es hat sich als **praxistauglich und effizient** erwiesen, den Maßnahmenplan **ausschließlich in Form einer Tagesstrukturierung (24 Std.)** anzulegen und hier alle erforderlichen Maßnahmen der Pflege und Betreuung einschließlich der Behandlungspflege und anderer individueller Maßnahmen chronologisch darzustellen.

Es kann mit **fixen Zeiten oder variablen Zeitkorridoren** im Maßnahmenplan gearbeitet werden. Ausschlaggebend ist, ob aus fachlicher Sicht oder auf Wunsch der pflegebedürftigen Person bestimmte Leistungen zu einem fixen Zeitpunkt erbracht werden sollen oder müssen (z. B. Medikamentengabe).

Eine **übersichtliche Gestaltung** des Maßnahmenplans trägt zur Akzeptanz bei den Pflegenden und der aktiven Nutzung der Pflegedokumentation zur Prozesssteuerung bei. Darüber hinaus dient dies der **schnellen Orientierung** zur Situation der pflegebedürftigen Person.



Beachte

Das Vorhalten einer **Doppelstruktur** durch beispielsweise ...

- einer individuellen Tagesstrukturierung und eines individuellen Maßnahmenplanes oder

- einer Maßnahmenplanung für pflegerische Maßnahmen und einer Maßnahmenplanung für die Betreuung in jeweils zwei (getrennten) Bestandteilen der Pflegedokumentation,
- wird **ausdrücklich** (weiterhin) **nicht** zur Umsetzung **empfohlen**. Diese Doppelstruktur geht u.a. zu **Lasten** der **Übersichtlichkeit** von Informationen zur pflegebedürftigen Person, der Kommunikation im Team und einer zeitnahen Steuerung des Pflegeprozesses.



In der Anpassung auf die Bedarfe der Einrichtung ist das Pflege- und Qualitätsmanagement gefordert, sich vorab darüber zu verständigen, wie der MP strukturiert sein sollte und dies mit dem **Softwarehersteller** auch im Hinblick auf **wünschenswerte Funktionalitäten** zu besprechen und gemeinsam festzulegen (s. Kap. III Pkt. 1.4). Die Softwarehersteller kennen das „Technische Anforderungsprofil“⁶¹ zum Strukturmodell.

2.2.5. Der Maßnahmenplan in der ambulanten Pflege

Der Maßnahmenplan in der ambulanten Pflege muss sich an den Rahmenbedingungen der häuslichen Versorgung orientieren, d.h. Art und Umfang der Versorgung sind durch die individuell **vereinbarten** (und finanzierten) **Leistungen** - gemäß Pflegevertrag - vorgegeben.

- Im ambulanten Bereich kann sich deshalb eine Strukturierung des Maßnahmenplans nach individuell ausgestalteten Leistungskomplexen in Kombination mit den Themenfeldern der SIS® als praktikabel erweisen.
- Andererseits kann der Maßnahmenplan im Rahmen einer Zeitvergütung auch als Leistungsbeschreibung fungieren.
- Eine weitere Variante ist die Detailbeschreibung des Einsatzes in Kombination mit den Leistungskomplexen und zeitlichen Festlegungen individuell vereinbarter Unterstützungsleistungen.
- Der Maßnahmenplan kann (optional) die Übernahme von Pflegehandlungen durch An- und Zugehörige enthalten (abgestimmte Zusammenarbeit zwischen der Familie und dem Pflegedienst und ggf. auch mit der TP).

In der ambulanten Pflege hat zudem die **Beratung** (SIS® ambulant /Feld C2) und eine diesbezügliche Dokumentation eine besondere Bedeutung. Beim ersten Hausbesuch werden in der Regel schon **bekannte oder offensichtliche** Gefährdungen angesprochen. Der Pflegedienst ist diesbezüglich auf die Kooperation der pflegebedürftigen Person und/oder der pflegenden An- und Zugehörigen angewiesen.

Wegen des „punktuellen“ Zugangs zur pflegebedürftigen Person und begrenzter Möglichkeiten der Intervention ist es wichtig, die Art der Gefährdung und die Beratung zur Risikominimierung kurz und verständlich anzusprechen und dies zu dokumentieren.

⁶¹ Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen (Version 1.4, Juni 2017), verfügbar unter <https://www.ein-step.de/downloads>. Dieses Dokument muss bezüglich der Schulungsunterlagen EinSTEP 3.0 in Zusammenarbeit mit den Herstellern zeitnah aktualisiert werden.

**Beachte**

- Hierbei gilt der Grundsatz, **nicht schematisch** alle denkbaren **Problemkonstellationen** anzusprechen, sondern die Beratung auf **deutlich erkennbare und offensichtliche Probleme** der jeweiligen häuslichen Situation zu beziehen.
- Eine möglicherweise eingeübte Praxis durch die pflegebedürftige Person zur Bewältigung des Problems (z. B. durch die räumliche Umgebung oder die Unterstützung des Ehepartners oder der Kinder) ist zu berücksichtigen.

Je nach Situation fließt das Ergebnis des erneuten Gesprächs zu einem erkannten oder zu erwartenden Problem im Rahmen von weiteren Hausbesuchen in den Maßnahmenplan ein oder wird im Berichtblatt beschrieben (s. Pkt. 2.4).

2.2.6. Der Maßnahmenplan in der Tagespflege

Das Voranstellen einer **Grundbotschaft** am Beginn des Maßnahmenplans des Tagesgastes, wird auf Basis der Praxiserfahrungen auch in der TP empfohlen. Sie sollte einen besonders charakteristischen, für die tägliche Versorgung in der Tagespflege relevanten Aspekt zur Person aus der SIS® aufgreifen. Die Grundbotschaft gibt vor allem neuen bzw. kurzfristig einspringenden Mitarbeitenden eine schnelle Orientierung zum Tagesgast.

Grundsätzlich orientieren sich Inhalt und Form des Maßnahmenplans an den spezifischen Gegebenheiten der Einrichtung.

Die **Besonderheit** für die Maßnahmenplanung **in der Tagespflege** besteht darin, dass die **psychosoziale Betreuung** im Vordergrund steht und bestimmte pflegerische Maßnahmen (z. B. Körperpflege, Duschen, Baden, An- und Auskleiden) in nur begrenztem Maße eine Rolle spielen bzw. vom Leistungsprofil der Tagespflege abhängen. Bestimmte Pflegeprobleme können deshalb u.U. nur eingeschränkt oder nicht eingeschätzt werden (z. B. umfassende Einschätzung des Hautzustands an allen Körperregionen).

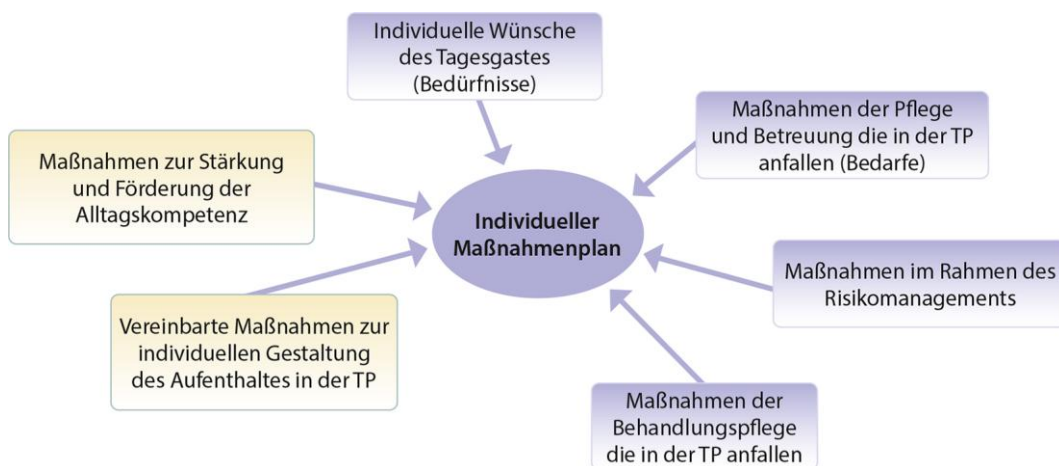
Schwerpunkte des Maßnahmenplanes in der Tagespflege sind daher **individuelle Betreuungs- und Aktivierungsangebote**, die die Vorlieben, Fähigkeiten und Eigenheiten der pflegebedürftigen Person berücksichtigen. Daneben werden auch notwendige und vereinbarte **individuelle pflegerische Leistungen** und Leistungen der **Behandlungspflege**⁶² im Maßnahmenplan aufgenommen⁶³. Zu beachten ist hierbei stets die **Selbstbestimmung** und der Erhalt der Selbständigkeit des Tagespflgeastes.

⁶² Die Handreichung zur Medikamentengabe als Leistung der behandlungspflegerischen Versorgung in der Tagespflegeeinrichtung (Dez. 2024), kann bei den jeweiligen Verbänden von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bestellt werden.

⁶³ Rechtsgutachten, erstellt im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege: Medikamentengabe und Behandlungspflege in der Tagespflege; Abrufbar unter <https://gs-qa-pflege.de/download-teilstationaere-pflege/>

Aus der Praxis wird berichtet, dass die Bedeutung der **Beratung in der TP** zunimmt. Weil bestimmte Leistungen im Rahmen der Tagespflege nicht erbracht werden (z.B. pflegerische Versorgung zu Hause), können die pflegefachliche **Einschätzung und Beobachtung während des Aufenthaltes** in der Tagespflege eine Beratung sowohl der pflegebedürftigen Person als auch der Zu- oder Angehörigen erforderlich machen bzw. diesen wertvolle Hinweise für die Pflege zu Hause liefern.

Abbildung 30: Themen der Maßnahmenplanung in der Tagespflege



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Für den Maßnahmenplan in der Tagespflege wird ebenfalls **ausschließlich eine Tagesstrukturierung** empfohlen, in der **für den Zeitraum der Anwesenheit** chronologisch sämtliche Maßnahmen (Betreuung/Aktivierung ggf. Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege) oder andere Aktivitäten sowie therapeutische Interventionen aufgeführt sind.



Beachte

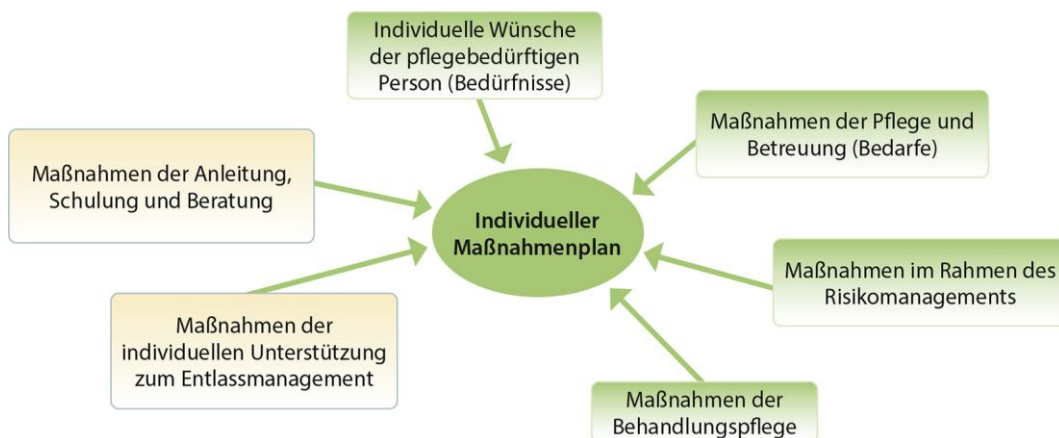
- Planung von Betreuungsleistungen: Werden in einem Zeitfenster **mehrere Beschäftigungsangebote** gemacht, aus denen der Gast wählen kann, sollte nach einer Beobachtungsphase konkret im Maßnahmenplan beschrieben werden, **welches Angebot der Gast** an dem jeweiligen Tag **bevorzugt**. Abweichungen werden im Berichtblatt vermerkt.
- Gibt es dagegen in der TP zu den Zeiten der Beschäftigung jeweils nur **ein Beschäftigungsangebot**, ist im Maßnahmenplan festzuhalten, **ob der Tagesgast daran teilnehmen will**. Die konkret stattgefundenen Angebote kann dann dem Wochenplan entnommen werden. Nimmt er/sie nicht an dem Angebot teil, ist im Maßnahmenplan die Verständigung mit dem Tagesgast zu dokumentieren, wie die Zeit anderweitig genutzt wird.

2.2.7. Der Maßnahmenplan in der Kurzzeitpflege

Die Versorgung in der Kurzzeitpflege ist durch einen hohen organisatorischen Aufwand bei der Aufnahme (begrenzte Aufenthaltsdauer, nach Krankenhausaufenthalt häufig erhöhten Pflegeaufwand, vermehrte Anforderungen im Rahmen der Behandlungspflege, Bedeutung der Entlassungsplanung) gekennzeichnet. Wegen des zeitlich begrenzten Aufenthaltes ist die Entlassplanung für die Rückkehr nach Hause oder bei einer Entscheidung zum Wechsel in die vollstationäre Pflege auch im Rahmen der Maßnahmenplanung von Bedeutung. Die Versorgung der pflegebedürftigen Person findet deshalb häufig in einer Phase statt, in der eine fundierte Kenntnis der Vorlieben und Eigenheiten des Kurzzeitpflegegastes häufig noch nicht gegeben ist.

Die Grundlage des Maßnahmenplans sind deshalb meist Erkenntnisse einer **ersten und später wiederholten oder erweiterten Situations- und Pflegeeinschätzung**. Die Schwerpunkte des Maßnahmenplans stellen deshalb erforderliche individuelle Pflegemaßnahmen, notwendige Maßnahmen der Behandlungspflege und Angebote der sozialen Betreuung orientiert an (bereits) bekannten Vorlieben des Kurzzeitpflegegastes dar.

Abbildung 31: Themen der Maßnahmenplanung in der KZP



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Die folgenden Hinweise für die Maßnahmenplanung in der KZP beziehen sich auf spezielle Aspekte, welche charakteristisch für die KZP sind:

- Eine **besondere Herausforderung** liegt in dem hohen **organisatorischen, kommunikativen und dokumentarischen** Aufwand (z. B. im Hinblick auf den Pflegegrad, Medikamente, Hilfsmittel, organisieren von Rezepten zur Versorgung von Wunden etc.) bei der Aufnahme von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Meist kann hier zunächst nur ein **vorläufiger Maßnahmenplan** erstellt werden.

- **Pflegerische Maßnahmen** werden vor dem Hintergrund einer begrenzten Aufenthaltsdauer vereinbart / festgelegt. Der Erfassung von Besonderheiten und Änderungen im Berichtblatt kommt hier eine besondere Bedeutung zu.
- **Therapeutische Maßnahmen** werden mit Zeitpunkt und Art der verordneten therapeutischen Maßnahmen (z. B. Physio- oder Ergotherapie) der Tagesstruktur im Maßnahmenplan zugeordnet.



Beachte

- Auch hier gilt **das Prinzip**, dass **nur Abweichungen** von den regulären Interventionen (besondere Erfolge, akute Ereignisse, Hinweise für die Pflegenden etc.) von den **Therapeut*innen** im **Berichtblatt dokumentiert** werden.⁶⁴

Individuelle Vereinbarungen zur Unterstützung im Zusammenhang mit der Rückkehr in die Häuslichkeit, insbesondere **Anleitung, Schulung** und **Beratung** zur Bewältigung von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen sind relevant für die Zeit in der KZP und die Organisation der Entlassungsplanung (s. Anlage 3 Formular zur Entlassplanung).

Grundsätzlich orientiert sich der Maßnahmenplan in der **Kurzzeitpflege analog zur stationären Langzeitpflege** in Form der **Tagesstrukturierung** (24 Std.) in der alle Maßnahmen chronologisch aufgeführt sind.

Besonderheiten bei der Urlaubs- oder Verhinderungspflege

Eine Besonderheit kommt bei der Inanspruchnahme von wiederkehrenden Verhinderungs- oder Urlaubspflegen in der KZP zum Tragen:

Im Rahmen der Aufnahme der pflegebedürftigen Person kann für das Gespräch, sowohl die SIS® als auch der Maßnahmenplan eines **vorangegangenen Aufenthaltes** herangezogen werden und nach entsprechender **Überprüfung** (Evaluation) durch die Pflegefachperson in Gänze oder in Teilen erneut für die Pflegedokumentation genutzt werden.



Beachte

- **Ob und in welchem Umfang die SIS® und /oder der Maßnahmenplan wieder genutzt werden kann, ist abhängig davon, inwieweit die Pflege- und Betreuungssituation sich **unverändert** darstellt. D.h. ob in der **Zwi-****

⁶⁴ Dies ist nur möglich, wenn die therapeutischen Maßnahmen von Therapeuten/-innen erbracht werden, die in der vollstationären oder teilstationären Einrichtung angestellt sind und trifft für die ambulante Pflege i.d.R. nicht zu. Handelt es sich um ärztl. verordnete Therapien per Rezept (Heilmittel VO), haben diese Therapeuten*innen keinen Zugang zum Dokumentationssystem. Es wird empfohlen, ggf. ein Verfahren zu etablieren, das sicherstellt, wie Informationen dieser Berufsgruppe an Mitarbeitende der Einrichtung weitergegeben und ggf. durch diese in das Berichtblatt eingetragen werden. (z.B. analog Vorgehen mit dem Fahrdienst in der Tagespflege (s. Pkt. 2.3.2. unter „Beachte“).

schenzeit Veränderungen eingetreten sind, die eine **erneute pflegfachliche Einschätzung** zum Pflege- und Betreuungsbedarf und der Risikoeinschätzung notwendig machen.

- Je nach Situation können hier die Verfahren „großer oder kleiner Evaluationskreis“ genutzt werden (s. Pkt. 2.4.).

Mit eingestelltem Datum wird automatisch (softwaretechnisch) eine **neue Version** der Dokumente (SIS® und MP) generiert und **die Pflegedokumentation** ist je nach Situation mit den entsprechenden Änderungen wieder **aktuell**.

2.2.8. Herausforderungen im Umgang mit dem Maßnahmenplan ⁶⁵

Obwohl der Maßnahmenplan im Strukturmodell durch eine **klare Struktur** und die Fokussierung auf wesentliche, individuelle Inhalte (die über die in Verfahrensanweisungen zu grundlegenden pflegerischen Handlungen hinausgehen), **eine schnelle Orientierung** für alle Beteiligten ermöglichen soll, stehen dem **in der Praxis** häufig **interne und externe Anforderungen entgegen**.

Beispiele für **hinderliche Faktoren** mit Blick auf eine **schnelle Orientierung** in der Maßnahmenplanung sind insbesondere **die Folgenden**:

- Kleinschrittige oder ausufernde Formulierungen der Maßnahmen z.B. Beschreibung der Tagesstrukturierung oder Ablauf des Hausbesuchs.
- Fehlende Konzentration auf den konkreten Unterstützungsbedarf
- Verschriftlichung von (kleinteiligen) Zielen
- Unklare Situationsbeschreibung, ohne dass sich handlungsleitende Maßnahmen ableiten lassen.
- Beschreibung von Maßnahmen, die nicht mit pflegerischen Notwendigkeiten korrespondieren (nicht analog den Inhalten in der SIS®)
- Verwendung von übergeordneten Begriffen (z. B. Dekubitusprophylaxe) anstatt Beschreibung konkreter individueller Maßnahmen.
- Beschreibung von (pflegerischen) Selbstverständlichkeiten wie z. B. „sorgfältiges Abtrocknen“ oder „Schamgefühl beachten“
- Schematische Nennung von Prophylaxen wie z. B. Fenster öffnen und Aufforderung zum Atmen als Pneumonieprophylaxe; - Ausreichendes Trinken als Obstipationsprophylaxe; Waschen der Beine herzwärts als Thromboseprophylaxe; - Pflegerische Mobilisation als Kontrakturprophylaxe

Aber auch im Hinblick auf **unnötigen Schreibaufwand oder fehlender Informationen**:

- Dokumentation von Selbstverständlichkeiten (z. B. Klingel in Reichweite, Wasser ins Waschbecken einfüllen, Nennung des Duschbades)
- Doppeldokumentation durch unklare Zuordnung zu den Inhalten der Spalten, wie z. B. Aufzählen von Hilfsmitteln in verschiedenen Dokumenten;

⁶⁵ Textauszug aus der EinSTEP Handreichung zum Maßnahmenplan

- Schematische Nennung von Prophylaxen, ohne auf die individuellen Gegebenheiten der pflegebedürftigen Person im Rahmen pflegerischer Handlungen einzugehen
- Trotz Verweis auf vorliegende Verfahrensanweisung erneut detaillierte Beschreibung der Maßnahme.
- Fehlendes Datum für die befristete Evaluation von Maßnahmen (z. B. zeitl. begrenzte Beobachtung oder Trinkprotokoll etc.).
- Unkonkrete Beschreibung befristeter Beobachtungen z. B. zur Wirkung von Maßnahmen oder akuten Ereignissen.
- Verwendung von Textbausteinen (sog. Formulierungshilfen) anstelle individueller Darstellung

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass bei der Formulierung des Maßnahmenplans keine ganzen Sätze erforderlich sind und eine stichpunktartige Beschreibung von Maßnahmen i. d. R. ausreicht.



Beispiele

- Getränke in Becher mit Trinkhilfe bereitstellen, mag am liebsten immer Apfelsaftschorle, Nahrung komplett anreichen.
- Ganzkörperwäsche im Bett übernehmen, Waschlappen über Hand stülpen und zum Gesicht führen, Wäscht sich dann selbst das Gesicht, restl. Körperpflege übernehmen, wünscht kein Eincremen der Haut.
- Hand reichen zum Aufstehen aus dem Bett, sicherheitsgebende Begleitung auf allen Wegen, außer Haus mit Rollstuhl schieben.

2.2.9. Exkurs: Funktion und Bedeutung von Verfahrensanweisungen

Eine besondere Bedeutung zur Minimierung des Dokumentationsaufwands, haben die bereits mehrfach erwähnten sog. „Verfahrensanweisungen“ zur Nutzung bei der Maßnahmenplanung im Strukturmodell.

Sie werden vom Pflege- und Qualitätsmanagement in Art und Umfang einrichtungsindividuell entwickelt und beschrieben und sind in der Regel im QM-Handbuch hinterlegt. Sie sollen die Erbringung einer gleichbleibenden Qualität bei Maßnahmen der „Pflegeroutinen“ in der pflegerischen Versorgung sicherstellen.

Einheitliche Vorgaben zu Anzahl und inhaltlicher Ausprägung (Umfang) für Verfahrensanweisungen kann es nicht geben. Es hängt u.a. davon ab, wie stringent das Pflege- und Qualitätsmanagement im Rahmen der Umsetzung des Strukturmodells eine kritische Überprüfung bisheriger Regelungen oder Anweisungen für die Dokumentationspraxis vornimmt oder vorgenommen hat.

Verfahrensanleitungen dienen dem klaren Ziel, die Pflegenden von unnötigem Schreibaufwand zu entlasten. Sie haben ihre Bedeutung im Zusammenhang mit dem Wegfall von Durchführungsnachweisen und der veränderten Dokumentationspraxis im Umgang mit dem Berichtblatt.

In diesem Zusammenhang ist die Aufmerksamkeit darauf zu richten, dass in den Verfahrensanweisungen nicht durch umfangreiche Regelungen im Detail, bürokratischer Aufwand von der Pflegedokumentation in das Qualitätshandbuch verlagert wird.

Es ist deshalb sicherzustellen, dass Verfahrensanweisungen **den aktuellen Stand pflegerischen Wissens** widerspiegeln, den Pflegefachpersonen **bekannt** und bei Bedarf im Rahmen der Maßnahmenplanung zur fachlichen Orientierung **zugänglich** sind.

 Zur **Funktion und Erstellung** der einrichtungsinternen **Verfahrensanweisungen** für „regelmäßig wiederkehrenden Pflegeroutinen“, werden aus fachlicher, organisatorischer und juristischer Sicht für das Pflege- und Qualitätsmanagement folgende Hinweise gegeben:

- Verfahrensanweisungen sind sinnvoll, um ein **einrichtungsinternes Qualitätsverständnis** abzubilden. Sie sorgen dafür, dass fachliche Grundsätze für alle Mitarbeitenden verbindlich sind aber die Durchführung nicht im Detail in der jeweiligen Pflegedokumentation wiederholt beschrieben werden muss.
- Sie sind in der vollstationären und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege **die Voraussetzung** für den **Wegfall von Durchführungsnachweisen** (s. Pkt. 2.3.6.).
- Verfahrensanweisungen dienen dem Ziel, die Pflegenden **von unnötigem Schreibaufwand zu entlasten**. Sie werden vom Pflege- und Qualitätsmanagement den Mitarbeitenden zur Kenntnis gegeben, ggf. spezifische Vorgehensweisen geschult.
- Die **Ausdifferenzierung** von Verfahrensanweisungen liegt im Ermessen des Pflege- und Qualitätsmanagements. Hinsichtlich des **Detaillierungsgrades** ist es **weder notwendig noch sinnvoll**, Routinemaßnahmen der Pflege bis in jede Einzelheit aufzuführen.
- **Qualifikationsvoraussetzungen** für die Durchführung dieser Leistungen sind die Stellen- und Funktionsbeschreibungen des Trägers der Einrichtung.
- Sind Verfahrensanweisungen mit einem **Bezeichnungssystem** (z. B. Nummerierungen) versehen, kann im Maßnahmenplan darauf unter **Angabe der Nr.** Bezug genommen werden. Die Beschreibung beschränkt sich dann ggf. nur auf **individuelle Aspekte** in Bezug auf die pflegebedürftige Person.
- In der ambulanten Pflege kann es notwendig sein, dass einzelne Verfahrensanweisungen zu Pflegeroutinen auch die Hinweise zu Prophylaxen umfassen, da sie „immanenter Bestandteil“ der vertraglichen Regelungen mit den Kostenträgern zu den Leistungskomplexen sind.
- Es ist darauf zu achten, dass die Nutzung von Verfahrensanweisungen **nicht** dazu führt, dass die individuellen **Wünsche und Bedürfnisse** der pflegebedürftigen Person im Maßnahmenplan **nicht mehr berücksichtigt** werden. Die Dokumentation individueller Ausprägung von Maßnahmen **im Einzelfall** steht **nicht im Widerspruch** zu Verfahrensanweisungen.

Fachzeitschriften oder Fachbücher als Ersatz für Verfahrensanweisungen für Pflegeroutinen?

Es wird grundsätzlich angeraten, (eigene) Verfahrensanweisungen vorzuhalten und ggf. wie oben beschrieben zu überarbeiten sowie die Stellen- und Funktionsbeschreibungen damit in Bezug zu setzen. Dies trägt auch dazu bei, ein einrichtungsinternes Pflegeverständnis sicherzustellen und den Person-zentrierten Ansatz zu integrieren. Sollte lediglich Fachliteratur als Ersatz für Verfahrensanweisungen genommen werden, so reicht der alleinige Verweis auf diese Fachliteratur keinesfalls aus, um den Anforderungen im Rahmen des „Immer-so-Beweises“ zu entsprechen.

In diesem Fall bedarf es einer Verfahrensanweisung in der mindestens Folgendes geregelt ist: genaue Quellenangabe der Fachliteratur mit exakter Seitenangabe auf der die Ausführungen zu der entsprechenden pflegerischen Thematik zu finden sind und es muss immer die aktuellste Version der betreffenden Literatur zur Verfügung gestellt werden (Vorgabe im SGB XI zu „Pflege auf dem aktuellen Stand des Wissens“) und je nach Größe der Einrichtung eine entsprechende Anzahl an Exemplaren vorgehalten werden.

Die Verpflichtung, die Mitarbeitenden zu den Inhalten entlang dieser Literaturfundstellen zu schulen und den Nachweis hierüber zu erbringen bleibt bestehen. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Fachliteratur nicht unterscheidet, welche Leistung durch welche Qualifikationsstufe erbracht wird. Die Bedeutung der oben erwähnten Stellen- und Funktionsbeschreibungen im Rahmen der Organisationsverantwortung des Einrichtungsträgers bleibt daher, wie oben dargestellt, unberührt.

Ein ausschließliches Vorhalten von Fachliteratur als Ersatz für Verfahrensanweisungen wird daher eher nicht mehr empfohlen.

Das grundsätzliche zur „Verfügung stellen“ von Fachliteratur (elektronisch oder physisch), zur Aktualisierung des Wissens der Mitarbeitenden ist - unabhängig der obigen Ausführungen - unbedingt begrüßenswert und sollte fast selbstverständlich sein.

2.3. Element 3: Das Berichtblatt

Dem Berichtblatt kommt im Konzept des Strukturmodells eine wesentliche Funktion als **„Impulsgeber“ im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses** zu.

Dies setzt voraus, dass **alle**, die an der Versorgung beteiligt und in der Einrichtung angestellt sind (Pflege, Betreuung Therapeuten, ggf. auch Hauswirtschaft), **Zugang zum Berichtblatt in der Pflegedokumentation** und eine Berechtigung für Einträge in das Berichtblatt haben.

Dies dient der Vermeidung von Informationsverlusten und Doppeldokumentation und fördert die **berufsgruppenübergreifende Kommunikation** im Team. Das Berichtblatt ist ein zentrales **„Kommunikations- und Informationsmedium“** im Hinblick auf notwendige **Informationen untereinander** und zur tagesaktuellen Situation der Bewohner, der Tages- oder Kurzzeitpflegegästen oder der Klienten im ambulanten Versorgungsektor.

Veränderungen im Gesundheitszustand von pflegebedürftigen Personen sowie die Notwendigkeit **der Überprüfung** von geplanten Maßnahmen oder im Rahmen des Risikomanagements werden somit **frühzeitig** erkannt.

2.3.1. Funktion und Prinzipien des Berichtblatts

Was sind **mögliche Anlässe** für Eintragungen in das Berichtblatt?

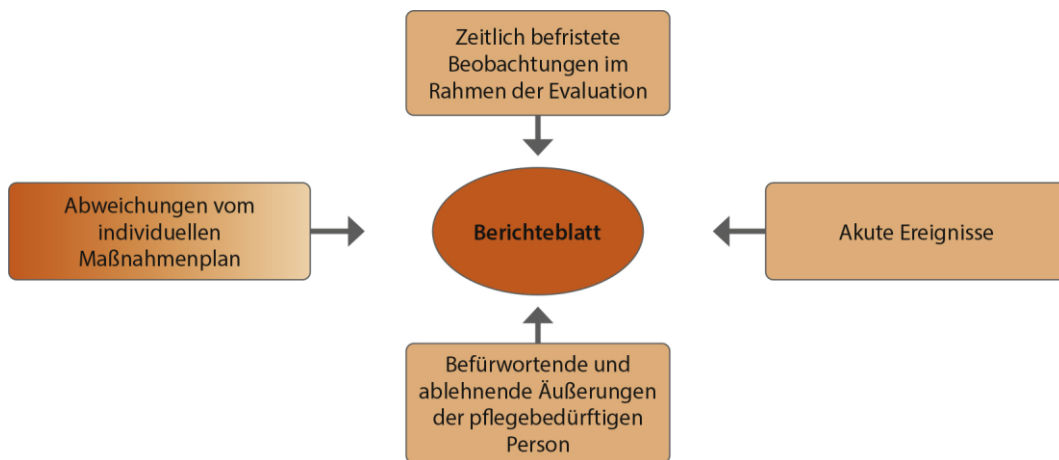
Insbesondere sind es **Abweichungen** vom Maßnahmenplan aber auch **akute Veränderungen** im Gesundheitszustand sowie deren Verlauf oder aktuelle **Ereignisse** (positive wie negative) im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung. Zum anderen Informationen im Rahmen von **befristeten Beobachtungen** (Evaluation oder vorläufig geplanter Maßnahmen).

Wünschenswerter Effekt: **Veränderungen** im Gesundheitszustand von pflegebedürftigen Personen, **sich anbahnende Krisen**, die Notwendigkeit **der Überprüfung** von geplanten Maßnahmen oder im Rahmen des Risikomanagements sowie möglicher **Handlungsbedarf**, werden **frühzeitig** erkannt.

Das Berichtblatt wird ebenso für Eintragungen von zeitlich befristeten Beobachtungen aus unterschiedlichen Anlässen z. B. zur Sammlung von weiteren Informationen zu Beginn eines pflegerischen Auftrags oder im Rahmen der Evaluation genutzt.

Mitarbeitende der **sozialen Betreuung** können das Berichtblatt nutzen, um Hinweise auf besondere **Situationen oder Reaktionen** der pflegebedürftigen Person zu geben, die im **Rahmen von Aktivitäten** aufgefallen sind und weitere **Beachtung finden sollten** u. a., weil sie wichtige **Informationen/ Erkenntnisse** liefern, die zum **besseren Verständnis** der Person beitragen (z. B. „positive Kontaktmomente“). Das gleich gilt für Mitarbeitende der **therapeutischen Fachberufe**, ggf. der Seelsorge oder andere beteiligte Berufsgruppen (s. hierzu auch Fußnote 53).

Abbildung 32: Inhalte mit Relevanz für die Nutzung des Berichtsblatts



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Alle Eintragungen sollten nachvollziehbar und eindeutig beschrieben sein. Im Wesentlichen beziehen sie sich auf:

- akute Ereignisse und ihrem Verlauf (z. B. ist gestürzt und wirkt verunsichert da sie Angst hat, erneut zu stürzen)
- positive oder negative Abweichungen von geplanten Maßnahmen, (z. B. lehnt die Maßnahme erneut ab oder ist heute erstmalig selbständig in den Speisesaal gegangen)
- zeitlich begrenzten Beobachtungen zur Wirkung von Maßnahmen (z. B. Interventionen zur Vermeidung von Sturzfolgen) oder zwecks Risikoabklärung (z. B. Orientierung in einer neuen Wohnumgebung direkt nach Einzug)
- besonderen Situationen und Ereignissen im Kontext von Wohlbefinden (Impulseinträge)



Impulsbeispiele:

... für ein akutes Ereignis:

Frau M. ist heute gestürzt, während sie selbständig versuchte sich die Schuhe anzuziehen. Sie gibt nach eigener Angabe keine Schmerzen an. Auf den ersten Blick auch keine veränderte Mobilität erkennbar.

... für eine Abweichung von einer Maßnahme:

Frau M. hat heute Nacht nicht gut geschlafen und wollte deshalb nicht duschen. Teilkörperwaschung am Waschbecken durchgeführt, lehnte Hautlotion ab. Möchte morgen duschen

... für einen Impulseintrag:

Herr K. lachte und scherzte heute Morgen während der Pflege, er hat Witze erzählt, haben herzlich zusammen gelacht“. Er scheint sich langsam einzuleben.

... für den Eintrag einer anderen Berufsgruppe:

Frau M. war heute aufgrund des Todestages ihres Mannes sehr traurig und nahm am Gruppenangebot nicht teil. Alternativangebot: Besuch der Hauskapelle, nahm sie sehr gerne an und freute sich, dass sie nicht allein war.

... für einen Eintrag der Hauswirtschaft:

Herr D. kommt seit zwei Tagen nicht mehr in den Speisesaal, möchte in seinem Zimmer essen, weil ihm die Toilette zu weit weg ist.

2.3.2. Das Berichtblatt in der Tagespflege

Das Berichtblatt als Informationsweitergabe von Veränderungen in der pflegerischen Versorgung hat hier eine besondere Bedeutung, da der Tagespflegegast nicht täglich in der Einrichtung ist.

Von besonderer Relevanz ist auch hier, dass das Berichtblatt tatsächlich von **allen, die an der Pflege, Betreuung beteiligt sind** genutzt wird und sie Zugang zum Berichtblatt in der Pflegedokumentation haben bzw. deren Hinweise und Informationen Eingang in das Berichtblatt finden. Dies betrifft insbesondere folgende Inhalte:

- **Tagesaktuelle** Hinweise von Betreuungspersonen zur Situation des Tagesgastes oder **speziellen Erlebnissen**, ggf. auch Informationen des Fahrdienstes (s. Beachte)
- Für die Pflege und Betreuung **relevante** tagesaktuelle **Hinweise** von (pflegenden) **Zu- oder Angehörigen** oder ggf. dem an der Versorgung beteiligten **ambulanten Pflegedienst**.
- Informationen zum **Therapieverlauf oder Wahrnehmungen externer Therapeuten**, die in der Tagespflege ihre Leistungen erbringen



Beachte

- Da tagespflegerische Angebote teils auch die Beförderung der Tagesgäste von der Wohnung in die Einrichtung und zurück umfassen, beginnt in diesem Fall die Betreuung bereits mit der Abholung des Tagesgastes.
- An der Schnittstelle zur Häuslichkeit werden häufig wichtige Informationen an die fahrende Person des Fahrdienstes übermittelt, deren Weitergabe an die Mitarbeitenden der Tagespflege von Bedeutung sind (s. Anlage 4 Formular Kommunikationsbogen).
- Daher ist in der Tagespflege ein Verfahren zu etablieren, das sicherstellt, wie pflege- und betreuungsrelevante und sonstige Informationen des Fahrdienstes an Mitarbeitende der Tagespflege weitergegeben und ggf. in das Berichtblatt eingetragen werden.

2.3.3. Das Berichtblatt in der Kurzzeitpflege

Grundsätzlich gelten für die Anwendung und Funktion des Berichtblatts in der Kurzzeitpflege dieselben Prinzipien wie für die vollstationäre Pflege, d.h. es werden die Abweichungen von den geplanten Maßnahmen und aktuelle Ereignisse dokumentiert wie oben ausgeführt. **Alle, die an der Pflege und Betreuung beteiligt sind nutzen das Berichtblatt für Eintragungen und haben Zugang zur Pflegedokumentation.**

Da die Kurzzeitpflege oft unter einem großen Zeit- und Entscheidungsdruck arbeitet, ist eine **zeitnahe Erfassung** und übersichtliche Darstellung von Veränderungen von besonderer Bedeutung. Insofern kommt dem Berichtblatt hier eine große Bedeutung zu. Je nach Zielgruppe (Urlaubspflege/KH Entlassung/sonstige akute Anlässe) sind mitunter gerade zu Beginn viele Einträge zur Abklärung vorläufig geplanter Maßnahmen notwendig. Häufig erfolgt zunächst eine Sammlung von Informationen im Berichtblatt zu der pflegebedürftigen Person da oft nur wenige Informationen (z. B. nach KH-Aufenthalt) bei der Aufnahme vorliegen.



Beachte

- Eine rechtzeitige und strukturierte **Planung der Entlassung** in den häuslichen Bereich, stellt insbesondere für Menschen mit Pflegebedarf, deren weiterer Verbleib nach der Kurzzeitpflege bei Aufnahme noch nicht geklärt ist, **einen wichtigen Aufgabenbereich der Kurzzeitpflege** dar.
- Aus diesem Grund wurde ein **Formular zur Unterstützung der internen Entlassungsplanung** entwickelt.
 - Damit eine Einführung dieses Formulars gelingt, ist dies im Rahmen des internen QM zu klären und zu organisieren. Perspektivisch kann dieses Formular fester Bestandteil der Pflegedokumentation werden.
 - Ein **Muster für dieses strukturierte Formular** zu relevanten Informationen im Hinblick auf die Entlassungsplanung in der Kurzzeitpflege, findet sich in der Anlage (s. Anlage 3).

2.3.4. Herausforderungen im Umgang mit dem Berichtblatt

Im Folgenden sind B. im Hinblick auf die Übersichtlichkeit, unnötigen oder erhöhten Dokumentationsaufwand) aufgeführt:

- Eintragungen ohne Aussagekraft (z. B.: „alles wie immer“, „keine besonderen Vorkommnisse“).
- Verläufe (Konsequenzen) im Rahmen von aktuellen Ereignissen sind nicht nachvollziehbar.
- Durchführungsnachweise von Routinemaßnahmen (z. B. „Bewohner wurde geduscht“, Medikamente wurden verabreicht), dadurch Überfrachtung des Berichtblattes mit Selbstverständlichkeiten, welche bereits aus dem Maßnahmenplan hervorgehen.

- Tagesaktuelle Eintragungen (z. B. Fieber) ohne Konkretisierung des weiteren Handlungsbedarfes (z. B. welche Maßnahmen/ Hinweise für die Folge-dienste) sowie die Darstellung des weiteren Verlaufs.
- Zusätzliche Eintragungen zu Medikamentenänderungen nach Arztvisiten, obwohl dies bereits an anderer Stelle (z. B. im Medikamentenblatt) dokumentiert wurde.
- Fehlender Verweis zu Eintragungen aus Fallbesprechungen oder Pflegevisiten.

2.3.5. Interne Regelungen: Berichtblatt

 Es bedarf klarer **Vorgaben des Qualitätsmanagements** in denen beschrieben wird, wie das Berichtblatt in der Einrichtung, entlang der Prinzipien im Strukturmodell, genutzt wird. Wer hat z.B. Einblick und darf Eintragungen vornehmen (Berücksichtigung des Datenschutzes)? Dazu gehört auch, dass **alle** Mitarbeitenden in der Anwendung des Berichtblatts geschult sind und die wesentlichen Bestandteile zur Dokumentation mit dem Strukturmodell kennen.

Das Pflege- und Qualitätsmanagement legt zudem fest, in welchen zeitlichen Abständen bei **stabilen Pflegeverläufen**, wenn kaum Einträge im Berichtblatt über einen längeren Zeitraum zu finden sind, ein Gespräch mit der pflegebedürftigen Person geführt wird, um eine (erneute) Bestätigung der Versorgungssituation im Einvernehmen mit der pflegebedürftigen Person zu dokumentieren.

Die Eintragungen im Berichtblatt können zudem wertvolle Hinweise zur Evaluation einzelner Maßnahmen oder einer notwendigen **Überprüfung des bestehenden Pflegegrads** der pflegebedürftigen Person geben. Das Berichtblatt kann insofern auch mit Blick auf das interne **Pflegegradmanagement** genutzt werden. Hierzu sollte das Verfahren intern geregelt sein.

2.3.6. Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Berichtblatt

Im Abschnitt Maßnahmenplan wurde auf die Bedeutung von Verfahrensanweisungen im Zusammenhang mit dem Wegfall **von Durchführungsnachweisen** hingewiesen. Im Folgenden wird erläutert, welche **Ausnahmen** es aus **juristischer Sicht** zu diesem Vorgehen gibt.

Der Wegfall von Durchführungsnachweisen (vollstationär/ Tages- und Kurzzeitpflege)

Das Berichtblatt dient im Strukturmodell der Beschreibung von Abweichungen und akuten Ereignissen und ggf. Anlässen der Evaluation. D. h. es muss **nicht** jedes Mal dokumentiert werden, dass die regelhaft wiederkehrenden (geplanten) Maßnahmen der Pflege und Betreuung **durchgeführt** wurden. Es ist **lediglich die Abweichung** davon **zu dokumentieren**.

Für die **ambulante** Pflege ist der **Wegfall von Einzelleistungsnachweisen**, wegen der anders gestalteten Leistungs- und Vergütungsregelungen und der vertraglichen Regelungen zwischen der pflegebedürftigen Person und dem Pflegedienst zur Leistungserbringung, **nicht** möglich. D.h. der dokumentierte Nachweis der Leistungserbringung wird zu **Abrechnungszwecken immer** benötigt.

Zudem gibt es einige wenige Ausnahmen in der ambulanten, stationären und teilstationären Pflege:

Weiterhin notwendige Durchführungs- und Einzelleistungsnachweise bei

- Ärztlichen Anordnungen **zur Behandlungspflege** in der ambulanten, stationären und teilstationären Pflege gem. SGB XI.
- **Zusätzliche Betreuungsleistungen** in der ambulanten Pflege gem. § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) zur Abrechnung mit den Pflegekassen.
- Abzeichnung von **Positionswechseln im Bewegungs- und Lagerungsprotokoll** bei vorliegendem Dekubitusrisiko⁶⁶.
- Im Einzelfall, **bei individuell festgelegten Maßnahmen** im Rahmen des Risikomanagements.

2.3.7. Exkurs: Der „Immer so Beweis“ – Funktion und Voraussetzungen

Eine Verschlankung der Pflegedokumentation ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Die folgenden Ausführungen hierzu, sind den **Empfehlungen des juristischen Expertenkreises** entnommen, der die Entwicklung des Strukturmodells und Anforderungen an die Pflegedokumentation aus unterschiedlicher rechtlicher Perspektive begleitet und in der **sog. „Kasseler Erklärung“** dazu Stellung genommen hat (s. Anlage 5). Hierbei wurde der Begriff des sog. **„Immer so Beweise“** eingeführt und wie folgt zur praktischen Umsetzung konkretisiert:

Die **erste Voraussetzung**, um auf das Abzeichnen einzelner regelhaft wiederkehrender Maßnahmen zu verzichten ist,

- dass Verfahrensanweisungen (s. Abschnitt Maßnahmenplan) vorliegen, welche die wesentlichsten regelhaft wiederkehrenden Pflege- und Betreuungsmaßnahmen beschreiben und in denen festgelegt ist, wer zur Durchführung berechtigt ist.
- Diese Verfahrensanweisungen beschreiben nachvollziehbar das übliche Vorgehen dieser Leistungen und sind allen Mitarbeitenden zugänglich.
- Diese Verfahrensanweisungen in Kombination mit dem aktuellen Maßnahmenplan **bilden eine Säule für den sogenannten „Immer-so-Beweis“**.

⁶⁶ Hinweis für die ambulante Pflege: Das Abzeichnen u. die Dokumentation des Lagerungswechsels erfolgen nur im Rahmen des Einsatzes durch den Pflegedienst und bezogen auf die vereinbarten Leistungen. Eventuell (wenn möglich) Beratung der An- oder Zugehörigen, wenn diese zusätzlich Lagerungen/Positionswechsel bei der pflegebedürftigen Person vornehmen. Dokumentation dieser Beratung im Berichtblatt.

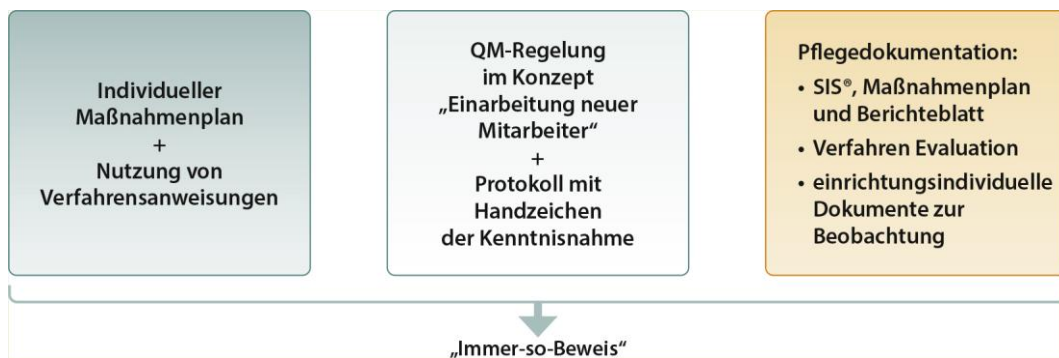
Die **zweite Voraussetzung** ist,

- eine einheitliche Regelung im Qualitätshandbuch, wie die Verfahrensanweisungen den Mitarbeitenden bekannt gemacht werden.
- Neben der Berücksichtigung im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeitende, ist ein schriftlicher Nachweis zu führen. Hierin bestätigen diese, dass sie die Verfahrensanweisungen gelesen und zur Kenntnis genommen hat. Dies verpflichtet zur Umsetzung bei der Versorgung pflegebedürftiger Personen.
- Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung dieser Leistungen sind in den Stellen- oder Funktionsbeschreibungen geregelt.
- Das Vorhandensein aktueller **Verfahrensanweisungen** und die protokollierte zur Kenntnisnahme sind die **weitere Säule in der Führung des sog. „Immer-so Beweises“**.

Die **dritte (grundlegende) Voraussetzung** ist,

- Die aktuelle individuelle Pflegedokumentation mit den Bestandteilen Strukturierte Informationssammlung (SIS®), dem individuellen Maßnahmenplan, dem Berichtsblatt mit Abweichungen zum MP und das Verfahren der individuellen Evaluation z. B. zur Überprüfung von Maßnahmen.

Abbildung 33: Grafische Darstellung der drei Säulen des „Immer-so-Beweis“



Quelle: EinSTEP Projektbüro

2.4. Element 4: Die Evaluation

Die Evaluation (vierter Schritt im Pflegeprozess) erfolgt im Strukturmodell im Zusammenhang mit **der SIS®, dem Maßnahmenplan oder dem Berichteblatt** aus ganz **unterschiedlichen Anlässen**. Im Strukturmodell gewinnt die Evaluation durch die Entscheidung, sich von dem Prinzip schematischer Routinen zugunsten eines anlassbezogenen Vorgehens zu lösen, an Bedeutung, **erfordert aber Übung**.

Fachlichkeit, Fall- oder Bewohnerbesprechungen und die Beratung im Team sind Voraussetzung für **ein individuell ausgerichtetes Vorgehen** entsprechend des Person- zentrierten Ansatzes. Insgesamt gewinnt die Evaluation für die pflegerische Praxis wie folgt an Bedeutung:

- Die Beschränkung auf Abweichungen und akute Ereignisse im Berichteblatt zeigt frühzeitig an, wann es notwendig ist, einen Evaluationsprozess anzustoßen.
- Individuelle und befristete Zeiträume einer Evaluation gewährleisten die kurzfristige Überprüfung der Wirksamkeit von bestehenden oder veranlassten Maßnahmen und eine zeitnahe Reaktion (Auswertung) im Hinblick auf einen (möglichen) Anpassungsbedarf.
- Mit einem geänderten Maßnahmenplan sind die Ergebnisse der Evaluation für alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten rasch nachvollziehbar.
- **Die Pflegedokumentation ist im Ergebnis in sich stimmig und es liegt eine tagesaktuelle Maßnahmenplanung vor.**

2.4.1. Anlässe zur individuellen Evaluation und Steuerung des Pflegeprozesses

Im Konzept des Strukturmodells ist die Evaluation in der Regel anlassbezogen und nur von wenigen fest **definierten Evaluationsdaten** (z. B. Pflegevisiten, Verfahren bei stabilen Pflegeverläufen, Gewichtserhebung⁶⁷) gesteuert. Das reguläre Vorgehen ist also dynamisch und wird somit fester Bestandteil pflegerischen Handelns im Alltag.

Schematische Routinen (z.B. im Umgang mit Trink- und Essprotokollen) oder einer zeitlich regelhaft festgelegten Wiederholung der Risikoeinschätzung (z.B. mittels eines standardisierten Instruments), wie sie zum Teil in der Praxis immer noch (oder wieder) vorzufinden sind, kosten viel Zeit, führen zu unnötigem Dokumentationsaufwand und sind fachlich nicht zu begründen.

Im Konzept des Strukturmodells ist deshalb für Evaluationsereignisse, das individuell und anlassbezogene Vorgehen etabliert. **Dies deckt sich mit den Empfehlungen für ein fachlich adäquates Vorgehen, wie es beispielsweise in den Expertenstandards des DNQP beschrieben wird.**

⁶⁷ Gewichtserfassungen sind i.d.R. aufgrund der Indikatorenerhebung in der vollstationären Pflege mind. halbjährig erforderlich; Ausnahme: die pflegebedürftige Person lehnt dies ab.

**Beachte**

- Der Anstoß für eine Evaluation kann sowohl durch eine eigenständige Entscheidung der Pflegefachperson ausgelöst werden als auch im Rahmen von Übergaben, Fallbesprechungen oder Pflegevisiten. Eine schematisch festgelegter Evaluationszeitraum ist im Strukturmodell nicht erforderlich.
- Die Einbindung der pflegebedürftigen Person (oder der An- und Zugehörigen) ist dabei ein zentrales Anliegen (Person-zentrierte Pflege).

Die Evaluation ist im Strukturmodell eng mit der Funktion des Berichtsblatts verbunden (s. Pkt. 2.3.). Ganz gleich, ob eine Evaluation aus der SIS® oder bei der Maßnahmenplanung oder durch Eintragungen im Berichtsblatt selbst ausgelöst wird, stets ist das **Berichtsblatt das zentrale „Informationsmedium“ für alle Beteiligten und der „Impulsgeber“ für die Steuerung des Pflegeprozesses durch die Pflegefachperson.**

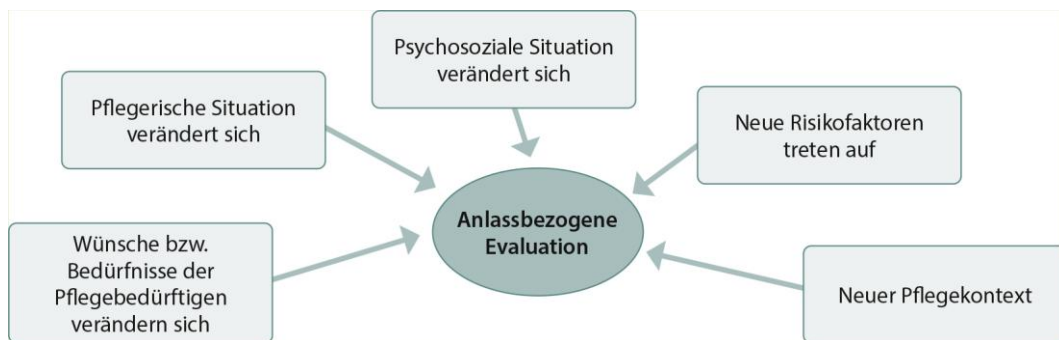
**Beachte**

- Die zeitnahe Evaluation bedeutet (eventuell) ein Umdenken der Pflegeeinrichtungen bezüglich **der Zuständigkeit im Pflegeprozess**. In der täglichen Praxis muss gewährleistet (ggf. geregelt) sein, dass stets die **diensthabende Pflegefachperson die anlassbezogene Evaluation durchführt.**

Die Evaluation nimmt bei der Steuerung des Pflegeprozesses eine wichtige Funktion ein. Evaluationsdaten beziehen sich im Einzelfall auf:

- eine eng befristete Beobachtung zur endgültigen Festlegung von Maßnahmen im Maßnahmenplan bei unklarer Ausgangslage **zu Beginn** eines Versorgungsauftrags
- festgelegte Maßnahmen (befristet oder dauerhaft) im Rahmen des **Risikomanagements**
- **akute Ereignisse** (z. B. gesundheitliche Einbrüche, Krisen) oder einen **schleichenden Prozess** der Veränderung sowie ggf. einen zeitnahen Handlungsbedarf
- die **Überprüfung der Wirkung** von Maßnahmen im Versorgungsverlauf im Rahmen der Pflege- und Betreuung.
- der Erprobung individuell (zeitlich begrenzter) „Maßnahmenbündel“ (z. B. Anleitung, Schulung) zum Erhalt der Selbständigkeit oder dem Wiederlangen von Fähigkeiten.
- die Festlegung eines **fixen Zeitpunkts** (Dauer) bei **stabilen Pflegesituationen** im Fall von längeren Zeiträumen ohne Eintragung im Berichtsblatt.

Abbildung 34: Faktoren für eine anlassbezogene Evaluation

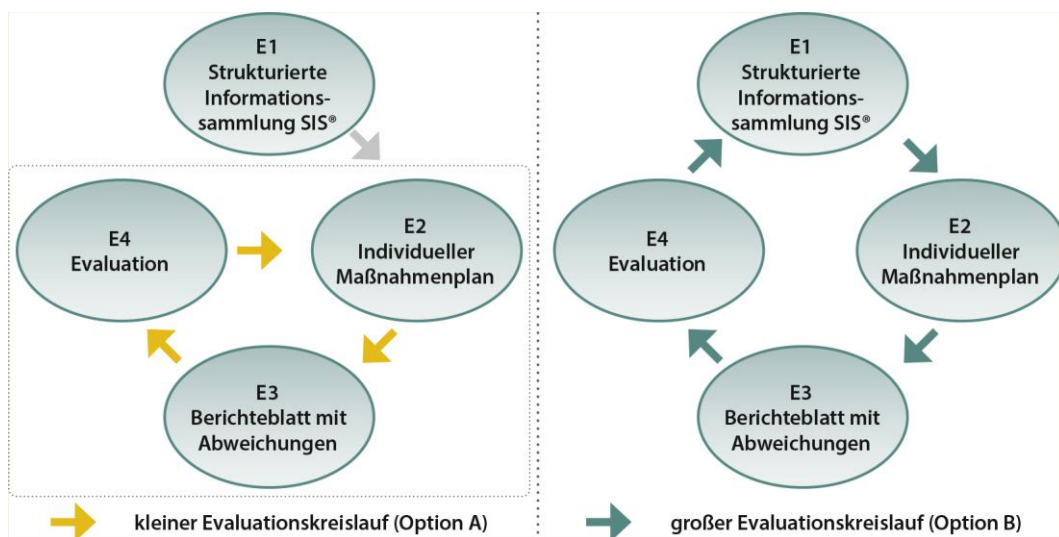


Quelle: EinSTEP Projektbüro

2.4.2. Das Prinzip „kleiner und großer Evaluationskreis“ im Strukturmodell

Der Pflegefachperson stehen für eine Evaluation und zur Dokumentation der Veränderungen, die sich aus einer Evaluation ergeben zwei Optionen zur Verfügung: **der kleine oder große Evaluationskreis**. Es bietet sich an, diese Optionen einrichtungsintern zu beschreiben⁶⁸. Die folgenden Grafiken skizzieren die beiden Optionen der Evaluation:

Abbildung 35: Grafische Darstellung „Kleiner und Großer Evaluationskreis“



Quelle: EinSTEP Projektbüro

⁶⁸ z.B. im Qualitätshandbuch oder in Form einer Verfahrensanweisung

Die Option A (kleiner Evaluationskreis) stellt im pflegerischen Alltag eher die Regel dar:



Beispiele:

- Die Evaluation aus den Erkenntnissen im Berichtblatt ergab, dass nur eine oder einige Maßnahme(n) anzupassen sind und die Situation der pflegebedürftigen Person in wesentlichen Aspekten gleichgeblieben ist.
 - D. h., der größte Teil der geplanten Maßnahmen kann nach Einschätzung der Pflegefachperson weiterhin wie geplant durchgeführt werden.
- Eine Evaluation wird kurz nach Beginn des Pflegeauftrages notwendig, da aus der Erfassung relevanter pflegerischer Bedarfe mit der SIS®, sich beispielweise die Notwendigkeit einer Beobachtungsphase ergab, um weitere Informationen für die Maßnahmenplanung zu erhalten.
 - z. B. ist noch unklar, wie sich die Orientierung einer pflegebedürftigen Person in Kombination mit kognitiven Einschränkungen (TF) im neuen Lebensort gestaltet.
 - Hierzu werden im Berichtblatt für einen festgelegten Zeitraum Beobachtungen und Informationen von allen Beteiligten dokumentiert.

Mit Hilfe des kleinen Evaluationskreises kann bei der Auswertung geklärt werden, ob die Beobachtungen weiterführende Erkenntnisse erbracht haben und welche weiteren Schritte für die Maßnahmenplanung daraus abzuleiten sind.

Der Maßnahmenplan wird in beiden Fällen in Absprache mit der pflegebedürftigen Person und ggf. den An- und Zugehörigen entsprechend geändert. Eventuell wird im zweiten Beispiel vor Initiierung dieser Änderung noch eine Fallbesprechung geplant.



Beachte

- Dieses Vorgehen ist immer eine anlassbezogene **Entscheidung der Pflegefachperson** bezogen auf den **Einzelfall** und kann **nicht** durch standardisierte Vorgaben der Einrichtung festgelegt werden.

Die Beispiele zeigen, dass das Berichtblatt bei der Option A ein wichtiges **Steuerungsinstrument** zwischen Maßnahmenplan und Evaluationsereignissen ist. Im Ergebnis kann es sein, dass die Einschätzungen in der SIS® mit der aktuellen Situation - wie sie im Berichtblatt bzw. dem Maßnahmenplan beschrieben sind - nicht mehr in allen Punkten übereinstimmt (kann unterschiedliche Felder der SIS® incl. Matrix betreffen).

Auf keinen Fall ist es fachlich notwendig, regelhaft bei jeder **Veränderung des Maßnahmenplans** auch **die SIS® zu ändern**. Dies würde dem **Kerngedanken des Strukturmodells** und den Prinzipien einer schlanken Pflegedokumentation sowie der Funktion der Evaluation im Strukturmodell **zuwiderlaufen**.



Impulsbeispiel für den kleinen Evaluationskreislauf

„Frau M. leidet seit Jahren unter einer Harninkontinenz und trägt seit längerem Slipeinlagen. Im Laufe der Zeit ist ihre Inkontinenz weiter fortgeschritten. Im Rahmen eines Beratungsgesprächs mit der Pflegefachperson wurde deutlich, dass eine Anpassung des Inkontinenzproduktes notwendig ist. Nach Dokumentation des Beratungsgesprächs im Berichtblatt erfolgt eine Anpassung der Maßnahmenplanung durch die PFP.“

Die Option B (großer Evaluationskreis) stellt im pflegerischen Alltag nicht die Regel dar.

Bei gravierenden Veränderungen (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer (fortlaufenden) deutlichen Verschlechterungen im Allgemeinzustand kann eine (grundlegende) Neuausrichtung der Versorgung erforderlich werden (und z. B. in der ambulanten Pflege eine neue Leistungsvereinbarung erfordern).

D. h. es wird eine **erneute Situationseinschätzung** auf der Grundlage eines Gesprächs mit der pflegebedürftigen Person (je nach Situation auch mit den An- und Zugehörigen) **entlang der SIS®** (alle Felder) und einer darauf aufbauenden Verständigung notwendig. Daraus ableitend wird ein **neuer** (oder in erheblichem Umfang) **aktualisierter Maßnahmenplan** erstellt.



Impulsbeispiel für den großen Evaluationskreislauf

„Herr M. war bisher immer selbstständig. Nach einem Krankenhausaufenthalt und der Diagnose „Schlaganfall mit starken Lähmungserscheinungen“ kommt Herr M. zurück in die Pflegeeinrichtung. Sein Zustand hat sich in vielen pflegerischen Bereichen und dem Hilfebedarf sehr verschlechtert. Es erfolgt ein erneutes Gespräch entlang der SIS®, (inkl. Feld B u. der Matrix). Danach konnten neue (angepasste) pflegerischen Maßnahmen abgeleitet und der Maßnahmenplan (ggf. einschließlich Grundbotschaft) im Hinblick auf die veränderte Situation überarbeitet werden.“

2.4.3. Herausforderungen im Umgang mit der Evaluation

Aus der Praxis ist bekannt, dass es (anfänglich) verunsichert, dass das Konzept des Strukturmodells fachliche Ermessensspielräume für die Pflegefachperson im Rahmen der Evaluation (s. oben) vorsieht, insbesondere zur Anwendung der Option A oder B und zum differenzierten Verfahren einer „vertiefter Einschätzung“.

Das Prinzip einer vertieften (pflegefachlichen) Einschätzung ist im Rahmen der Evaluation im Strukturmodell nicht neu; „neu“ ist aber der Begriff. Bisher wurde in den Schulungsunterlagen im Zusammenhang mit der SIS® der Begriff „Initialassessment“ („Ersteinschätzung“) und im Kontext der Evaluation der Begriff „Differentialassessment“ verwandt.

Um bestehende oder zukünftige **Missverständnisse zu vermeiden**, die immer wieder im Zusammenhang mit den Begriffen „Screening“ und „Assessment“ entste-

hen (in der Praxis häufig missverstanden als gleichbedeutend mit dem Einsatz eines Screening- bzw. Assessmentinstruments), werden in Anlehnung an die Empfehlungen in den Expertenstandards des DNQP in den Schulungsunterlagen von EinSTEP 3.0 die Begriffe „erste Einschätzung“⁶⁹ und „vertiefte Einschätzung“ verwandt.

Erläuterungen zum Verständnis dieser Begriffe und eine Definition im Sinne eines einheitlichen fachlichen Verständnisses zur Anwendung, finden sich unter der Rubrik „Exkurs“ am Ende dieses Abschnitts (s. Pkt. 2.4.4.1).

Im Folgenden wird aber zunächst das grundsätzliche Vorgehen im Rahmen von Evaluationsprozessen sowie im Hinblick auf den Entscheidungsspielraum der Pflegefachperson schrittweise erläutert. Anhand eines Ablaufschemas (Flussdiagramm) wird diese „strukturierte Entscheidungshilfe“ grafisch dargestellt.

2.4.4. Das Prinzip der „vertieften Einschätzung“ bei unklaren Situationen

Nachdem in der SIS® eine erste (oder wiederholte) fachliche Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person und dem Handlungsbedarf erfolgt ist, müssen im Rahmen der Maßnahmenplanung nun ggf. unklare Ausgangslagen abgeklärt werden, um weitere fachliche Entscheidung(en) für die Erstellung des Maßnahmenplans treffen zu können.

Zur Sicherstellung der Versorgung wird am Tag der Aufnahme/des Einzugs - entlang der vorhandenen Informationen - ein (erster) vorläufiger Maßnahmenplan erstellt und die Pflegefachperson legt fest, wie und wodurch die „Informationsgrundlage“ für ihre weiteren fachlichen Entscheidungen z. B. im Rahmen des Risikomanagements oder zum Umgang mit einem bestimmten Verhalten oder zur Nutzung von Hilfsmitteln oder zur Abklärung vorhandener Fähigkeiten durch eine **vertiefte Einschätzung** weiter geklärt („vertieft“) werden kann.

Eine **vertiefte Einschätzung**, kann je nach Situation z.B. sein:

- ein **gezielter Beobachtungszeitraum** (kann in Art und Umfang sehr unterschiedlich sein)
- die Hinzuziehung **weiterer Fachexpertise** (intern oder extern)
- der Einsatz eines **standardisierten Instruments** (hierfür stellt die Einrichtung geeignete Instrumente zur Verfügung).

Eine vertiefte Einschätzung ist immer **zeitlich begrenzt** und führt je nach Anlass zu **unterschiedlichen Arten der „Datensammlung“**. Dies können z. B. Ess- oder Trinkprotokolle sein, oder die Anweisung, bestimmte Beobachtungen in jeder Schicht oder bei jedem Hausbesuch von den Beteiligten im Berichtblatt zu dokumentieren, die Hinzuziehung eines internen oder externen Experten oder der Einsatz eines für die jeweilige Situation geeigneten „standardisierten Instruments“.

⁶⁹ Hinweis: Dies betrifft sowohl die Situation zu Beginn eines Versorgungsauftrags als auch eine Einschätzung im Verlauf der Pflege und Betreuung.

Bei der Entscheidung zu Letzterem, würden ggf. sofort Daten zum weiteren Vorgehen in der Maßnahmenplanung vorliegen, sofern die Situation dadurch abgeklärt werden konnte. (Es kann aber auch sein, dass das Ergebnis nicht mit der fachlichen Einschätzung der Pflegefachperson zur Situation der pflegebedürftigen Person übereinstimmt; s. Pkt. 2.1.6 „Betrachtung der Pflegesituation im Zusammenhang von individuell relevanten pflegerischen Sachverhalten“).

Von der Pflegefachperson werden am Ende des Evaluationszeitraums im Rahmen einer Beobachtung die gesammelten Daten und Berichtseinträge ausgewertet und es erfolgt ggf. eine kurze **Fallbesprechung im Team**. Nun wird entschieden, wie weiter verfahren werden soll.

Je nach **Ergebnis** der Evaluation gibt es **folgende Möglichkeiten**:

- die Evaluation hat ergeben (1), dass die **vorläufig** festgelegten Maßnahmen im MP **bestätigt** wurden und nun **beibehalten** werden können
- die Evaluation hat ergeben (2), dass die vorläufig festgelegten Maßnahmen im MP **angepasst werden müssen** oder eine **andere** Maßnahme notwendig ist
- die Evaluation hat ergeben (3), dass die **Situation weiter unklar** ist (und in einer weiteren „Evaluationsschleife“) **erneut** eine vertiefte Einschätzung z. B. in Form eines standardisierten Instruments oder einer weiteren Phase der Beobachtung erfolgen muss.

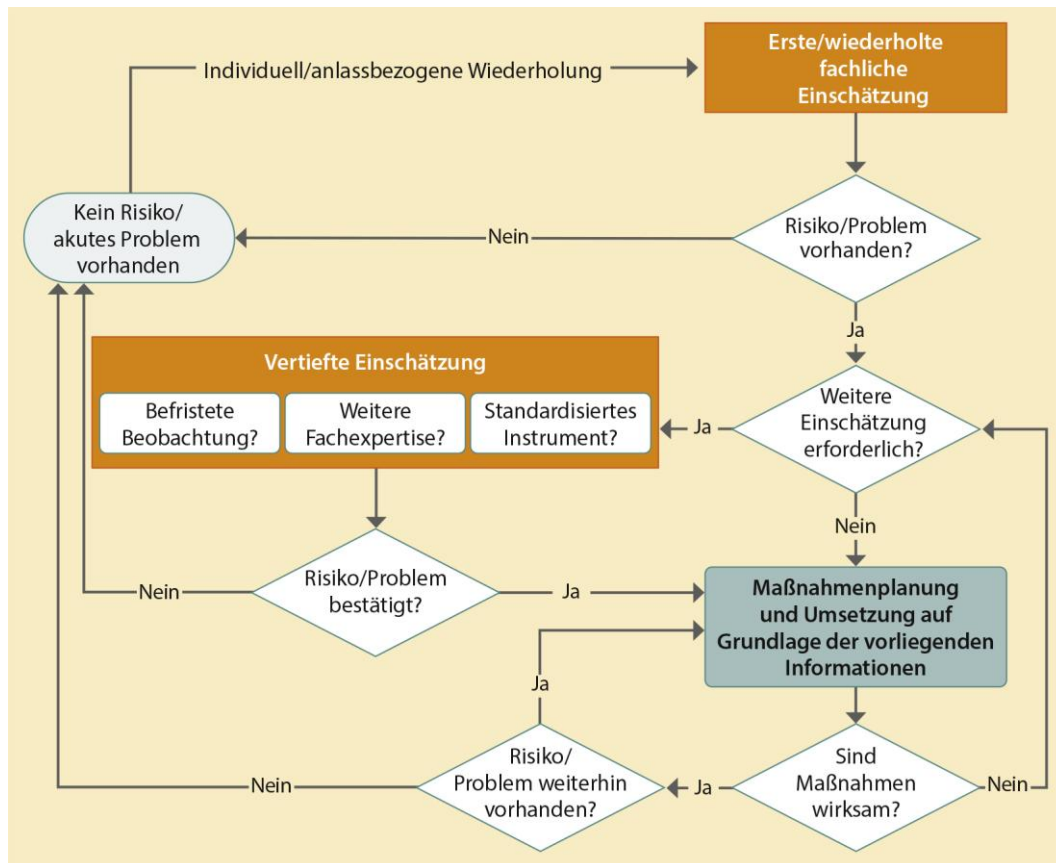


Beachte

- Mitunter ist es **in diesem Fall** erforderlich **vorsorgliche Maßnahmen** festzulegen, weil ggf. von einem **erhöhten Risiko** ausgegangen werden muss, bis eine **genauere Situationseinschätzung** vorliegt.

Die folgende Abbildung (Ablaufschema) stellt das beschriebene Vorgehen und die Varianten der Entscheidungen im Überblick dar.

Abbildung 36: Prinzip der **vertieften Einschätzung** für weitere Erkenntnisse im Rahmen der Risikoeinschätzung - zu Beginn und im Verlauf



Quelle: EinSTEP Projektbüro⁷⁰

Dieses systematische Vorgehen ist immer dasselbe und kann für ganz unterschiedliche Evaluationsanlässe zur Ergebnissicherung des Versorgungsverlaufs angewandt werden. D. h. aber auch, dass der Zeitraum der Evaluation variieren kann, je nachdem wie schnell eine pflegerische Maßnahme wirkt (z. B. im Kontext von Anleitung) oder ob eine erneute „Evaluationsschleife“ wegen unbefriedigender Ergebnisse durchgeführt werden muss.

Es kann durchaus sein, dass im Anschluss einer zeitlich begrenzten Beobachtungsphase (Berichtsblatt), sich die Notwendigkeit ergibt, eine differenzierte Bewertung mit Hilfe eines „standardisierten Instruments“ vorzunehmen.

Je nach Ergebnis der vertieften Einschätzung zeigt ein kurzer Blick in die zuletzt hinterlegte SIS®, ob es ausreicht die Änderungen ausschließlich in dem Maßnahmenplan abzubilden.

⁷⁰ Auf Basis eines Entwurfs des und in Abstimmung mit dem DNQP

Das beschriebene Vorgehen ist insbesondere auch eine Hilfestellung für fachliche Entscheidungen bei der Maßnahmenplanung, wenn in **der Matrix die Kategorie „weitere Einschätzung erforderlich“ mit „Ja“** in einer Spalte angekreuzt wurde.

Beispiel

Vertiefte Einschätzung bei Anwendung des **kleinen Evaluationskreises** im Kontext der Matrix

- ... es wird evaluiert **welche Erkenntnisse** eine zeitlich befristete Maßnahme lieferte (wie z.B. Beobachtung des Schmerzempfindens für drei Tage ab Aufnahme in einer stationäre Pflegeeinrichtung, dokumentiert im Berichtblatt).
- ... evaluiert wird in diesem Fall, **ob es notwendig** ist: (a) weitere Informationen zu erheben (z.B. standardisiertes Instrument wie das NRS⁷¹); (b) weitere Fachexpertise (z.B. Neurologin) hinzuzuziehen **oder** (c) reichen die Erkenntnisse der Beobachtung aus und es sind keine weiteren Schritte notwendig.

Fazit: der kleine Evaluationskreis ist auch relevant mit Blick auf die Einschätzung in der Matrix inkl. Bewertung initiiertter Maßnahmen unmittelbar nach Erstellung der SIS®.

2.4.4.1. Exkurs: Definition von Begrifflichkeiten zum Vorgehen im Rahmen der Evaluation

 Die folgenden Ausführungen dienen der Erläuterung von Begrifflichkeiten zu einem einheitlichen Verständnis von Verfahren, wie sie (auch) im Strukturmodell im Zusammenhang mit der Evaluation oder dem Risikomanagement genutzt werden. Dies erfolgt in Anlehnung an die Empfehlungen in den Expertenstandards des DNQP. Die Zuordnung der bisher vielfach verwandten englischen Begriffe ist zur Erläuterung und Orientierung in Klammern zusätzlich noch beigelegt.

Erste Einschätzung/Ersteinschätzung (Screening)

Eine erste Einschätzung ist eine erste fachliche Beurteilung, ob bei einer pflegebedürftigen Person ein bestimmtes Risiko/Problem im Zusammenhang mit pflegerisch relevanten Sachverhalten vorliegt. Dies erfolgt zunächst auf der Grundlage der Fachlichkeit der Pflegefachperson zu Beginn eines pflegerischen Auftrags oder im Verlauf der Versorgung, ohne den Einsatz eines Einschätzungsinstruments. Häufig wird hierfür der gleichbedeutende englischsprachige Begriff *Screening* verwendet. (Im Strukturmodell geschieht das z.B. zu Beginn mit dem Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®)).

⁷¹ Hinweise und Empfehlungen zum Vorgehen bei der Einschätzung von pflegerisch relevanten Risiken/Problemen werden in den Expertenstandards beschrieben (<https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>).

Vertiefte Einschätzung (Assessment)

Eine vertiefte Einschätzung ist eine weitergehende systematische Beurteilung eines Risikos/Problems, z. B. durch eine zeitlich befristete Beobachtung, die Hinzuziehung weiterer Expertise oder anhand von bestimmten Kriterien bzw. den Einsatz eines standardisierten Instrumentes

Oftmals wird hierfür der gleichbedeutende Begriff „Assessment“ verwendet. Im pflegerischen Alltag wird der Begriff „Assessment“ häufig mit dem Einsatz eines standardisierten Instruments gleichgesetzt (s. u.). Ein Assessment stellt jedoch lediglich das Vorgehen einer vertieften Einschätzung dar und nicht den Einsatz eines Einschätzungsinstrumentes.

Standardisiertes Instrument/Einschätzungsinstrument (Assessmentinstrument)

Einschätzungsinstrumente ermöglichen die Beurteilung eines Risikos/Problems in standardisierter Form, indem hierbei immer die gleichen Kriterien/Fragen herangezogen werden. Zu einigen pflegerisch relevanten Themen liegen Einschätzungsinstrumente vor, z. B. zum Schmerz oder zur Ernährung. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass Einschätzungsinstrumente eine pflegfachliche Einschätzung lediglich unterstützen, diese aber nie ersetzen können, da sie eine Problemlage lediglich vereinfacht und reduziert abbilden.

2.4.5. Einzelthemen für Anlässe zur Evaluation**Evaluation von Vereinbarungen im Rahmen eines Verständigungsprozesses**

Im Zusammenhang mit dem Thema „Beratung“ in der ambulanten Pflege kann die Evaluation bei Vereinbarungen im Rahmen eines Verständigungsprozesses ein wichtiges Thema sein. Beratung kann z. B. im Rahmen von Angeboten der Risikominimierung oder bei einer instabilen familiären häuslichen Situation zur Anwendung kommen.

Nicht selten werden z. B. Unterstützungs- und Entlastungsangebote oder Vorschläge zur Veränderung der räumlichen Situation im Hinblick auf eine Sturzgefahr usw. zunächst abgelehnt. Diese (Erst-) Beratung wird dokumentiert und gleichzeitig legt die Pflegefachperson beispielsweise für eine oder zwei Wochen später ein Evaluationsdatum fest, um darauf noch einmal in einem Gespräch während des Einsatzes einzugehen und eventuell das entsprechende Angebot zu erneuern.

Gleiches gilt z. B. in der stationären Pflege, wenn die pflegebedürftige Person zunächst im Rahmen des Gesprächs entlang der SIS® eine Teilnahme an Angeboten der Betreuung o. ä. abgelehnt werden. Auch hierzu kann bei Abschluss der SIS® gleich ein Evaluationsdatum festgelegt werden, um diesen Punkt nicht aus den Augen zu verlieren und hierzu wieder ins Gespräch zu kommen. Ggf. konnte in der Zwischenzeit durch eine befristete Beobachtung herausgefunden werden, welche Angebote die pflegebedürftige Person bevorzugt oder was ihr Problem ist.

Evaluation bei grundlegender Änderung der persönlichen Perspektive der pflegebedürftigen Person (Feld B)

Die Informationen der pflegebedürftigen Person zu ihren Wünschen, Bedürfnissen und den persönlichen Perspektiven in der aktuellen Lebensphase, geben - im Sinne des Person-zentrierten Ansatzes - die Blickrichtung für die Maßnahmenplanung und die Beziehungsgestaltung in der Pflege vor (s. Pkt. 2.1.4.). Ändert sich die Perspektive der pflegebedürftigen Person aus unterschiedlichen Gründen (im Verlauf oder akutem Anlass) grundlegend zu den früheren Aussagen im Feld B und es gibt Anlass diese Aussagen zu überprüfen oder zu aktualisieren, sollte eine Evaluation gemäß des großen Evaluationskreises (Option B) durchgeführt werden. Es gilt über alle Aktivitäten und Lebensbereiche in den Themenfeldern einschließlich der Matrix zu überprüfen, inwieweit die bisherigen Maßnahmen etc. mit der veränderten Perspektive noch im Einklang stehen und den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person entsprechen.

Evaluation bei stabilen Pflegeverläufen

Für den Fall, dass eine pflegerische Situation bei einer pflegebedürftigen Person über einen längeren Zeitraum stabil ist und es (fast) keine Eintragungen im Berichtsbogen gibt, sollte vom Qualitätsmanagement ein Zeitpunkt für eine **routine-mäßige Evaluation** des **Maßnahmenplans** festgelegt werden. Ziel ist es, zum einen eine schleichende Veränderung nicht zu übersehen aber auch auf Fragen des (aktuellen) persönlichen Wohlbefindens einzugehen. So kann mit der pflegebedürftigen Person besprochen werden, ob individuelle Wünsche bestehen und Gewohnheiten weiterhin ausreichende Berücksichtigung finden (Person-zentrierter Ansatz). Je nach Ergebnis des Gesprächs müssen ggf. eine Eintragung im Berichtsbogen erfolgen oder sogar der Maßnahmenplan angepasst werden.

2.4.6. Interne Regelungen im Zusammenhang mit der Evaluation

 Das Vorgehen im Detail zur Steuerung des Pflegprozesses für die verschiedenen Evaluationsanlässe, insbesondere in welchen Situationen die SIS® neu erstellt oder überprüft werden soll, ist immer auch eine **einrichtungsinterne Entscheidung** des Pflege- und Qualitätsmanagements im Rahmen ihrer Organisationsverantwortung. Das jeweilige Vorgehen für beide Varianten (Option A und B) - bei der Aufnahme oder dem Einzug und im Versorgungsverlauf - muss in Form einer Entscheidungshilfe und unter den oben beschriebenen Maßstäben (s. Pkt. 2.4.2) geregelt und das Vorgehen geschult sein.

 **Impulsbeispiel für Eintragung einer regelhaft über das QM festgelegten Evaluation:**

„SIS® weiter aktuell, alle Maßnahmen werden gut angenommen, Fr. K. zeigt deutliche Anzeichen von Wohlbefinden, lächelt viel“.

Bei Anwendung des Strukturmodells kann ein bestimmtes Vorgehen zur Erneuerung der SIS® nicht im Rahmen von Prüfereignissen vorgegeben werden und ist

nicht Gegenstand von Qualitätsprüfungen (s. Kap. I). Entscheidend bei externen Qualitätsprüfungen⁷² ist, dass sich auf der Grundlage eines fachlich begründeten Vorgehens, die aktuelle Versorgungssituation und Situationseinschätzung zur pflegebedürftigen Person (Bedarf und Bedürfnisse) für alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten nachvollziehbar kurz und knapp in der Dokumentation darstellt.

**Beachte:**

- Hierbei sind **nicht einzelne** Dokumente **ausschlaggebend**, sondern es geht um die **Betrachtung der Gesamtsituation**. Die Betrachtung einzelner Dokumente lassen keinen Rückschluss auf den Pflegeprozess zu (sog. Fallbetrachtung, M. Roes 2014).

Zusätzlich können im Rahmen des kollegialen Fachgesprächs individuelle Entscheidungen im Vorgehen gemeinsam vertieft oder näher erläutert werden.

2.4.7. Evaluation in der Tagespflege

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

- In der Regel werden die SIS® Tagespflege und der daraus abzuleitende (vorläufige) Maßnahmenplan am Tag der Aufnahme, ggf. unter Hinzuziehung von Erkenntnissen aus einem Probetag und/oder Vorgesprächen, erstellt.
- An den nächsten Anwesenheitstagen, dies kann sich je nach Häufigkeit des Besuchs in der Tagespflege auf unterschiedliche Zeiträume beziehen, werden weitere Informationen im Berichtblatt gesammelt. Nach spätestens **vier Anwesenheitstagen** (ab Beginn des Pflegeauftrags) erfolgt eine Überprüfung der bisherigen Planungen durch die Pflegefachperson unter Berücksichtigung der Informationen von allen Beteiligten, die im Ergebnis eine Anpassung des vorläufigen Maßnahmenplans zur Folge haben kann (kleiner Evaluationskreis).
- Zeigen sich umfassende Abweichungen zur Einschätzung der pflegebedürftigen Person am Aufnahmetag, ist auch die SIS® zu überprüfen, bzw. anzupassen oder neu auszufüllen (großer Evaluationskreis). Dies stellt erfahrungsgemäß eher die Ausnahme dar.

Die **Evaluationen von Maßnahmen** in der Tagespflege umfasst auch die Vereinbarungen, die mit dem Tagespflegeaufenthalt seitens des Gastes und seiner An- und Zugehörigen angestrebt und in der SIS® festgehalten wurden. Insofern ist hierzu mit den An- bzw. Zugehörigen (oder auch dem ambulanten Pflegedienst) Rücksprache zu nehmen.

⁷² Medizinische Dienste der Länder/ Careproof, der Prüfdienst der Privaten / die Behörden des Ordnungsrechts

Kapitel III – Implementierung des Strukturmodells und Steuerung

1. Erfahrungen und Erkenntnisse

In diesem Kapitel sind die Erfahrungen aus der Implementierung des Strukturmodells (EinSTEP 2015-2017) in ambulanten, vollstationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie der Kurzzeitpflege aber auch die fortlaufenden Erkenntnisse der geschulten Multiplikatoren*innen der Verbände, unter zwei Aspekten zusammengefasst:

- Informationen und praktische Hinweise zu organisatorischen, personellen, sächlichen und fachlichen Voraussetzungen zur **Einführung des Strukturmodells** und der **Schulungsbedarfe**
- Verantwortung der Leitungsebene bei der Festlegung und **Steuerung des Prozesses** der Umstellung und im Hinblick auf eine **Verstetigung**.

1.1. Allgemeines

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

Die Einführung des Strukturmodells erfordert über einen längeren Zeitraum eine gezielte Aufmerksamkeit bzw. Begleitung durch das Pflege- und Qualitätsmanagements sowie eine Prioritätensetzung in der Pflegeeinrichtung. Sie sollte nicht gleichzeitig in weitere umfangreiche Projektvorhaben eingebunden sein.

Die Umstellung der Pflegedokumentation auf das Strukturmodell geht für alle Beteiligten mit einer grundsätzlichen veränderten Dokumentationspraxis einher. Dies ist teilweise auch verbunden mit Veränderungen bisheriger Abläufe und erweitert den Personenkreis, der über Lese- und Schreibrechte verfügt und damit Zugang zur Pflegedokumentation hat (s. Pkt. 2.3. Berichtblatt).

Gleichwohl ist seit der Einführung der Vorbehaltsaufgaben über das Pflegeberufegesetz (s. Kap. I) die Pflegefachperson maßgeblich (absolut) in der Verantwortung für den Pflegeprozess und damit auch für die Pflegedokumentation.

Das Konzept des Strukturmodells ist bereits seit jeher auf diese Aufgaben von Pflegefachpersonen ausgerichtet. In den entsprechenden Ausführungen in den Schulungsunterlagen wurde bereits bei Einführung des Strukturmodells darauf verwiesen, dass die Elemente 1(SIS®), 2 (MP) und 4 (Eval.) ausschließlich durch Pflegefachpersonen wahrgenommen werden dürfen.

Für die Anwender des Strukturmodells dürfte die Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben somit keinesfalls etwas absolut Neues sein.

Insofern sind die Pflegefachpersonen der Einrichtung führend verantwortlich in der Aufbau- und Ablauforganisation des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation sowie für eine gelingende Kommunikation im Team (s. Kap. I). Die Mitarbeitenden müssen sich ggf. von ihnen vertrauten Routinen verabschieden. Dies kann mitunter zu Verunsicherungen führen. Um diesen zu begegnen, bedarf es des Rückhalts des Pflege- und Qualitätsmanagements und der Klärung grundsätzlicher Vorgehensweisen.

1.2. Vorab zu klärende Fragen vor der Umsetzung

Wie sieht das zukünftige Pflegedokumentationssystem aus?

Vor der Einführung des Strukturmodells werden auf allen Ebenen die in die Pflegedokumentation einfließenden Dokumente und Informationen darauf hin überprüft, ob sie redundant (Doppeldokumentation) sind. Ebenso werden die Dokumente und Informationen im QM-Handbuch darauf hin überprüft, ob sie der (juristischen) Logik des „Immer so Beweises“ folgen, der dem Strukturmodell zu Grunde liegt (s. Anlage 5 „Kassler Erklärung“). Ziel ist die Anpassung der Dokumentationsinhalte an das Konzept des Strukturmodells.

Wenn die Einrichtung noch papiergestützt dokumentiert, ist zu überlegen, ob auf ein digitales Dokumentationssystem umzustellen ist.

Es wird für den Einführungsprozess empfohlen, eine Bestandsaufnahme über die bisher genutzten und künftigen Dokumentationsbestandteile zu erstellen. Dies ist wichtig für die Schulungen, damit bei den Mitarbeitenden zunächst ein „Bild zu Art und Umfang“ der Änderungen und zu den Inhalten und der Ausrichtung der neuen Pflegedokumentation entsteht. Das gilt auch, wenn bereits eine EDV-gestützte Dokumentation vorliegt.

Dabei ist festzulegen, welche Berufsgruppen künftig die jeweiligen Komponenten der Pflegedokumentation bearbeitet. Zu klären ist also die Frage, wer welchen Zugang zur Pflegedokumentation hat, um Informationen einzupflegen oder zu entnehmen. In der Gesamtverantwortung steht die Pflegefachperson im Rahmen der Vorbehaltsaufgaben.

Welche Mitarbeitenden können die Einführung begleiten?

Es werden interne Ansprechpartner*innen (z. B. aus dem Pflege- und Qualitätsmanagement oder eine Projektbeauftragte) benannt, die im Vorfeld intensiv zum Strukturmodell durch die Multiplikator*innen der Verbände geschult werden und

später den Einführungsprozess steuern sowie ihren Kolleg*innen in der Praxis mit Rat und Tat zur Seite stehen. Die ausgesuchten Pflegefachpersonen verfügen eventuell aus einer anderen Pflegeeinrichtung bereits über Erfahrungen mit dem Strukturmodell und sind in der Lage, den Mitarbeitenden in der Pflege die Sicherheit zu geben, ihre Fachlichkeit mit der neuen Dokumentation zu entfalten, Unsicherheiten zu begegnen und (mit Unterstützung des Qualitätsmanagements) eine hilfreiche Fehlerkultur zu entwickeln.

Das Potential solcher Mitarbeitenden gilt es zu nutzen, gleichzeitig muss aber verifiziert werden, ob sie das Strukturmodell im Vorfeld in der anderen Pflegeeinrichtung sachgerecht kennengelernt und im Sinne der jetzigen Einrichtung angewendet haben. Es gilt, „innovationsfreudige“ und begeisterungsfähige Mitarbeitende mit der Einführung zu beauftragen.

Welche zeitlichen Ressourcen sollten zur Verfügung stehen?

Im Rahmen der Einführung des Strukturmodells benötigen die Mitarbeitenden nach der Teilnahme an den Schulungsmaßnahmen in der Praxis Zeit, sich mit dem Strukturmodell vertraut zu machen, um sukzessive Routine in der neuen Dokumentationspraxis zu bekommen.

Der oder die interne(n) Ansprechpartner*innen welche die Begleitung der Mitarbeitenden übernehmen und je nach Größe der Einrichtung auch in der Steuerungs-/Projektgruppe Auskunft zum Stand der Umsetzung geben, müssen dazu die nötigen zeitlichen Ressourcen erhalten. Die Steuerungs-/Projektgruppe ist im Hinblick auf die Bereiche Pflege **und** Betreuung interdisziplinär zu besetzen. Aus der bisherigen Erfahrung in der Implementierung des Strukturmodells zeigt sich, dass diese Anfangsinvestition zeitlicher Ressourcen sehr schnell durch Zeiteinsparungen in der Dokumentation wie auch in der Effizienz von Prozessen ausgeglichen wird.

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

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

Dabei ist zu beachten, dass während des Umstellungsprozesses für eine Übergangszeit zwei Systeme gleichzeitig gültig sind. Die alten Regelungen sollten in diesem Zeitraum neben den neuen Festlegungen stehen. Das ist notwendig, da nicht zu einem Tag X alle Dokumentationen umgestellt und alle Mitarbeitenden zeitgleich geschult werden können. Die Umstellung ist ein Prozess. Deshalb sollte an zentraler Stelle in der QM-Dokumentation auf den Projektverlauf und seine Meilensteine hingewiesen werden.

Vorliegende QM-Regelungen zu häufig wiederkehrenden Pflegeroutinen und Maßnahmen der Betreuung, sollten hinsichtlich ihrer Aktualität gesichtet werden. Sie spielen im Zusammenhang mit dem Thema Verfahrensanweisungen im Rahmen der Maßnahmenplanung und dem Wegfall von Durchführungsnachweisen eine erhebliche Rolle in der stationären und teilstationären Pflege.

Die vorhandenen Vorgaben zur Durchführung einer Pflegevisite, Konzilen, Fallbesprechungen und Praxisanleitungen bedürfen der Überprüfung bezüglich der Ausrichtung auf den Person-zentrierten Ansatz, das dem Strukturmodell zugrunde liegt, d. h. die Perspektive der pflegebedürftigen Person wird zu Beginn und im Rahmen von individuellen Anlässen zur Evaluation von Maßnahmen konsequent berücksichtigt.

Hat die Einführung des Strukturmodells Auswirkung auf den Fortbildungsplan?

Es ist sinnvoll, den Fortbildungsplan schwerpunktmäßig im Jahr der Einführung des Strukturmodells gezielt darauf auszurichten. Aber auch über die Einführung hinausgehend sollten sich ganz grundsätzlich Fortbildungsangebote zum Strukturmodell im jährlichen Fortbildungsplan wiederfinden.“ Es ist sicherzustellen, dass alle Pflegefachpersonen der Einrichtung an der Einführungsschulung (ggf. schrittweise) durch geschulte Multiplikator*innen zum Strukturmodell teilnehmen können.

Die Teilnahme an der Auftaktveranstaltung sollte auch den Mitarbeitenden aus den Bereichen Hauswirtschaft und Verwaltung offen stehen oder sie werden zu einem späteren Zeitpunkt zu einer speziell auf sie abgestimmte Informationsveranstaltung eingeladen, damit auch bei diesen Mitarbeitenden das Verständnis der Veränderungen im Hinblick auf das Konzept der Person-zentrierten Pflege (bereichsübergreifend) thematisiert und angesprochen wird. Im Rahmen dieser Veranstaltung könnte z. B. überlegt werden, welche Bedeutung das Stichwort „Person-Zentrierung“ für ihren Bereich und im Kontakt mit den pflegebedürftigen Personen sowie den An- oder Zugehörigen hat.

Inwieweit müssen Betriebsrat/Mitarbeitervertretung und Heimbeirat über den Implementierungsprozess informiert werden?

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

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

Information der Prüfinstanzen (MD und Careproof) und der Behörde nach Ordnungsrecht notwendig?

Es empfiehlt sich, den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MD), die zuständige Behörde nach Ordnungsrecht oder auch den Prüfdienst der Privaten (Careproof) über die Neuausrichtung der Dokumentation zu informieren.

Damit wird angekündigt, dass die Prüfer und Prüferinnen bei Qualitätsprüfungen (oder die Gutachter zur Feststellung des Pflegegrads) eine veränderte Pflegedokumentation vorfinden werden und sich die Pflegeeinrichtung ggf. gerade noch im Einführungsprozess befindet.

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

Entscheidungen zu finanziellen Ressourcen beziehen sich ggf. auf die Neuanschaffung eines Dokumentationssystems, Investitionen in EDV-gestützte Systeme oder die Umstellung von noch vereinzelt genutzten papiergestützten Formen der Pflegedokumentation auf ein technisches Verfahren. Hinzu kommen Aufwendungen im Rahmen von Schulungsmaßnahmen und für Sachmittel⁷³.

Welche Perspektiven hat die Pflegeeinrichtung durch die Einführung des Strukturmodells?

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

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

Warum ist eine Verstetigung wichtig und welche Perspektiven gibt es hier?

Neuerungen und gesetzliche Änderungen oder Anpassungen stellen für die Einrichtungen immer wieder eine Herausforderung bei der sach- und fachgerechten Anwendung des Strukturmodells dar. So gab es z. B. wieder vermehrt Rückmeldungen aus der Praxis, dass aus verschiedenen Richtungen Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen zu Art und Umfang der Pflegedokumentation gestellt werden. Dies hat u. a. dazu geführt, dass der Umfang der Pflegedokumentation und auch der Detaillierungsgrad des Maßnahmenplans wieder deutlich zunahm.⁷⁴

Um dauerhaft die erreichten **Ergebnisse langfristig sicherzustellen**, ist es notwendig die Dokumentation mit dem Strukturmodell in die **Einarbeitung neuer Mitarbeitender** aufzunehmen, **regelmäßig zu schulen** und das Wissen so **zu verstetigen**. Dazu ist es im Rahmen des Pflege- und Qualitätsmanagements wichtig:

⁷³ Für die Investition in EDV gestützte Systeme stehen diverse Fördermöglichkeiten auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung. Interessierte Einrichtungen sollten sich hierzu direkt an ihre Verbände wenden. Hinweis zur GKV-SV Liste: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/kompetenzzentrum_digi_pflege/20250408_Foerdermoeglichkeiten_Bund_V7_financial.pdf

⁷⁴ Siehe Handreichung „Maßnahmenplanung“ von EinSTEP, Download Homepage EinSTEP

- ... sich langsam (wieder) aufbauende Tendenzen zur Mehrdokumentation kritisch zu hinterfragen und deren Notwendigkeit zu überprüfen.
- ... „neue“ Anforderungen und Angebote der Softwarehersteller (z. B. bei Erscheinen neuer Expertenstandards) nicht unreflektiert zu übernehmen, sondern auch diese hinsichtlich ihrer Notwendigkeit zu prüfen und das Vorgehen der Einrichtung auf die Prinzipien des Strukturmodells anzupassen.
- ... die Argumentation zur Dokumentation mit dem Strukturmodell gegenüber Prüfinstanzen zu festigen und am konkreten Fall zu begründen.



Insgesamt soll so **gewährleistet** werden, dass der erzielte Entbürokratisierungseffekt **nicht langsam, aber stetig verloren** geht, die Dokumentation wieder **anwächst** und dies (erneut) zu einer **Mehrbelastung** und Frustration **der Mitarbeitenden** führt.

2. Management der Umsetzung

Die Umsetzung des Strukturmodells verlangt ein systematisches Vorgehen, klar benannte Ziele und einen festgelegten zeitlichen Rahmen. Es ist zunächst auf jeden Fall mit deutlicher Mehrarbeit zu rechnen (s. Hinweis hierzu bei Frage zu Ressourcen). Dabei ist festzustellen, dass die inhaltliche und praktische Auseinandersetzung mit dem Strukturmodell von vielen Mitarbeitenden als motivierend wahrgenommen wird und somit langfristig die Zustimmung, trotz der vorübergehenden Belastung während des Umstellungsprozesses, fördert.

Die Entlastungen stellen sich erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung ein. Die Rückmeldungen aus der Praxis haben bestätigt, dass bei einer Pflegeeinrichtung mittlerer Größe von einem länger andauernden Prozess ausgegangen werden muss. Insbesondere bis sich bei den einzelnen Mitarbeitenden eine gewisse Routine durch Übung und Reflexion mit der veränderten Dokumentationspraxis eingestellt hat.

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

- die **Organisationsebene** bezüglich der Neuordnung der Pflegedokumentation in Art und Umfang (**4 Elemente des Strukturmodells**), der zu verwendenden Formulare und Zusatzdokumente sowie die Anpassung des Einarbeitungskonzepts für neue Mitarbeitende Regelungen im Qualitätshandbuch
- die **Ebene des Personalmanagements**, im Hinblick auf den unterschiedlichen Schulungsbedarf zum Strukturmodell für aller Mitarbeitenden (Pflege- und Betreuung und Auszubildenden im Vertiefungseinsatz) sowie ein sich daraus ergebender grundsätzlicher Fortbildungsbedarf (z.B. Kommunikation, neues Pflegeverständnis, Person-zentrierte Pflege, Expertenstandards, Einschätzung von Risiken und Evaluation)

- die **operative Ebene**, d. h. die Unterstützung durch das Qualitätsmanagement bei der Anwendung der SIS® insbesondere zu den Themenfeldern und zur Matrix, den daraus abzuleitenden Maßnahmenplan und der Umgang mit dem Berichtsblatt sowie der Evaluation. Die Unterstützung betrifft das gesamte Pflege- und Betreuungsteam sowie die festgelegten Vorgaben zur Dokumentationsumstellung.

Damit verbunden ist die kontinuierliche Begleitung und Möglichkeit zur Reflexion für die Pflegefachpersonen im Hinblick auf die Steuerung des vierphasigen Pflegeprozesses und Beachtung des Perspektivwechsels im Hinblick auf den Personenzentrierten Ansatz (s. Kap. I).

Bei der Umstellung sollte beachtet werden, dass ein zu lang angelegter Verlauf auch negative Auswirkungen auf das Ergebnis haben kann. Denkbar ist in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass Mitarbeitende, das im Rahmen der Schulungen erworbene Wissen nicht zeitnah und wiederholt anwenden und in Folge Unsicherheiten und fehlende Routine in der Anwendung des Strukturmodells entstehen.

2.1. Umgang mit Dokumentationssystemen

Grundsätzliches

Die Digitalisierung ist ein unvermeidbarer Bestandteil der modernen Arbeitswelt und bietet zahlreiche Chancen, die es (auch für einen Wettbewerbsvorteil) zu nutzen gilt.

Fast alle Hersteller von Dokumentationssystemen für die Pflege bieten das Strukturmodell mit den jeweils unterschiedlichen SIS® Varianten (ambulant, stationär, TP und KZP) in ihren Produkten an. Sie sind angehalten, die festgelegten Leitplanken des „Technischen Anforderungsprofils“ zum Strukturmodell zu berücksichtigen. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen haben sie - wie bereits erläutert - jedoch einen gewissen Gestaltungsspielraum. Die Entscheidung für einen bestimmten Hersteller liegt daher in der Verantwortung der jeweiligen Pflegeeinrichtung.

Es wird empfohlen, sich gemeinsam mit den zuständigen und geschulten Mitarbeitenden, den Dokumentationsprozess nach dem Strukturmodell von dem Hersteller vorführen zu lassen, um diesen gemeinsam zu bewerten und die optimale Lösung für die Einrichtung zu finden. Der Fokus sollte hierbei auf der Einhaltung der Vorgaben einer schlanken Dokumentationspraxis entlang des Anforderungsprofils liegen und nicht auf einer Fortführung der gewohnten Vorgehensweise der Dokumentation.

In Bezug auf den Prozess der Umstellung auf das Strukturmodell kann es herstellerspezifisch technische Besonderheiten geben, die in Betracht gezogen werden müssen. Mit dem Hersteller ist eine Umstellungsstrategie festzulegen, die von Seiten der Einrichtung realisiert werden kann (s. auch „Schritte der Umstellung“).

**Beachte**

- Die notwendigen Schulungen zur Einführung des Strukturmodells sollten **auf keinen Fall allein durch den Hersteller** erfolgen, sondern immer zunächst durch einen **geschulten Multiplikator oder eine Multiplikatorin des Verbandes** von EinSTEP.

Potential durch Assistenzfunktionen mit Fokus auf das Strukturmodell

Das Vorhandensein digitaler Informationen ermöglicht es Softwaresystemen, den Pflegenden bestmöglich bei der Eingabe, der Sichtung und der Analyse von Informationen zu unterstützen. Dieser Abschnitt nennt einige sinnvolle Assistenzmöglichkeiten entlang des Strukturmodells, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

**Beachte**

- Ebenso ist hervorzuheben, dass „Assistenz“ nicht zwingend mit „künstlicher Intelligenz“ gleichzusetzen ist - bereits **einfache Filterfunktionen** im Berichtblatt oder Maßnahmenplan können unterstützend eingesetzt werden.

Die Verwendung von künstlicher Intelligenz ist in vielen Fällen nicht trivial und die Umsetzung einiger folgender Beispiele kann sowohl in der Entwicklung als auch in der Anwendung erhebliche Herausforderungen in Bezug auf Lösungsqualität, Datensicherheit und Ethik sowie Transparenz mit sich bringen.

Bei der digitalen **Erfassung von Informationen** kann die Nutzung von Spracheingabe und deren automatische Verschriftlichung eine wertvolle Unterstützung sein. Dies gilt für alle Prozessschritte des Strukturmodells und ist insbesondere im Pflegealltag bei Einträgen im Berichtblatt von Vorteil. Eine integrierte Übersetzung könnte fremdsprachige Pflege(fach)personen sowohl bei der Dateneingabe als auch beim Verständnis bereits vorhandener Informationen unterstützen. Diese könnten direkt in der präferierten Sprache vorgelesen werden. Darüber hinaus wäre eine solche Funktionalität auch im gemeinsamen Verständigungsprozess zur Erfassung der SIS® hilfreich. Die Verwendung von leichter Sprache könnte hier in Betracht gezogen werden.

Für viele Aufgaben ist es zentral, dass sich Pflegefachpersonen durch **Zugriff auf vorhandene Informationen** einen zielgerichteten Überblick verschaffen können. Durch die Präsentation von Daten in aufbereiteter Form werden einfach aber effektiv Prozesse unterstützt. Als ein Beispiel sei die Strukturierung des Maßnahmenplans genannt. Entlang der benötigten Informationen (z. B. Zeitangabe, Maßnahme, Evaluationsdaten) werden die Maßnahmen erfasst und bearbeitet, können jedoch in ihrer Darstellung vom Anwender variiert werden.

So sind beispielsweise alle erforderlichen Maßnahmen der Pflege und Betreuung einschließlich der Behandlungspflege und anderen individuellen Maßnahmen in

einer Tagesstrukturierung anzeigbar, aber auch in anderen systematischen Darstellungen oder Filterungen verwendbar (z. B. nur Anzeige der Behandlungspflegen oder schichtbezogene Darstellung).



Beispiel

- Hier sei die Evaluierung einer Maßnahme genannt. Bei der Evaluierung einer Maßnahme könnten durch Verknüpfungen im Hintergrund gezielt Berichte zu abweichenden Durchführungen sowie der vorherige Evaluierungsverlauf angezeigt werden. Übergreifende Verläufe, die alle vier Elemente des Strukturmodells mit einbeziehen, helfen bei der sog. „Fallbetrachtung“ (Roes 2014).

Bei der Durchführung von Maßnahmen kann es erforderlich sein, eine spezifische Information in einer Verfahrensweisung zu finden - ein digitaler Assistent könnte diese Informationen effizient extrahieren. Somit wäre es Pflegefachpersonen möglich, direkt Antworten auf Fragen zu QM-Regelungen zu bekommen. Ebenfalls wäre es denkbar, Fragen zur pflegebedürftigen Person selbst zu stellen.

In einer weiteren Ausbaustufe führen Assistenzsysteme eine selbstständige **Analyse von Informationen** entlang programmierter oder gelernter Regeln durch. Ein einfaches Beispiel ist die automatische Zuordnung von Themen (Kategorien) zu einem Berichtseintrag. Ebenso könnten Informationen wie Vitalwerte aus Berichtseinträgen extrahiert werden, die dann kontrolliert in die vorgesehenen Dokumentationsbereiche überführt werden.

Komplexer sind Aufgabenstellungen wie das Erkennen von akuten oder schleichenden Veränderungen im Berichteblatt sowie weiteren Dokumentationsbereichen und das langfristige Auswerten zur Wirkung von Maßnahmen und einer darauf basierenden intelligenten Maßnahmenplanung. Auch Plausibilitätsprüfungen könnten eingesetzt werden, z. B. als Hilfe beim „kritischen Gegenlesen“ der SIS®.

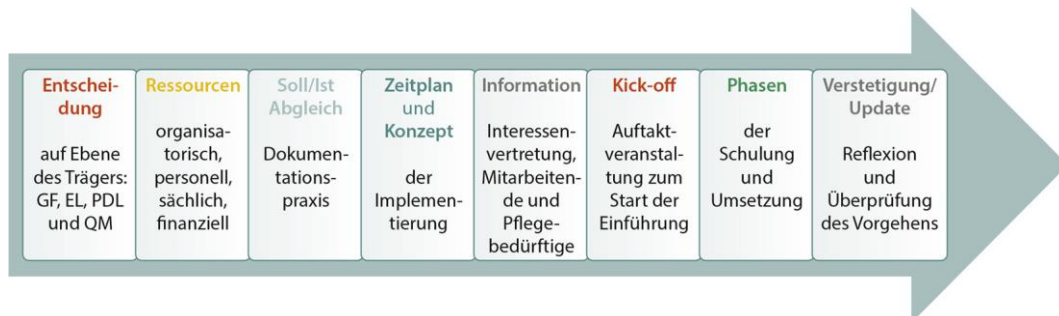
Fachlichkeit hat oberste Priorität

Zentral ist, dass die Vorschläge eines Assistenzsystems immer nur als Angebot oder Empfehlung zu sehen sind und daher die Pflegefachperson die Entscheidungshoheit behält. Idealerweise sollte ein Assistenzsystem Begründungen für seine Aussagen geben können und seine Funktionsweise transparent nachvollziehbar machen. Gerade bei Techniken der künstlichen Intelligenz ist dies mit großen Herausforderungen verbunden.

2.2. Ein Projektplan als Wegweiser für das weitere Vorgehen

Aus dem in den Anlagen beigefügten Projektplan (s. Anlage 2) sind exemplarisch die einzelnen Schritte für die Steuerung des Einführungsprozesses ersichtlich. Das hierzu empfohlene Vorgehen ist durch die bisherigen Erfahrungen von Pflegeeinrichtungen zur Einführung des Strukturmodells wiederholt bestätigt worden. Selbstverständlich fließen die eigenen Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen aus ihren bisher durchgeführten Projekten mit ein.

Abbildung 37: Grafische Darstellung Steuerung Einführungsprozess Strukturmodell



Quelle: EinSTEP Projektbüro

Einsetzen einer Steuerungs-/ Projektgruppe

Für die Dauer der Einführung sollte eine Steuerungs-/Projektgruppe einberufen werden, in der mindestens die Einrichtungsleitung, die Pflegedienstleitung, das Qualitätsmanagement und evtl. der Betriebsrat bzw. die Mitarbeitervertretung vertreten sind. Diese Gruppe kann zu einem späteren Zeitpunkt mit zusätzlicher fachlicher Expertise erweitert werden, z. B. durch die Wohnbereichsleitungen, motivierte Pflegefachpersonen und aus der sozialen Betreuung, die verantwortliche Person für die Tourenplanung in der ambulanten Pflege oder anderer Personen mit Fachexpertise.

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

Da die organisatorischen Voraussetzungen in der ambulanten, der teilstationären der vollstationären Langzeitpflege sowie der Kurzzeitpflege sehr unterschiedlich sind, muss hier je nach Organisationsstruktur entschieden werden. Die Zusammensetzung und Anzahl der Teilnehmenden der Gruppe ist individuell und anhand der Größe der Pflegeeinrichtung/des Pflegedienstes festzulegen, sollte aber im Kern 2-4 Personen nicht überschreiten. In jedem Fall sind Pflegefachpersonen mit Entscheidungsbefugnis daran zu beteiligen.

Vorbereitung zur Implementierung der Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell

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

- Schulung: Zunächst werden die Projektverantwortlichen umfassend in einer zweitägigen Fortbildungsveranstaltung zum Strukturmodell geschult.
- Die Überprüfung des bisherigen Umgangs mit biografischen Angaben zur pflegebedürftigen Person: im Rahmen der SIS® werden diese in den Themenfeldern erhoben, wenn sie eine Relevanz für die jeweils aktuelle pflegerische Versorgung und Betreuung haben. Herkömmliche, separate Biografiebögen oder zusätzlich bereitgestellte Komponenten zur Erhebung biografischer Daten in der jeweiligen Software, sollten dem spezifischen Einzelfall vorbehalten sein und in Ausprägung und Umfang im Hinblick auf den Nutzen zur Versorgung kritisch überprüft und ggf. entsprechend angepasst werden. Hierbei spielen auch Setting spezifische (ambulant, vollstationär und teilstationär) Aspekte eine Rolle.
- Bei bisher mehrfach dokumentierten, identischen Informationen muss entschieden werden, an welcher Stelle der Dokumentation oder in welchem Formular sie zukünftig ausschließlich dokumentiert werden sollen, um Doppeldokumentation zu vermeiden.
- Künftig zu verwendende standardisierte Instrumente zur vertieften Einschätzung (z. B. PEMU, ECPA) oder bestimmte Verfahren zur zeitlich befristeten Beobachtung (z. B. Trinkprotokoll; Miktionsprotokoll) werden durch das Pflege- und Qualitätsmanagement festgelegt und für den fachlich begründeten Einsatz (mit Blick auf die vorbehaltenen Tätigkeiten) im Qualitätshandbuch hinterlegt.
- Beachtung und Konkretisierung des Ziels: Abkehr von schematischen, periodisch wiederkehrenden Anwendungen dieser Instrumente und Verfahren als Routine bei allen Bewohnenden oder Klienten.

Im exemplarischen Projektplan (s. Anlage 2) sind die zu beteiligenden Personen, die Organisation des Projektes und die Kommunikationsstruktur während der Einführung, die angestrebten Meilensteine und Ziele im Projektverlauf beschrieben. Anhand dieses Beispiels kann die Pflegeeinrichtung sich orientieren, einen eigenen Projektplan erstellen und diesen den Mitarbeitenden vorstellen. Dieses Vorgehen hat sich in der Praxis bewährt und wird aufgrund der Erfahrungen aus der Implementierungsstrategie sowie der inzwischen umfangreich vorliegenden Erfahrungen aus der Praxis zur Anwendung empfohlen.

Exemplarische Erprobung der neuen Pflegedokumentation

Vor Beginn der Einführung der Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell, kann das Üben anhand von vorhandenen Pflegedokumentationen (mit unterschiedlichen Fallkonstellationen) in papiergestützter Form oder über die ausfüllbaren PDF-Dateien, die auf der EinSTEP Homepage verfügbar sind, sehr nützlich sein und wird ausdrücklich empfohlen. Diese Vorgehensweise hat den großen Vorteil, dass sich die Mitarbeitenden nicht parallel mit den Anforderungen des Strukturmodells und den spezifischen Anforderungen, die die Nutzung der gewählten Dokumentationssoftware mit sich bringt, auseinandersetzen müssen.

Aus den Erkenntnissen, die aus den Übungen entstehen, können offene Fragen zum Verständnis der Strukturierten Informationssammlung und der Maßnahmenplanung identifiziert werden. Es führt zur genaueren Einschätzung der notwendigen Veränderungen im Umgang mit der bisherigen Dokumentation, der Festlegung des einrichtungsindividuellen Vorgehens und des notwendigen Schulungsbedarfs für die verschiedenen Berufsgruppen.

Insbesondere in dieser Phase des Übens sollte darauf geachtet werden, dass die Prinzipien der Anwendung entlang der vier Elemente des Strukturmodells verstanden und reflektiert werden und zur Anwendung kommen. Ansonsten stellen sich nicht die gewünschten Effekte der Entbürokratisierung und die Hinwendung zum Person-zentrierten Ansatz ein.

Die Erfahrungen aus den Unterschieden der alten zur neuen Dokumentation sollten bei der Erarbeitung der Planung der Projektziele berücksichtigt werden. Die Erkenntnisse, die in der Übungsphase gewonnen wurden, können eine Anpassung des Projektplans erforderlich machen. Im laufenden Prozess muss der Projektplan an den jeweiligen Erkenntnis- und Umsetzungsstand entsprechend angepasst werden.

Es wird **empfohlen, wesentliche Schritte** wie folgt in den Projektplan **aufzunehmen**:

- Der Umfang und die zeitliche Planung der Schulung aller Mitarbeitenden sowie die Organisation einer kontinuierlichen Begleitung in Form von Teambesprechungen aber auch dem Angebot, in Einzelgesprächen (oder Kleingruppen) individuelle Fragen zum Verständnis anhand konkreter Einzelfälle zu bearbeiten.
- Prioritäten bei der Analyse vorliegender Regelungen (Leitlinien, Standards, Verfahrensanweisungen etc.) und anderer relevanter Dokumente durch das Pflege- und Qualitätsmanagement im Hinblick auf die Neuausrichtung der Pflegedokumentation.
- Die Planung einer „Kick-Off Veranstaltung“, die Phasen der praktischen Umsetzung sowie die regelmäßige Informationsweitergabe zum Stand der Umsetzung durch die Steuerungs-/Projektgruppe als regulärer Tagesordnungspunkt in den Routinebesprechungen der Pflegeeinrichtungen.

- Die Festlegung eines frühen Zeitpunkts für Absprachen und die Verhandlung mit dem Hersteller zur Umstellung des EDV-gestützten Dokumentationssystems.
- Die Festlegung des Zeitrahmens und die Strategie zur Umstellung der Pflegedokumentation je Bewohner*in /Klient*in, die bereits in der Pflegeeinrichtung (länger) wohnen oder bei Kunden, die bereits von dem Pflegedienst/ in der Tagespflege betreut und versorgt werden. In der Kurzzeitpflege ist die sukzessive Umstellung bei Neuaufnahme am sinnvollsten.

Sind diese Punkte im Projektplan hinterlegt, werden einzelne Themen vertieft in der Steuerungs-/ Projektgruppe erörtert und das Vorgehen im Detail festgelegt.

Schritte zur Umstellung der Pflegedokumentation festlegen

In der Steuerungs-/ Projektgruppe ist eine grundsätzliche Entscheidung zu treffen, welche Strategie das Unternehmen bei der Einführung des Strukturmodells wählt. Abhängig von der Größe und den unterschiedlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten, teilstationären und der stationären Versorgung, betrifft dies folgende Aspekte:

- 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
- Umstellung entlang von Zielgruppen (z.B. Menschen mit niedrigem Pflegegrad; Menschen mit stabiler Pflege- und Betreuungssituation; Menschen, die noch selbst Auskunft geben können).

Mit der Entscheidung über eine Herangehensweise sind die organisatorischen Voraussetzungen für die Umstellung gegeben.



Beachte

- Entscheidend ist hierbei, dass die Umstellung **der bestehenden Pflegedokumentationsakten** von pflegebedürftigen Personen **nicht** nur „am Schreibtisch“ erfolgt.

Bei einer Umstellung der Pflegedokumentation auf das Strukturmodell wird **in jedem Fall** das Gespräch mit der pflegebedürftigen Person entlang der SIS® zu führen sein. Zum einen um die „eigene Erzählung“ (Feld B in der SIS®) der pflegebedürftigen Person mit dem Erkunden der Wünsche, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfen erstmalig einzusetzen, zum anderen, um die vorliegenden Erfahrungen aus der Perspektive der SIS® mit den Themenfeldern zu aktualisieren oder zu ergänzen.

Dies mutet zunächst etwas „befremdlich“ an, führt aber zu erstaunlichen Ergebnissen wie die Praxis berichtet: Die pflegebedürftige Person und die Pflegefachperson kommen i. d. R. hierdurch in ein vertieftes Gespräch über Ereignisse, Wünsche

oder spezielle Themen, die so gegenseitig (noch) nie wahrgenommen oder ausgesprochen wurden. Die **Wahrnehmung** und das Verständnis zur pflegebedürftigen Person ist bei den **Pflegefachpersonen danach verändert** und führt mitunter zu einer **Überprüfung** (Veränderung oder Erweiterung) des bisherigen Pflege- und Betreuungsangebots (s. Pkt. 2.4. anlassbezogene Evaluation).

Die **pflegebedürftige Person** wiederum erlebt in anderer Art und Weise **Wertschätzung und Verständnis für ihre Situation** und ihren Vorstellungen von Selbstbestimmung und persönlichen Wünschen (s. Kap. I).

Diese „Effekte“ sind, bei **Gesprächen mit Zu- oder Angehörigen** von stark kognitiv eingeschränkten Menschen, ähnlich. Pflegeeinrichtungen, die diese Umstellung der Pflegedokumentation zu einem Prozess der internen Evaluation und der Qualität ihrer Versorgung nutzen, berichten, dass die Investition in diese Zeit, sich um ein Vielfaches für alle Beteiligten und die Pflegeeinrichtung auszahlt. Zusätzlich gewinnt dieses Vorgehen im Zuge der internen Überlegungen zur Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses (s. Kap. I) und im Hinblick auf die individuelle Maßnahmenplanung an Bedeutung.

Schulungsangebote für die Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung als Voraussetzung zur Umsetzung des Strukturmodells

Aufgrund der zentralen Bedeutung von Schulungen ist die Erstellung eines Schulungsplans unerlässlich. **Alle Mitarbeitenden** (Pflege und Betreuung) sind zum vierphasigen Pflegeprozess, zum Person-zentrierten Ansatz und zum Umgang mit dem Berichtblatt **zu schulen**. Die Anwendung der SIS® und der sich daraus ableitende Maßnahmenplan sowie die Varianten der Evaluation sind nur für hierin geschulte Pflegefachpersonen möglich (s. auch Kap. I Vorbehaltsaufgaben).

Das Schulungsangebot umfasst neben einer Ersteinweisung in das Konzept des Strukturmodells auch Gruppen- und Einzelangebote, in denen die Umsetzung der neuen Dokumentationspraxis reflektiert wird. In Einzelgesprächen können unterschiedlich auftretende Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit der SIS® und dem Berichtblatt sowie der individuellen Evaluation thematisiert und bearbeitet werden.

Es wird empfohlen, dieses Angebot im Rahmen des Verstetigungsprozesses über einen längeren Zeitraum (ggf. in einem reduzierten Umfang) aufrechtzuerhalten und für neue Mitarbeitende im Zuge der Einführung oder für Auszubildende, punktuell weiterhin vom Qualitätsmanagement (oder einer hierfür beauftragten Person) anzubieten.

Pflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell bereits eingeführt haben, berichten, dass die **Bedeutung der Kommunikation** sowohl für die Pflegenden untereinander (insbesondere im Rahmen von Übergaben) aber auch in der internen und externen (bereichsübergreifenden) Verständigung „wiederentdeckt“ wurde.

Die Intensität der jeweiligen Begleitung der einzelnen Teams kann nur entlang des Umsetzungsprozesses und der besonderen Gegebenheiten in der Pflegeeinrichtung bestimmt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass sich nach fünf bis sieben Neuaufnahmen eine gewisse Routine im Umgang mit der SIS® einstellt, jedoch die Umsetzung des Maßnahmenplans sowie der Umgang mit dem Berichteblatt einer längeren Übung bedarf.

Regelmäßige Fortbildungsangebote auch über die Einführungsphase hinausgehend und eine enge Begleitung der Pflegefachpersonen sichern im weiteren Verlauf nachhaltig den Umgang mit der neuen Dokumentationspraxis.

Flankierend zur Umsetzung des Strukturmodells kann es auch zu Schulungsbedarf bei pflegefachlichen Themen, beispielsweise zu den Expertenstandards, kommen.



Beachte

- Die Pflegefachpersonen werden zum Teil wieder lernen oder üben müssen, fachlich reflektierte Entscheidungen eigenständig zu treffen und diese zu begründen.
- Gerade im Hinblick auf die Verbesserung des kollegialen Dialogs bei externen Qualitätsprüfungen spielt dieser Lernprozess - unter dem Aspekt der Förderung und Anerkennung der Fachlichkeit - eine große Rolle.

Eine damit einhergehende gezielte Personalentwicklung ist aufgrund der gewünschten eigenständigen pflegefachlichen Einschätzung von zentraler Bedeutung im Kontext der Einführung des Strukturmodells. Diesem Aspekt kommt im Zusammenhang mit der neuen Personalbemessung (§ 113 c SGB XI)⁷⁵ nun noch mehr Bedeutung zu (s. Kap. I).

Erfolgreiche Umsetzung des Projektverlaufs durch Kommunikation

Es ist sinnvoll, die geplante Umstellung der Pflegedokumentation und die damit verbundenen Ziele (Person-zentrierung /Entbürokratisierung) anhand einer „Muster-Pflegedokumentation“ den Mitarbeitenden in den jeweiligen Bereichen der Pflegeeinrichtung vorzustellen und die Vorgaben an die neue Dokumentationspraxis aus Sicht des Managements im QM-Handbuch und zusätzlich durch eine hausinterne Broschüre den Mitarbeitenden praktisch dazustellen.

Dies betrifft insbesondere das Konzept der SIS® und die Prinzipien der neu ausgerichteten Maßnahmenplanung, den Umgang mit dem Berichteblatt, sowie die Varianten der Evaluation (individuell/anlassbezogen). Es wird empfohlen ein Kommunikationskonzept zu erstellen.

Die Phasen des Projektverlaufs, der zeitliche Rahmen und die begleitenden Maßnahmen zur Unterstützung der Mitarbeitenden sollten im Rahmen einer „Kick Off Veranstaltung“ vorgestellt und erläutert werden. Die Art und Ausrichtung der internen Kommunikation richten sich im weiteren Verlauf nach den verschiedenen Zielgruppen und dem Umfang der Beteiligten am Projekt.

⁷⁵ § 113 SGB XI: Personalbemessung in Vollstationären Pflegeeinrichtungen

Impulse zur Verstetigung des Strukturmodells sind zum Beispiel:

- Besprechungen zur Dokumentation in den Teambesprechungen auf den Wohnbereichen und
- regulärer Tagesordnungspunkt in der Routinebesprechung des Leitungsteams
- regelhafte Überprüfung und Aktualisierung der Verfahrensanweisungen
- jährlich kurze Auffrischungsschulungen für die Bereiche Pflege und Betreuung
- „Doku-Sprechstunden“ des Qualitätsmanagements
- Thematisierung im jährlichen Personalentwicklungsgespräch
- Fallbesprechungen und Schwerpunkte in der Pflegvisite

Herausforderungen und Erfolge sowie offene Fragen, die mit der Einführung des Strukturmodells und der Verstetigung verbunden sind, können so regelmäßig thematisiert und besprochen werden.

Literaturverzeichnis

Bachem, J.; Börner, K.: Juristisch nicht zu beanstanden, in Altenheim 2014, 22 ff; Kasseler Erklärung in Pflege- und Krankenhausrecht, Bibliomed 2014, 15-17;

Bachem, J. (2016): Weniger ist mehr - dank Strukturmodell: rechtssicher effizient dokumentieren IN: Heilberufe Spezial Pflege im Recht, Springer Medizin, April 2016, Seite 25-28.

Bachem, Börner, Frings, Jorzig, Philipp, Plantholz, Udsching, Weiss: Rechtliche Aspekte aus unterschiedlichen Blickwinkeln; Teil I Grundlagen Abschnitt 3, S. 57-74; in: Grundlagen Dokumentieren mit dem Strukturmodell. Beikirch, Nolting, Wipp (Hrsg.). Vincentz 2017.

Beikirch, Elisabeth, Breloer-Simon, Gabriele; Rink, Friedhelm; Roes, Martina: Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege, Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2014.

Beikirch, E.; Nolting, H-D.; Wipp, M. (Hrsg.): Dokumentieren mit dem Strukturmodell – Grundlagen-Einführung-Management, Vincentz Network, Hannover 2017; 2. überarbeitete Auflage.

Bratan, T., Schneider, D., Funer, F. et al. Unterstützung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit durch KI: Handlungsempfehlungen für eine verantwortbare Gestaltung und Nutzung. Bundesgesundheitsbl. 67, 1039–1046 (2024).

Büscher, A.: Die pflegewissenschaftliche Fundierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Strukturmodells; Teil I Abschnitt 2, S.49-55; in: Beikirch, Nolting, Wipp (Hrsg.): Grundlagen Dokumentieren mit dem Strukturmodell: Vincentz 2017.

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

Deckert, R., Rascher, I., Recken, H.: Anwendungsfelder und Erfolgsfaktoren zur Digitalisierung in der Altenpflege. Digitalisierung in der Altenpflege, 19-40 (2022).

Drößler, C. (2022). BAGFW (Folge)Abfrage: Erfahrungen der Einrichtungen mit der Umsetzung der neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien (seit November 2019) in der stationären Langzeitpflege. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/22-05-17_BAGFW_Folge_Abfrage_QPR_fin.pdf

Drößler, C. & Tran, T. L. (2020). Auswertung: BAGFW-Erhebung: Ermittlung des aktuellen Standes der Nutzung und Verbreitung des Strukturmodells in den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) sowie die Identifizierung von Handlungsbedarfen zur Verstetigung/konformen Umsetzung und Weiterverbreitung des Strukturmodells. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/fuer_Menuepunkte_Gremien/BAGFW_Erhebung_Strukturmodell.pdf

Hinweise des MDS / MDK SEG 2 zur Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR (Stand Oktober 2019) https://cdn.prod.website-files.com/66867cfe-cea6f93a2305684f/66957a4c15a2989557cfdb2b_191113_Hinweise_Strukturmodell.pdf

Höhmnn, U.; Weinrich, H.; Gätschenberger, G.: Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht 261,1996.

Larjow, E.; Fintel, M.; von Busse, A. (2022): A mixed-methods study of quality differences between applied documentation approaches in nursing homes. BMC nursing, 21(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01046-2>

Larjow, E.; Lingner, T. (2021): Resource use of geriatric nurses due to documentation practices: A cross-sectional study of applied recording techniques in nursing homes. Nursing Open (9), 1126–1135. Open, 9, 1126–1135.

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

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.) (2023): Studie zur Entbürokratisierung der Pflege in Sachsen – Abschlussbericht. Download unter:<https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/42496> [zuletzt geprüft am 29.04.25]

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

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

Jorzig, A.; Börner, K-H.: Kapitel 6. Grundsätze zur Verantwortung und Haftung in der pflegerischen Arbeit, 255-301 in Weiß, Recht in der Pflege, 3. Auflage 2020

Wolf-Ostermann, K., Langer, G., Meyer, G., Bratan, T., Seibert, K., Peschke, D., Hanf, M. & Aichinger, H. (2017, 28. September). Evaluation der Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation SV16-9002 (EVASIS): Abschlussbericht. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP); Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft; Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI); Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evasis/2017-09_EvaSIS_Abschlussbericht.pdf

Zumstein, D., Zelic, A., Klaas, M.: Digital Analytics in der Praxis – Entwicklungen, Reifegrad und Anwendungen der Künstlichen Intelligenz. Big Data Analytics, 49-72 (2021).

Weiterführende Lesehinweise

DNQP: Stellungnahme des DNQP-Lenkungsausschuss zur Nutzung von und Arbeit mit Expertenstandards

https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP_Nutzung_von_Expertenstandards.pdf

In diesem Beitrag nimmt der DNQP-Lenkungsausschuss umfangreich Stellung zur Nutzung vom und Arbeit mit Expertenstandards in der Pflege in unterschiedlichen Bereichen von Pflegepraxis, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft und betont die Intention der Arbeit mit Expertenstandards zur Qualitätsentwicklung und -verbesserung in der Pflege.

Hoffer, H. (2017): Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Pflegeversicherung – Paradigmenwechsel (auch) für die pflegerische Versorgung.

In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). Pflegereport 2017. S. 13-21. Stuttgart: Schattauer.

Der Artikel von Heike Hoffer bietet eine kurz gefasste Übersicht zu den Konsequenzen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Praxis der Pflege.

IGES Institut: Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis (Oktober 2019)

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Leitfaden_Los_1_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf (Aufruf 31.03.2025)

In dem Leitfaden werden die pflegewissenschaftlichen und sozialrechtlichen Grundlagen des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs (SGB XI) im Detail erläutert sowie Aspekte zur Umsetzung in der Praxis aufgezeigt. Thematisiert werden u.a. das pflegerische Selbstverständnis der Pflegenden (Person-zentrierte Pflege), die umfassendere Perspektive im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses (am Beispiel Strukturmodell) sowie die Konsequenzen für die Organisationsentwicklung der Pflegeeinrichtungen (ambulant, vollstationär).

Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) (2024) Vorbehaltsaufgaben der Pflege – Pflegewissenschaftliche und pflegerrechtliche Grundlegung und Einordnung, Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Duisburg, ISBN 978-3-00-078242-8 (28.02.2024)

In dieser Publikation werden fachliche und rechtliche Aspekte im Hinblick auf die Vorbehaltstätigkeiten (§ 4 PfIBG) für Pflegefachpersonen erläutert sowie die Bedeutung für verschiedene Versorgungssettings, das Pflegemanagement und die Pflegebildung aufgezeigt.

Wingenfeld, K., Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf (Aufruf: 15.04.2025)

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf (Aufruf: 15.04.2025)

Im Mittelpunkt dieser Publikation des ZQP steht die Qualität von Beratungsprozessen in der Pflege. Sie enthält viele fachliche und pflegewissenschaftliche Hinweise für das Verständnis und die Zuordnung (Definition) der Begriffe Aufklärung, Beratung, Anleitung und Edukation.

Anlagen

- Anlage 1a** Erläuterungen Funktion der Felder in der SIS® (A-C2) ambulant; (2017)
- Anlage 1b** Erläuterungen Funktion der Felder in der SIS® (A-C2) voll- und teilstationär; (2017)
- Anlage 2** Exemplarischer Projektplan zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Version 2.0/2017)
- Anlage 3** Formular Entlassplanung für die KZP (intern)
- Anlage 4** Formular Kommunikationsbogen für die TP (intern u. extern) (2017)
- Anlage 5** Stellungnahme Juristische Expertengruppe Pflegedokumentation sog. „Kasseler Erklärung“ I (2014) und II (2015)
- Anlage 6** Gemeinsame Pressemitteilung der Vertragsparteien gem. § 113 SGB XI (2014)
- Anlage 7** Thesenpapier Funktion und Zusammenhänge BI und SIS® (2016)
- Anlage 8** Leitfaden Pflegegradmanagement (PGM) und Strukturmodell (2017)
- Anlage 9** Technisches Anforderungsprofil zum Strukturmodell (Version 1.4; 2017)
- Anlage 10** Leitfaden zur technischen Unterstützung bei der Erhebung von Daten zur Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei Anwendung des Strukturmodells (2021)