

**Hinweise zur Umsetzung des Struktur-
modells zur Effizienzsteigerung der
Pflegedokumentation im Zusammenhang
mit Qualitätsprüfungen in Pflege-
einrichtungen nach den Qualitäts-
prüfungs-Richtlinien – QPR**

IMPRESSUM

Herausgeber

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

Theodor-Althoff-Str. 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Autoren

Diese Hinweise wurden von einem Projektteam der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ (SEG 2) der Medizinischen Dienste unter Beteiligung des MDS erarbeitet.

Oktober 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung (Teil A)	5
1. Strukturierung.....	5
2. Neues Prüfverfahren (stationär).....	6
Teil A	8
1. Zum Hintergrund der bundesweiten Implementierungsstrategie (IMPS) und Entwicklung der Konzeption des Strukturmodells	8
2. Die Steuerung des Pflegeprozesses mit den vier Elementen des Strukturmodells zur Ausrichtung der Pflegedokumentation in der Langzeitpflege	11
2.1. Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®)	13
2.2. Funktion und Anwendung des Maßnahmenplans	15
2.3. Funktion und Anwendung des Berichtsblatts	16
2.4. Die individuell gesteuerte Evaluation.....	18
3. Bedeutung der Pflegedokumentation im Kontext von Qualitätsprüfungen gemäß SGB XI und die Anwendung Strukturmodells.....	20
Teil B	22
1. Fragestellungen im Rahmen von Qualitätsprüfungen bei Anwendung des Strukturmodells in der Praxis.....	22
1.1. Fragen zur Strukturierten Informationssammlung (SIS®).....	22
1.2. Fragen zur Anwendung des Maßnahmenplans.....	23
1.3. Frage zu Durchführungsnachweisen	24
1.4. Fragen zur Evaluation	24
2. Exkurs: Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen.....	26
Literatur	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bundeseinheitliche Schulungsunterlagen (Version2.0) sind Grundlage für weitere Dokumente zur Unterstützung der Implementierung des Strukturmodells	9
Abbildung 2:	Grafische Darstellung des Strukturmodells auf der Grundlage des 4-phasiger Pflegeprozesse und wesentlicher Aspekte der Steuerung	10
Abbildung 3:	Die vier Elemente des Strukturmodells und ihre wesentlichen Funktionen	12
Abbildung 4:	Zuordnung und Funktion der Felder A/B/C1/C2 in der SIS®. Diese Systematik gilt auch für die TP und die KZP	13
Abbildung 5:	Grafische Darstellung der Schritte im 4- und 6-schrittigen Pflegeprozess.....	15
Abbildung 6:	Grafische Darstellung der drei Säulen des „Immer-So-Beweises“ für regelmäßige Abläufe in der Versorgung.....	17

Vorbemerkung (Teil A)

Diese Hinweise sind an die Prüferinnen und Prüfer der MDK und des PKV-Prüfdienstes, die Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI durchführen, adressiert. Sie richten sich ebenfalls an die Pflegeeinrichtungen und stellen für alle Beteiligten eine Orientierung zum Strukturmodell im Kontext von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI dar.

Das Strukturmodell ist keine Empfehlung zu einer Musterdokumentation in der Pflege. Es lässt den Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der Anforderungen an den Pflegeprozess bewusst fachlichen Spielraum in der Ausgestaltung der Pflegedokumentation. Dabei ergeben sich im Rahmen von Prüfungen Fragen zur Umsetzung des Strukturmodells.

Die Informationssammlung und die Risikoeinschätzung sind anhand der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) von zentraler Bedeutung für den Einstieg in den Pflegeprozess. Auch die schriftlich fixierte individuelle Tagesstruktur und die Maßnahmenplanung sind für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner unverzichtbar. Wingenfeld und andere führen hierzu im „Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ (Wingenfeld et al. 2018) aus:

„So müssen die individuelle Tagesstrukturierung und die individuelle Maßnahmenplanung in jedem Fall schriftlich dokumentiert sein. Fehlen sie ganz oder teilweise, so ist davon auszugehen, dass für den Bewohner das Risiko besteht, eine nicht seinem Bedarf und seinen Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu erhalten, weshalb das Fehlen einer individuellen Tagesstrukturierung oder eine lückenhafte Maßnahmenplanung als Defizit (...) zu werten ist.“

Sowohl durch die Prüfdienste als auch durch die Pflegeeinrichtungen, die das Strukturmodell anwenden, wird anerkannt, dass für immer wiederkehrende geplante Maßnahmen der Pflege und Betreuung in der Regel keine Durchführungsnachweise geführt werden müssen.

Inzwischen haben – auch auf Initiative des MDS – die Prinzipien des Strukturmodells Eingang in die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege“ (MuG vollstationär) gefunden. Weiterhin besteht die Freiheit, den Pflegeprozess nach anderen Modellen auszurichten.

Die Erfahrungen der Prüfteams mit der Umsetzung des Strukturmodells im Kontext der Prüfpraxis werden in diesen Informationen aufgegriffen.

1. Strukturierung

Teil A enthält eine grundlegende Information zur Genese und Konzeption des Strukturmodells und seiner vier Elemente im Rahmen der breit angelegten Entbürokratisierungsbestrebungen in der Pflege.

Diese Hinweise geben mit einer etwas anderen Akzentuierung als in den umfangreichen Schulungsunterlagen von EinSTEP einen knapp gehaltenen Überblick zum Strukturmodell.

In **Teil B** wird punktuell auf Fragestellungen im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen eingegangen. Dabei wird berücksichtigt, dass zukünftig drei unterschiedliche Qualitätsprüfungs-Richtlinien (ambulant, vollstationär und teilstationär) zur Anwendung kommen. Auch der neue Ansatz für die vollstationäre Pflege wird dabei beachtet.

2. Neues Prüfverfahren (stationär)

Im November 2018 wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossen, dass die neue Qualitätsprüfung und -darstellung bis Ende 2019 umzusetzen ist. Die Qualitätsprüfung basiert wie bisher auf der Inaugenscheinnahme von stichprobenhaft ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern sowie einem persönlichen Gespräch mit ihnen, um die Versorgungsqualität zu untersuchen. Darüber hinaus prüft der MDK künftig die Plausibilität der Qualitätsdaten, die die Pflegeeinrichtung selbst über diese Bewohnerinnen und Bewohner ermittelt und an eine Datenauswertungsstelle (DAS) weitergeleitet hat (Ergebnisindikatoren). Ein weiterer wichtiger Baustein ist das Fachgespräch mit den Pflegekräften vor Ort. Insgesamt gewinnt die pflegfachliche Beratung des MDK an Bedeutung.

Beim neuen Prüfverfahren rückt die Versorgungsqualität, die bei den Bewohnerinnen/Bewohnern persönlich untersucht wird, noch stärker in den Fokus. Entscheidend für die Bewertung ist, ob die oder der Einzelne von der Einrichtung so unterstützt wird, wie es dem individuellen Bedarf entspricht. Auch die Pflegedokumentation wird bei der Bewertung der Qualität zu Grunde gelegt. Die Bewertungshinweise der neuen QPR (vollstationär) beziehen sich auch auf die Pflegedokumentation, insbesondere wird die individuelle Maßnahmenplanung als eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitätsvolle Versorgung betrachtet. Reine Dokumentationsdefizite werden jedoch bei der Qualitätsdarstellung nicht mehr berücksichtigt, wenn sich aus diesen keine Risiken oder negative Folgen für die Bewohnerin bzw. den Bewohner ableiten lassen. Gleichwohl behält die Pflegedokumentation ihre Bedeutung für die Pflegefachkraft zur Steuerung des Pflegeprozesses.

Die Qualitätsprüfungen von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem neuen Verfahren starten ab November 2019 auf der Basis von bundesweit gültigen Prüfrichtlinien. Für die ambulante Pflege ist eine Überarbeitung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR ambulant) vorgesehen, sobald die Pilotierung des von Büscher et al. (2018) entwickelten Prüfverfahrens abgeschlossen ist.

Weder das in der Pilotierung befindliche Prüfverfahren für die ambulante Pflege, noch das ab November 2019 umzusetzende Prüfverfahren für die vollstationäre Pflege wird neue Anforderungen an die Pflegedokumentation mit sich bringen (Wingenfeld und Büscher 2018). Die bisherige QPR Teil 1 für die ambulante Pflege wird vorläufig weiter für Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege eingesetzt. Die bisherige QPR Teil 2 für die stationäre Pflege wird vorläufig weiter für Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege eingesetzt (QPR vom 27.11.2017).

Diese Hinweise zur Umsetzung des Strukturmodells im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen werden auf der Internetseite des MDS (www.mds-ev.de) sowie auf der Internetseite des Projektbüros (www.ein-step.de) zum Download bereitgestellt - mit dem Ziel, Informationen sowie Hilfestellung und Transparenz zur Konzeption des Strukturmodells im Rahmen von Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten zu bieten.

Der MDS und die SEG 2 bedanken sich beim Projektbüro für den konstruktiven Dialog und die wertvollen Hinweise. Die Medizinischen Dienste werden sich weiterhin an der Arbeit in den Gremien auf Landes- und Bundesebene im Rahmen der weiteren Implementierung mit ihrer Expertise beteiligen.

Teil A

1. Zum Hintergrund der bundesweiten Implementierungsstrategie (IMPS) und Entwicklung der Konzeption des Strukturmodells

Der Vorschlag für die Konzeption des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation ist auf der Grundlage vielfältiger Beratungen mit Experten aus Praxis, Wissenschaft, Sozial- und Haftungsrecht sowie Prüfinstanzen, u. a. des MDS, entwickelt worden. Mit der Entwicklung des Strukturmodells sollten folgende Ziele (2012/13) verfolgt werden:

- ◆ Überprüfung und Bewertung bisheriger fachlicher und juristischer Aussagen zur Dokumentation sowie Minimierung des zeitlichen Aufwandes für die Pflegedokumentation (Entbürokratisierung),
- ◆ Herausstellung der fachlichen Kompetenz und beruflichen Erfahrung der Pflegefachkräfte,
- ◆ Rückgewinnung des Stellenwertes der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag (Steuerung des Pflegeprozesses/Qualitätssicherung) und
- ◆ Orientierung auf den (künftigen) Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflege (Konzept Personzentrierung) und die Module des darauf aufbauenden Begutachtungsinstruments.

In einem Projekt zur praktischen Anwendung des Strukturmodells zur „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ wurde das Strukturmodell in der Praxis getestet (BMG 2014). Diese Testung verlief erfolgreich und führte zu einer nie dagewesenen bundesweiten Aktion zur Entbürokratisierung der Pflege, an deren erfolgreichem Verlauf auch der MDS und die MDK Gemeinschaft sowie alle Prüfteams in den Ländern beteiligt waren.

Auf Initiative des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und des BMG wurde am 1. Januar 2015 das Projektbüro EinSTEP (**E**inführung des **S**trukturmodells zur **E**ntbürokratisierung der **P**flegedokumentation, www.ein-step.de) eingerichtet. Ziel war es, im Rahmen der bundesweiten Implementierungsstrategie das Strukturmodell flächendeckend in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen umzusetzen.

Im Rahmen der Implementierungsstrategie beauftragten die Verbände der Leistungserbringer in Zusammenarbeit mit 13 Bundesländern das IGES- Institut, die Anwendung des Strukturmodells auch für die Tages- und die Kurzzeitpflege inhaltlich zu überprüfen und einem weiteren Praxistest zu unterziehen (2016/2017). Mit kleineren Anpassungen (Schulungsunterlagen Version 2.0) konnte das Strukturmodell auch in die solitäre Kurzzeitpflege und die Tagespflege bundesweit eingeführt werden. Für eingestreute Betten der Kurzzeitpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen gelten diese Anpassungen ebenso. Die Schulungsunterlagen und das dazugehörige Folienset wurden diesbezüglich ergänzt (Nov. 2017/März 2019).

Auftrag des Projektbüros und der fünf Regionalkoordinatorinnen war es, in Zusammenarbeit mit über 700 geschulten Multiplikatoren/Multiplikatorinnen der freigemeinnützigen und privaten Verbände ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bundesweit bei der Umsetzung der Neukonzeption für die Pflegedokumentation auf der Grundlage bundeseinheitlicher Schulungsunterlagen zu unterstützen.

Dieses Schulungsmaterial wurde auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Prüfinstitutionen zur Verfügung gestellt und war Grundlage für die Multiplikatorenseminare des MDS, die auch einer begrenzten Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus allen Heimaufsichten der Länder sowie dem PKV-Prüfdienst offenstanden (2015). Das Ergebnis fand Eingang in die erste und Folgeversionen der „Ergänzenden Erläuterungen“, die mit der heutigen Vorlage, der „Hinweise zur Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien QPR“, auf der Grundlage der Erfahrungen aus den vergangenen vier Jahren aktualisiert worden sind.

Aktive Rolle des MDS und der MDK Gemeinschaft vor, während und nach der IMPS

MDS und MDK-Gemeinschaft haben die IMPS zur Effizienzsteigerung in der Pflege von Anfang an konstruktiv begleitet. Ein Vertreter des MDS war an der Expertengruppe, die das Strukturmodell entwickelt hat, beteiligt. MDK und MDS tragen die Einführung des Strukturmodells vollumfänglich mit und sind Mitglied im Lenkungsgremium auf Bundesebene. Mit der Unterstützung zur Umsetzung des Strukturmodells leisten der MDS und die MDK-Gemeinschaft ihren Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege. Gleichzeitig tragen sie hierdurch zu dem gewünschten Perspektivwechsel in der Pflege bei: hin zu einem person-zentrierten Ansatz und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis.

Beendigung der IMPS und Übergabe des Projektbüros EinSTEP an die Verbände

Die aktuelle Version der Schulungsunterlagen sowie weitere Informationen finden sich auf der Internetseite des Projektbüros im Downloadbereich (www.ein-step.de/downloads/) wieder. Ebenso können die vier **verschiedenen**, auch elektronisch ausfüllbaren Versionen der Strukturierten Informationssammlungen (SIS®) im DIN A3- und DIN A4-Format heruntergeladen werden. Sie sollen **unverändert** in elektronischen oder papiergestützten Dokumentationssystemen Anwendung finden. Der Begriff SIS® ist u. a. deshalb seit 2016 **markenrechtlich** auf die Bundesrepublik Deutschland **eingetragen**.



Abbildung 1: Bundeseinheitliche Schulungsunterlagen (Version 2.0) sind Grundlage für weitere Dokumente zur Unterstützung der Implementierung des Strukturmodells

Die Zuständigkeit für das Projektbüro EinSTEP ist im November 2017 vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung auf die Leistungserbringerverbände übergegangen; die Organisationsstruktur auf Bundes- und Landesebene (Lenkungs-gremium/ Kooperationsgremien/Projektbüro) wurde beibehalten.

Die Vertragspartner nach § 113 SGB XI haben in den neuen Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der **vollstationären** Pflege vom 23.11.2018, wie oben bereits dargestellt, die Konzeption des Strukturmodells als Grundlage einer Pflegedokumentation bestätigt.

Für die Anwenderinnen und Anwender des Strukturmodells in der **ambulanten und teilstationären** Pflege gilt weiterhin der Beschluss vom 3. Juli 2014, dass die Kompatibilität der Ergebnisse des Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI bezüglich der Pflegedokumentation und der hieraus resultierenden Prüfanforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114 SGB XI gegeben ist.

Die Ausrichtung der Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell und wesentliche Konsequenzen auf der Handlungsebene stellen sich im Überblick wie folgt dar:

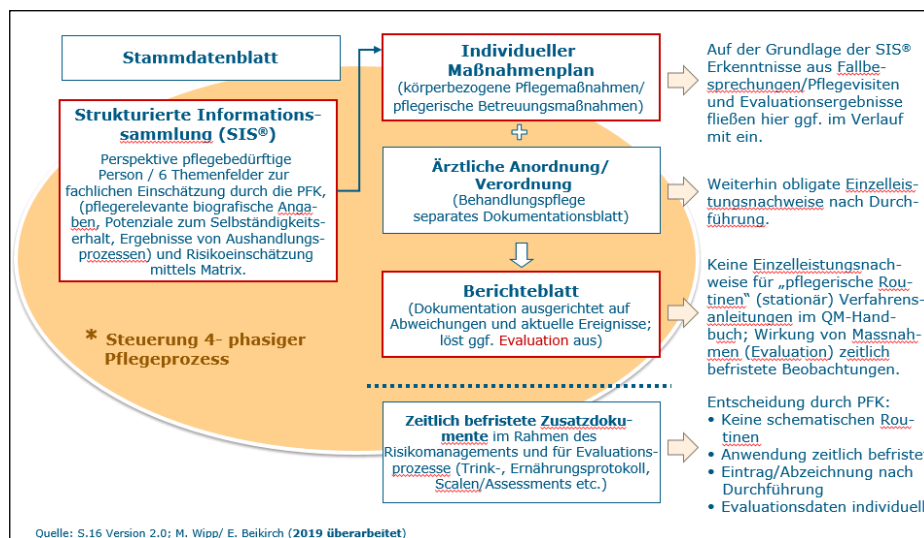


Abbildung 2: Grafische Darstellung des Strukturmodells auf der Grundlage des 4-phasiger Pflegeprozesse und wesentlicher Aspekte der Steuerung

Die folgenden Ausführungen basieren im Wesentlichen auf den Texten der Schulungsunterlagen (Version 2.0), die zum Ende der Implementierungsstrategie (IMPS) Ende 2017 vom Projektbüro EinSTEP grundlegend überarbeitet wurden und beziehen die Umsetzung des Strukturmodells in der Tages- und Kurzzeitpflege mit ein.

Sie wurden weiterhin um fachlich-inhaltliche Akzente aus den Erfahrungen der Implementierungsstrategie und den Rückmeldungen aus den Medizinischen Diensten und den Verbänden ergänzt.

Die Abbildungen sind ausschließlich der Version 2.0 oder dem dazugehörigen Folienset entnommen. Die Materialien stehen auf der Homepage von EinSTEP zum Download der Fachöffentlichkeit **frei zur Verfügung**.

2. Die Steuerung des Pflegeprozesses mit den vier Elementen des Strukturmodells zur Ausrichtung der Pflegedokumentation in der Langzeitpflege

An zwei Grundsatzentscheidungen soll hier noch einmal zu Beginn der „Hinweise zur Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR“ erinnert werden, die in einem engen sachlichen Zusammenhang bei der Entwicklung des Strukturmodells bereits im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff standen:

- ◆ Das Verlassen des 6-Phasen-Modells des Pflegeprozesses zugunsten des 4-Phasen-Modells (direkter Problemlösungsansatz)
- ◆ Den Ausgangspunkt professioneller Pflege konsequent aus dem Blickwinkel der zu pflegenden Person (und des sozialen Umfeldes) abzubilden und um eine pflegfachliche Perspektive zu ergänzen (person-zentrierter Ansatz, vgl. Roes 2014).

Das Strukturmodell basiert deshalb auf sog. „Vier Elementen“ in Anlehnung an den vierphasigen Pflegeprozess analog WHO (Yura und Walsh). Das Strukturmodell mit seinen vier Elementen zur Steuerung des Pflegeprozesses bildet fachlich und konzeptionell **eine Einheit** bei der Neuausrichtung der Pflegedokumentation. Es kann u. a. ohne eine **zweitägige Schulung des Pflege- und Qualitätsmanagements** durch geschulte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Verbände und sukzessive aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung **nicht fachgerecht** angewandt werden.

Im Pflege- und Qualitätsmanagement wird im Rahmen der Schulungen darauf hingewiesen, dass es einer zusätzlichen **begleitenden internen und möglichst auch externen Reflexion** im Einführungsprozess einschließlich der sich anschließenden Phase der Verstetigung bedarf. Hierzu haben sich vielerorts über die Verbände regionale Netzwerke gebildet.

Funktion und Charakteristika der vier Elemente des Strukturmodells sind:

- ◆ Die **Strukturierte Informationssammlung (SIS®)** als Einstieg in den Pflegeprozess mit der Eigeneinschätzung der pflegebedürftigen Person, den sechs Themenfeldern zur fachlichen Einschätzung durch eine Pflegefachkraft einschließlich der individuellen pflegesensitiven Risiken und Phänomene in der Risikomatrix (Element 1)
- ◆ Der **individuelle Maßnahmenplan** mit den Erkenntnissen aus der SIS® (oder im Verlauf aus Eintragungen in dem Berichtblatt) zu Maßnahmen der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft (Element 2) in Form einer Tagesstrukturierung (24 Stunden) oder Ablauf des Hausbesuches oder des Besuchs in der TP
- ◆ Das **Berichtblatt** zur Nutzung durch **alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten**; „Informations- und Kommunikationsplattform“ (Element 3)

- ◆ **Die Evaluation** mit der Akzentuierung einer **individuellen** und **anlassbezogenen** (nicht schematisch oder routinemäßige vorgegebenen) Vorgehensweise gewinnt an Dynamik im Strukturmodell. Sie wird - je nach Situation - aus den Erkenntnissen der SIS®, den Festlegungen im Maßnahmenplan und **vor allem** durch die Eintragungen in **dem Berichtblatt** gesteuert (Element 4).

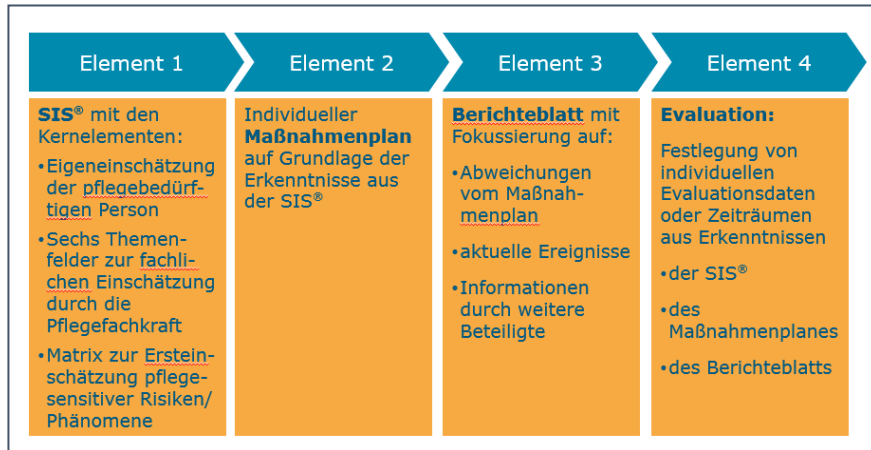


Abbildung 3: Die vier Elemente des Strukturmodells und ihre wesentlichen Funktionen

Weitere ggf. befristet einzusetzende erforderliche Zusatzdokumente unterliegen der Entscheidung des Pflege- und Qualitätsmanagements und müssen entsprechend hinterlegt (z. B. im QM-Handbuch) und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sein.

Die pflegewissenschaftliche Konzeption des Strukturmodells und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die wissenschaftliche und pflegefachliche Konzeption des Strukturmodells ist in Anlehnung an das (damals zu erwartende) neue Begutachtungsinstrument (BI) auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes entwickelt worden. Der Ansatz der person-zentrierten Pflege sollte sich deshalb auch in der Gestaltung der Pflegedokumentation zur Steuerung des Pflegeprozesses widerspiegeln. Dieser Ansatz ist charakterisiert durch drei wesentliche Merkmale im Umgang mit der pflegebedürftigen Person (M. Roes 2014):

- ◆ Partizipation der pflegebedürftigen Person durch aktive Ansprache
- ◆ In Beziehung treten mit der pflegebedürftigen Person durch Verständigung über zukünftige Pflege und Betreuung unter Beachtung von Autonomie und Selbstbestimmung
- ◆ Berücksichtigung des Lebensumfeldes, z. B. ambulantes oder stationäres Setting

Die Konzeption des Strukturmodells zielt auf eine hohe Übereinstimmung zwischen dem pflegefachlichen Verständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (1. Januar 2017) und den sich daraus ergebenden Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen. Mit den aktuellen Maßstäben und Grundsätzen (vollstationär) gilt das Strukturmodell als Referenzrahmen für die Pflegedokumentation in der Langzeitpflege. Darauf wird in der Präambel des Beirats (gemäß § 118c SGB XI) zur Expertise „Strukturierung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld /Büscher, Dez. 2017) ausdrücklich hingewiesen.

2.1. Das Konzept der Strukturierten Informationssammlung (SIS®)

Ein zentrales Element des Strukturmodells (neben der veränderten Funktion des Berichtsblatts) ist die **Strukturierte Informationssammlung (SIS®)**. Für dieses Element werden getrennt für die ambulante und die stationäre Pflege sowie für die Tages- und Kurzzeitpflege **jeweils eine gesonderte Version** zur Verfügung gestellt (Download www.ein-step.de). Die Anwendung der SIS® sowie die darauf aufbauende Maßnahmenplanung ist ausschließlich eine Aufgabe für Pflegefachkräfte.

Die SIS® ist kein „Formular“, sondern ein **wissenschaftsbasiertes Konzept** zum Einstieg in den vierphasigen Pflegeprozess. **Sie kann nicht einfach in ein bestehendes Dokumentationssystem eingefügt werden** und ist **integraler Bestandteil** bei der Entscheidung zu einer **grundlegenden Neuausrichtung** der Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell.

Die SIS® ist in vier Abschnitte eingeteilt (Felder A, B, C1 und C2), die systematisch aufeinander aufbauen und jeweils eine spezifische Funktion haben. Die SIS® wird immer komplett befüllt, kein Feld darf ausgelassen oder übersprungen werden. Die folgende Abbildung stellt Aufbau und Felder (A/B/C1/C2) der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) im Überblick dar:

Abbildung 4: Zuordnung und Funktion der Felder A/B/C1/C2 in der SIS®. Diese Systematik gilt auch für die TP und die KZP

Kurze Beschreibung der Funktion der vier Felder in der SIS®:

- ◆ **Feld A:** Allgemeine Angaben zur Person, **Leiste zur Unterschrift der Pflegefachkraft, die für die SIS® verantwortlich zeichnet sowie das Datum der Erhebung.** Es besteht ebenso eine Leiste für die Unterschrift der pflegebedürftigen Person (oder ggf. Angehörige, Betreuer etc.) als Ausdruck der gemeinsamen Verständigung zu wesentlichen Aspekten der Versorgung und Selbstbestimmung. Letzteres ist allerdings in das Ermessen der Pflegeeinrichtung gestellt.
- ◆ **Feld B:** Ausschließlich Perspektive und Sichtweise der pflegebedürftigen Person, Angaben zum Unterstützungsbedarf und Äußerungen zum Selbständigkeitserhalt aus ihrer Sicht (narrative Erzählweise). Das Zitieren des Originaltons der pflegebedürftigen Person betont die Bedeutung von Individualität und Wertschätzung ihr gegenüber. **Die Perspektive der pflegebedürftigen Person ist in den folgenden Themenfeldern im Rahmen des weiteren Gesprächsverlaufs konsequent von der Pflegefachkraft mit zu berücksichtigen (person-zentrierter Ansatz).**

- ◆ **Feld C1: Fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft zum Hilfebedarf, zum Selbständigkeitserhalt** und zur Einschätzung der Situation im Hinblick auf die Abwehr **individueller gesundheitlicher Risiken** im Dialog mit der pflegebedürftigen Person. Die Erfassung der fachlichen Perspektive in den Themenfeldern der SIS® **erfolgt in Anlehnung** an die Module und Kriterien des Begutachtungsinstruments (BI).
Gleichwohl dienen die SIS® und das BI unterschiedlichen Zwecken (siehe Thesenpapier Homepage EinSTEP: „Unterschiede und Zusammenhänge SIS® und BI“, Beikirch et al. 2016).
- ◆ **Feld C2: Matrix zur Feststellung und Dokumentation von Risiken und Phänomenen durch die Pflegefachkraft im Zusammenhang mit den Themenfeldern aus C1 (Kontextkategorien)** und ggf. zur Notwendigkeit „weiterer Einschätzungen“ zur abschließenden fachlichen Beurteilung im Hinblick auf konkrete Maßnahmen zur Abwehr von festgestellten gesundheitlichen Risiken. Hierbei gibt es inzwischen unterschiedliche Variante des Vorgehens.

Spezifische Aspekte im Zusammenhang mit dem Feld C2 (Risikomatrix)

Das Feld C2 bildet einen eigenständigen Erhebungsteil im Rahmen der SIS®. Hier werden maßgebliche pflegerelevante Bereiche (Kontext Themenfelder) mit einer wissenschaftlich belegten Auswahl von häufig vorkommenden Risiken/Phänomenen verbunden. Ausgewählt wurden diejenigen Risiken, die häufig einzeln oder in Kombination miteinander vorkommen und zentral bei Pflegebedürftigkeit auftreten. Die Risiken und Phänomene in den Spalten der Risikomatrix sind im Sinne einer zusammenfassenden Bewertung (Befunderhebung) der differenzierten Situationseinschätzung in den einzelnen Themenfeldern der SIS® zu verstehen.

Pflegerische Probleme der pflegebedürftigen Person werden nicht mehr isoliert („nebeneinander pro Risiko“), sondern im Hinblick auf ihre Gesamtsituation (im Überblick) wahrgenommen und eingeschätzt (Roes 2014).

Die Einschätzung zur individuellen Abwehr gesundheitlicher Risiken **zu Beginn einer Pflegeübernahme** erfolgt **immer auf Grundlage der Erkenntnisse aller Felder** der SIS® und stellt ein sog. „Initialassessment“ („Ersteinschätzung“) dar. Dies entspricht z. B. den Empfehlungen zum Vorgehen in den Expertenstandards des DNQP. Hierbei spielen die Fachlichkeit der Pflegefachkraft und ihre berufliche Erfahrung eine zentrale Rolle.

Die Risikomatrix in der SIS® ist daher eine strukturelle Hilfestellung, um eine erste fachliche Einschätzung der Pflegesituation vorzunehmen, **ohne hierfür bereits ein standardisiertes Instrument zu nutzen** oder zusätzliche Fachexpertise heranzuholen. Die Risikomatrix hat die Funktion einer zusammenfassenden **fachlichen „Befunderhebung“** durch die Pflegefachkraft zum Abschluss der SIS®. **Die Schlussfolgerungen daraus (angekreuzte Kästchen) finden sich erst auf der Ebene des Maßnahmenplans wieder.**

Die SIS® hingegen **ist unverändert in Struktur und inhaltlicher Ausrichtung anzuwenden**. Um dies auch technisch zu gewährleisten, wurde extra mit den Herstellern ein sog. „Technisches Anforderungsprofil“ (Version 1.4, siehe Abb. 1) zur Umsetzung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen entwickelt (Download Homepage EinSTEP).

2.2. Funktion und Anwendung des Maßnahmenplans

Das Strukturmodell führt anstelle des Begriffs „Pflegerplanung“ den Begriff „Maßnahmenplan“ ein, da hier neben pflegerischen auch hauswirtschaftliche und betreuende Maßnahmen sowie „Informationen Dritter“ (z. B. des sozialpflegerischen Dienstes, Ergo- und Physiotherapie etc.) miteinfließen. **Die Änderung der Bezeichnung bedeutet nicht den Wegfall der Pflegeplanung, wie es mitunter von Pflegeeinrichtungen dargestellt wird.** Auch im Rahmen des Strukturmodells sind individuelle pflegerische und betreuende Maßnahmen zur Gewährleistung eines gleichbleibenden Niveaus in der Pflege und Betreuung zu planen (Element 2).

Das 4-schrittige Pflegeprozessmodell und Konsequenzen für die Dokumentation

Im vierphasigen Pflegeprozessmodell sind keine gesonderten Festlegungen von Pflegezielen vorgesehen. Dieses Vorgehen gehört zu den Grundentscheidungen bei der Entwicklung des Strukturmodells. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ziele der Maßnahmen durch den Abgleich mit den Wünschen der pflegebedürftigen Person (Frage B/SIS®) ableiten lassen (planungsimmanente Ziele).

Kerngedanke dabei ist, die Abkehr von einer kleinteiligen und fragmentierten Wahrnehmung der pflegebedürftigen Person hin zur Betrachtung der Gesamtsituation und direkt daraus abzuleitender Maßnahmen des Hilfe- und Unterstützungsbedarf („individuelle Problemlösung“ unter dem Aspekt „Erhalt der Selbständigkeit“). **Die Entscheidung für den 4-schrittigen Pflegeprozess** (und damit den „Verzicht“ auf die Schritte 2 und 3 des 6-schrittigen Pflegeprozesses) **dient also keineswegs nur dem Ziel der Aufwandsreduktion.**

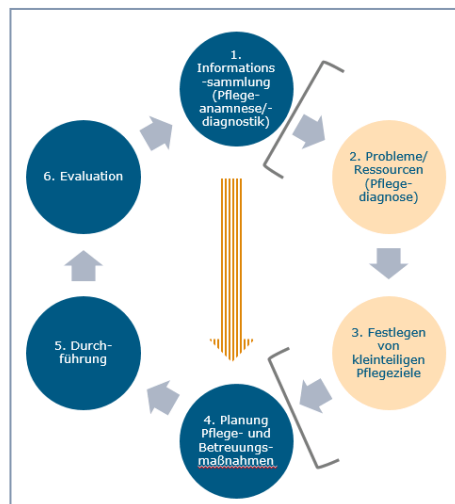


Abbildung 5: Grafische Darstellung der Schritte im 4- und 6-schrittigen Pflegeprozess

Entscheidend für die zu prüfenden Ergebnisse der Versorgungsqualität ist die Darstellung der personenbezogenen regelmäßig und gemeinsam vereinbarten Maßnahmen. Diese sind handlungsleitend und eindeutig in dem Maßnahmenplan komprimiert zu beschreiben. Zu kleinschrittige oder ausufernde Formulierungen (die beispielweise das normale Procedere von Pflegehandlungen beschreiben) sind hierbei hinderliche Faktoren. Auf bestehende Verfahrensanleitungen kann verwiesen werden und **bei Bedarf** ist die davon abweichende individuelle Ausprägung im Vorgehen knapp zu dokumentieren.

Die Maßnahmenplanung erfolgt in der stationären Pflege und der Kurzzeitpflege in der Regel durch eine (Rahmen-)Tagesstrukturierung einschließlich der nächtlichen Versorgung. Hier kann mit fixen Zeiten oder Zeitkorridoren gearbeitet werden. Wichtig ist, dass dokumentiert ist, wenn aus fachlicher Sicht oder aus Sicht der/des Pflegebedürftigen bestimmte Maßnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt erbracht werden sollten bzw. müssten. In der ambulanten Pflege oder der Tagespflege gibt es inzwischen unterschiedliche Formen der Darstellung zum Ablauf des Pflegeeinsatzes und ggf. einer Koppelung an die Tourenplanung.

Die Umsetzung des Strukturmodells lässt der Praxis bei der Gestaltung des Maßnahmenplans bewusst viel Spielraum, um die internen Entscheidungsprozesse zur Pflegeprozesssteuerung und Anpassungen an die Konzepte und Zielgruppen der Pflegeeinrichtungen zu fördern. In den Schulungsunterlagen wird allerdings auf **die obligaten Angaben**, die ein Maßnahmenplan immer enthalten sollte und die verbindlich sind, hingewiesen. Für die Tagespflege und die Kurzzeitpflege gibt es sogar verschiedene konkrete Vorschläge zur Strukturierung dieses Dokuments hierzu.

2.3. Funktion und Anwendung des Berichtsblatts

Das Berichtsblatt ist das **zentrale Element zur Steuerung des Pflegeprozesses** im Strukturmodell, da das Vorgehen im Gegensatz zu Pflegedokumentationen auf der Basis von sechs Schritten ganz wesentlich verändert wurde: Es werden die Abweichungen von den immer wiederkehrenden geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung dokumentiert und nicht bestätigt, dass „wie geplant“ gepflegt wurde.

Eintragungen in dem Berichtsblatt erfolgen deshalb mit dem Fokus auf:

- ◆ Abweichungen zu immer wiederkehrenden körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder anderer festgelegter „Rituale“
- ◆ Gezielte und zeitlich befristete Beobachtungen auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS® oder Eintragungen im Berichtsblatt zur Gefahrenabwehr oder zur Abklärung unklarer Situationen
- ◆ Dokumentation von tagesaktuellen Ereignissen und ggf. entsprechenden pflegefachlichen Reaktionen
- ◆ Bündelung der Erfassung relevanter Informationen von allen an der Versorgung Beteiligten (auch Angehörigen/Betreuern etc.) an einer Stelle

Zielstellung:

- ◆ Informationen zur aktuellen Situation der pflegebedürftigen Person und Evaluationsprozesse werden übersichtlich erfasst
- ◆ Veränderungen im Zustand der pflegebedürftigen Person (positive wie negative) werden zeitnah erkannt
- ◆ „Informationsplattform“ aller an der Pflege, Betreuung und Therapie Beteiligten und Förderung der bereichsübergreifenden Kommunikation sowie im Team

In der **stationären** Pflege sind somit keine Einzelleistungsnachweise für regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen und Abläufe in der Pflege und Betreuung erforderlich. Das heißt, die Durchführung der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der

pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Zwischenschritte und Selbstverständlichkeiten müssen **nicht** mittels Einzelleistungsnachweis dokumentiert werden. **Hier gilt der sogenannte „Immer-so-Beweis“**. In der folgenden Abbildung sind **die drei Säulen** des „Immer-so-Beweises“ dargestellt.

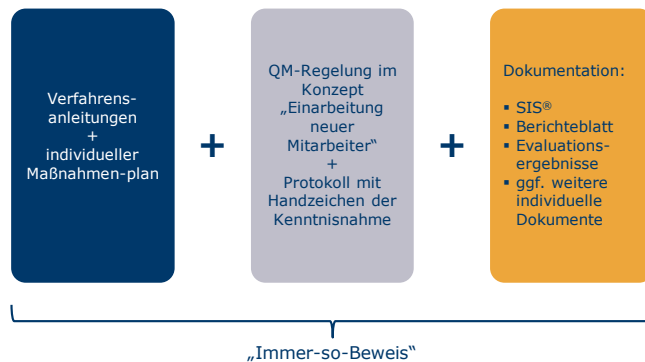


Abbildung 6: Grafische Darstellung der drei Säulen des „Immer-So-Beweises“ für regelmäßige Abläufe in der Versorgung

Kurze Erläuterungen zu den Voraussetzungen und den Anforderungen an das Pflege- und Qualitätsmanagement (auch unabhängig von dem Strukturmodell):

- ◆ **Eine erste Voraussetzung**, um „so“ zu verfahren, ist die Hinterlegung von schriftlichen Verfahrensanleitungen (auch Leitlinien, Standards, etc. genannt) für die wichtigsten wiederkehrenden Handlungen in der Pflege und Betreuung. In ihnen wird das übliche Vorgehen der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen kurz beschrieben.
- ◆ Diese Leistungsbeschreibungen dienen der Gewährleistung einer einheitlichen Vorgehensweise in der Pflegeeinrichtung sowie der Sicherstellung einer gleichbleibenden Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Personen. **Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung dieser Leistungen sind in Stellen- oder Funktionsbeschreibungen** zu regeln.
- ◆ **Eine zweite Voraussetzung** ist die einheitliche Regelung im Qualitätsmanagementhandbuch, wie die Verfahrensanleitungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt gemacht werden. Neben der Berücksichtigung im Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, ist ein schriftlicher Nachweis zu führen. Hier bestätigt die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter, dass sie/er die Verfahrensanleitungen gelesen und zur Kenntnis genommen hat.
- ◆ **Die dritte Voraussetzung** ist ein geeignetes und **übersichtliches** Dokumentationssystem zur Steuerung des Pflegeprozesses im Rahmen der individuellen Versorgung.

Einzelleistungsnachweise in der Pflegedokumentation sind weiterhin erforderlich im

Ambulanten Bereich:

- für verordnete Maßnahmen der Behandlungspflege
- für Lagerungs- und Bewegungsprotokolle bei Dekubitusrisiko
- ggf. bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements
- für Leistungen nach § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag)

Stationären/teilstationären Bereich:

- für angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege
- für Lagerungs- und Bewegungsprotokolle bei Dekubitusrisiko
- ◆ ggf. bei individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements

Zusammenfassend stellt sich die Verschlinkung (Effizienzsteigerung) der Dokumentationspraxis bei vorliegenden Verfahrensanleitungen im Rahmen des „Immer-so-Beweises“ wie folgt dar:

Einzelleistungsnachweise für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen **entfallen im stationären/teilstationären** Bereich.

Für die immer wiederkehrenden Maßnahmen der pflegerischen Versorgung und Betreuung und der Hauswirtschaftlichen Versorgung etc. sind sie im **ambulanten** Bereich (Leistungskomplexe) **weiterhin notwendig, da sie als Abrechnungsgrundlage** dienen.

Die Dokumentation und der Durchführungsnachweis ärztlich delegierter oder verordneter Maßnahmen im Rahmen der **Behandlungspflege bleiben wie bisher**.

2.4. Die individuell gesteuerte Evaluation

Die Evaluation im Strukturmodell ist im Grundsatz **individuell** und **nicht schematisch** ausgerichtet. Sie gewinnt daher erheblich an Dynamik, erfordert aber eine größere Verantwortung der Pflegefachkräfte als bislang. Bei sachgerechter Umsetzung des Strukturmodells gewinnt sie im Rahmen der person-zentrierten Pflege für die pflegerische Praxis wie folgt an Bedeutung:

- ◆ Durch die veränderte Funktion des Berichtesblattes wird die Aufmerksamkeit des Pflege- und Betreuungsteams **gezielt auf akute oder schleichende Veränderungen** (positiv wie negativ) gelenkt und damit die Notwendigkeit einer Evaluation von Maßnahmen oder einer pflegetherapeutischen Intervention frühzeitig erkannt.
- ◆ Das Instrument der **Fallbesprechung im Team** wird systematisch genutzt und die Kommunikation im Team gewinnt wieder an Bedeutung. Die kommunikative Kompetenz der Pflegefachkräfte spielt z. B. auch bei der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Aushandlungsprozess) und in den künftigen Qualitätsprüfungen eine wichtige Rolle.
- ◆ Befristete Zeiträume zur Evaluation gewährleisten die kurzfristige Überprüfung der Wirksamkeit von einzelnen Maßnahmen, ob individueller Anpassungsbedarf in der Pflege und Betreuung (Maßnahmenplan) zeitnah besteht. Die Evaluation kann auch genutzt werden, um zeitlich befristete und anlassbezogene Maßnahmen in Abweichung zum Maßnahmenplan im Berichtesblatt zu dokumentieren.
- ◆ Im Ergebnis dieser Vorgehensweise ist die Pflegedokumentation in sich stimmig und tagesaktuell.

Die Festlegung von Evaluationsdaten können sich im Einzelfall beziehen auf:

- ◆ Festgelegte (in der Regel befristete) Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Risikomanagement
- ◆ Aspekte einer zeitlich befristeten Maßnahme zur Beobachtung bei unklaren Ausgangslagen **zu Beginn** der Pflegeübernahme oder **im Verlauf** der Versorgung (z. B. Eintrag Berichtesblatt)
- ◆ Akute Situationen (gesundheitliche Einbrüche) oder einem schleichenden Prozess der Veränderung (Pflegegradmanagement)
- ◆ Festlegung eines fixen Zeitpunkts (Dauer) zur Überprüfung der SIS® und des Maßnahmenplans bei **stabilen** Pflegesituationen im Fall von längeren Zeiträumen **ohne Eintragungen** im Berichtesblatt

Zu der grundsätzlichen Frage, wann die SIS® zu erneuern ist, sollten klare Regelungen im QM-Handbuch vorliegen. **Auf keinen Fall ist es fachlich notwendig, bei jeder Veränderung des Maßnahmenplans auch die SIS® zu erneuern.** Dies würde dem Konzept des Strukturmodells und den Prinzipien einer schlanken Pflegedokumentation zuwiderlaufen (siehe hierzu auch „kleiner und großer Evaluationskreis“ Punkt 4.4).

In welchem Zeitraum die erstmalig erhobene SIS® nach Beginn der Versorgung erstellt wird, obliegt der Entscheidung des Pflege- und Qualitätsmanagements. Um Einschätzungen zu dokumentieren, die sich zu Beginn der Pflegeübernahme (oder dem Einzug bzw. dem Besuch in der Tagespflege) häufig erst sukzessive einstellen, bedarf es einer grundsätzlichen Entscheidung, welcher Zeitraum und welches Vorgehen hierfür gewählt werden. In der Praxis hat sich ein Zeitraum innerhalb von 24 Stunden bis zu einer Woche durchgesetzt.

Das Projektbüro EinSTEP hat das Vorgehen inzwischen konkretisiert und empfiehlt innerhalb von 24 Stunden eine vorläufige SIS® einschließlich Risikoeinschätzung zu erstellen und nach 7 Tagen eine überprüfte bzw. ergänzte SIS® zur Grundlage der weiteren Versorgungsplanung anzulegen. Die Sammlung der vertieften Erkenntnisse oder Beobachtungen erfolgt in diesem Zeitraum im Berichtsblatt.

Im Rahmen des Eingewöhnungsprozesses der pflegebedürftigen Person (nach vier bis sechs Wochen) wird dann erneut das Gespräch mit der pflegebedürftigen Person gesucht. Dies entspricht auch der Qualitätsaussage und den Prüfkriterien in der neuen QPR vollstationär (Qualitätsaspekt 4.1.) In der Tagespflege wiederum bezieht sich die Empfehlung auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme (vier Besuche).

Nach den Prinzipien des Strukturmodells stellt die Dokumentation als Gesamtheit - und nicht deren Reduktion auf einzelne Bestandteile - die Informationsgrundlage für das aktuelle Bild der oder des Versorgten wieder.

3. Bedeutung der Pflegedokumentation im Kontext von Qualitätsprüfungen gemäß SGB XI und die Anwendung Strukturmodells

Das Strukturmodell mit seinen vier Elementen soll in der Regel unverändert in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden. Es ist aber nicht die Aufgabe der Medizinischen Dienste, zu bewerten, ob die Konzeption des Strukturmodells, insbesondere die Anwendung der Felder in der SIS® oder der Risikomatrix unverändert dargestellt und angewandt wird. Entscheidend ist, dass der Pflegeprozess plausibel nachvollzogen werden kann und ob bzw. durch welche Informationsquellen (schriftlich wie mündlich) die jeweiligen Prüffragen der neuen oder bisher geltenden QPR im jeweiligen Versorgungssektor beantwortet werden können. Insbesondere inwieweit die Risikomatrix richtig oder falsch ausgefüllt wird, ist weiterhin nicht Gegenstand von Bewertungen im Rahmen von Prüfungen. Es gilt die nachvollziehbare Begründung zu fachlichen Entscheidungen in der Versorgung und im Vorgehen.

Im Hinblick auf die Pflegedokumentation gilt, dass nicht das korrekte Befüllen einzelner Dokumentationsblätter beurteilt wird, sondern die Gesamtdarstellung des Verlaufs über alle Dokumente zu den vier Elementen (sog. Fallbetrachtung, Roes 2014). Dem Pflege- und Qualitätsmanagement ist in der Gestaltung ihrer Dokumentationspraxis und dem Verfahren der internen Qualitätssicherung bewusst ein fachlicher Spielraum gelassen.

Dies galt u. a. dem Ziel, die Sinnstiftung bei den Pflegenden zur Pflegedokumentation im beruflichen Alltag wieder zu erhöhen und die Dokumentationspraxis an die jeweilige Situation der Pflegeeinrichtung, des Pflegedienstes, der Tages- oder Kurzeitpflege individuell anzupassen und Akzente setzen zu können.

Es liegt im Ermessen der Pflegefachkraft, welcher Befund in welchem Themenfeld tatsächlich dokumentiert wird (Förderung der Fachlichkeit). Hierzu kann es durchaus auch im Team unterschiedliche Auffassungen geben. Entscheidend ist, dass nichts übersehen oder vergessen wird zu dokumentieren. Der empfohlene „Qualitäts-Check“ zum Abschluss der SIS® bietet der Pflegefachkraft hierfür eine gute Gewähr und Eigenkontrolle.

Die Prüfdienste beurteilen, ob die Planung der angebotenen Pflege und Betreuung auf die individuellen Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person ausgerichtet ist. In der Maßnahmenplanung ist dies knapp, verständlich und so zu beschreiben, dass alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen sich daran orientieren können. Damit ein Gesamtbild der pflegerischen Versorgungssituation entsteht, kann es ggf. erforderlich sein, die hinterlegten Verfahrensanleitungen zu immer wiederkehrenden Handlungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen einzusehen.

Nach dem SGB XI und den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität nach § 113 SGB XI ist die Steuerung des Pflegeprozesses eine Aufgabe für Pflegefachkräfte. Dies gilt auch bei der Anwendung des Strukturmodells. Die Strukturierte Informationssammlung mit der Ersteinschätzung von Risiken und Phänomenen (sog. Initialassessment, Element 1) sowie der Maßnahmenplan (Element 2) und die Evaluation zur Prozessteuerung (Element 4) sind ausschließlich durch eine hierin geschulte Pflegefachkraft mit entsprechender Berufserlaubnis durchzuführen.

Diese Anforderung steht im Einklang mit den aktuellen Regelungen zu den künftigen „vorbehaltenen Tätigkeiten“ gemäß § 4 im neuen Pflegeberufegesetz (PflBG 2017/2020).

In den neuen Maßstäben und Grundsätzen (stationär) wird ausgeführt: „Die Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation werden durch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation erfüllt. Neben dem Strukturmodell sind weitere Verfahren zur Pflegedokumentation möglich.“ Unabhängig davon, ob eine Einrichtung das Strukturmodell umgesetzt hat oder nicht, muss eine Gleichbehandlung im Rahmen der Qualitätsprüfungen gewährleistet sein.

Teil B

1. Fragestellungen im Rahmen von Qualitätsprüfungen bei Anwendung des Strukturmodells in der Praxis

1.1. Fragen zur Strukturierten Informationssammlung (SIS®)

Frage: Muss in den Themenfeldern dokumentiert werden, dass kein individuelles Risiko vorhanden ist?

Nein, aus der komprimierten Darstellung in den Themenfeldern und der zusätzlichen Befunderhebung in der Risikomatrix sowie des daraus abgeleiteten Handlungsbedarfs im Maßnahmenplan kann schlüssig überprüft werden, ob ein Risiko erkannt wurde oder nicht. Ein explizit dokumentierter Risikoausschluss (i. S. einer Absicherung) bringt keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

Frage: Wie ist ein bestehendes Risiko zu erfassen?

Im Rahmen der Prüfung ist dies relevant bei den Fragen, bei denen bewertet wird, ob die Pflegeeinrichtung ein Risiko eingeschätzt hat oder bei anderen Fragestellungen zu Themen im Rahmen der Abwehr von gesundheitlichen Risiken.

Unmittelbar zu Beginn der Versorgung sind entsprechende Informationen, die ein bestehendes Risiko begründen, zu dokumentieren. Nach den Prinzipien des Strukturmodells werden diese in den Themenfeldern der SIS® hinterlegt und es findet eine abschließende Bewertung der Pflegefachkraft auf der Ebene der Risikomatrix statt. Hierzu gehört auch die Beantwortung der Frage, ob weitere Einschätzungen notwendig sind oder nicht.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen ist nicht zu bewerten, in welchen Elementen des Pflegedokumentationssystems diese Informationen hinterlegt werden. Dies obliegt den individuellen Regelungen der Einrichtungen. Die Risikoeinschätzungen sind anlassbezogen und in fachlich gebotenen Abständen zu aktualisieren.

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

Beim Thema Schmerz wird das grundsätzliche Vorgehen zur Risikoeinschätzung durch eine Pflegefachkraft mittels der SIS® (insbesondere Themenfelder und Risikomatrix) angewandt. Entscheidend ist bei dieser Thematik, ob es sich um einen akuten oder chronischen Schmerz handelt. Zunächst kann sowohl bei akuten als auch chronischen Schmerzsituationen ein Differentialassessment eingesetzt werden.

Denkbar ist dabei eine Konstellation, bei der eine Pflegebedürftige bzw. ein Pflegebedürftiger angibt, chronische Schmerzen zu haben und gleichzeitig die Angabe macht, damit zurecht zu kommen. Dies

kann einer stabilen Schmerzsituation entsprechen. Eine stabile Schmerzsituation wird im Expertenstandard zum Schmerzmanagement folgendermaßen definiert:

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

Der Expertenstandard sieht initial zunächst vor, dass auch bei stabiler Schmerzsituation ein Differentialassessment erforderlich ist. In der Kommentierung dieses Standardkriteriums ist dazu differenzierter ausgeführt, dass dieses Differentialassessment dann erforderlich ist, wenn nicht im Rahmen des Initialassessments oder durch andere Informationen der Pflegeanamnese der Patientin/des Patienten/Bewohners bereits die erforderlichen Informationen gewonnen wurden.

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

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

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

erforderlich.

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

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

1.2. Fragen zur Anwendung des Maßnahmenplans

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

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

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

Frage: Mit welchem Detaillierungsgrad sind notwendige prophylaktische Pflegemaßnahmen planerisch darzustellen?

Die geplanten Maßnahmen müssen auf die jeweilige pflegebedürftige Person angepasst und knapp handlungsleitend sein. Dies gilt auch für Prophylaxen.

1.3. Frage zu Durchführungsnachweisen

Frage: Müssen Einzelleistungsnachweise für Prophylaxen geführt werden?

Aufgrund eines rechtskräftigen Urteils zur Dekubitusprophylaxe besteht derzeit die allgemeine Verpflichtung zum Führen eines Bewegungsprotokolls. Dieses Vorgehen ist in den neuen Maßstäben und Grundsätzen (vollstationär) ausdrücklich bestätigt worden.

Neben der Dokumentationspflicht für die Dekubitusprophylaxe wird in den Informations- und Schulungsunterlagen 2.0 (S. 86) auch bei einzelnen individuell festgelegten Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements (z. B. Trink- und Ernährungsprotokolle) die Erforderlichkeit von Einzelleistungsnachweisen fallbezogen gesehen. In den Informations- und Schulungsunterlagen 2.0 (S. 86) wird angekündigt, dass der Frage nach Dokumentationspflichten für Prophylaxen noch einmal nachgegangen werden soll.

1.4. Fragen zur Evaluation

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

Eine Evaluation ist bei akuten Veränderungen und in regelmäßigen Abständen durchzuführen. Bei wesentlichen akuten Veränderungen ist zeitnah eine Evaluation durchzuführen. Hinsichtlich der Durchführung routinemäßiger Evaluationen gibt es keine pflegewissenschaftlich begründeten

Empfehlungen zu Evaluationsintervallen. Daher sollte das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement regeln, in welchem Zeitrahmen und in welcher Form routinemäßige Evaluationen erfolgen sollen.

2. Exkurs: Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

Das Thema „Wohlbefinden von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz“ wurde im bisherigen Prüfverfahren über die Prüffrage (14.6/T36) „Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?“ abgebildet. Bis zur Einführung eines neuen Prüfverfahrens ist diese Prüffrage für die Tagespflege noch relevant. Der Anleitung zu dieser Prüffrage kann entnommen werden, dass sich die Frage auf Hinweise zum Wohlbefinden bzw. zum Unwohlsein bezieht. Beobachtungen bzw. Hinweise zum Wohlbefinden bzw. Unwohlsein können z. B. im Berichtblatt vermerkt und damit als Grundlage für die Maßnahmenplanung bzw. für einzuleitende Verbesserungsmaßnahmen herangezogen werden.

Beim neuen Prüfverfahren für die vollstationäre Langzeitpflege und die Kurzzeitpflege wird diese Frage so nicht mehr gestellt. Das Thema „Wohlbefinden“ hat aber auch hier einen Bezug insbesondere zu den folgenden Qualitätsbereichen:

- Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
- Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
- Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Vor allem die Qualitätsaspekte 3.2 „Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation“ sowie 4.3 „Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen“ berücksichtigen auch die Thematik des Wohlbefindens.

Literatur

Bachem (2016): Weniger ist mehr, Dank Strukturmodell: rechtssicher effizient dokumentieren IN: Heilberufe Spezial Pflege im Recht, Springer Medizin, April 2016, Seite 25-28.

Beikirch, Roes, Entzian (2014): Reset Pflegedokumentation IN: Altenheim, Vincentz, 53. Jg., Ausgabe 5, S. 16-21.

Beikirch, Elisabeth; Nolting, Hans-Dieter (2015): Anforderungen an Doku-Systeme jetzt konkretisiert IN: Altenheim, Vincentz, 54. Jg., Ausgabe 11, S. 38 – 41.

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

Büscher, Andreas et al. (2008). 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. Abschlussbericht. Osnabrück, Bielefeld.

DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband: Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – Handlungshilfe für Pflegefachpersonen bei der Erstellung der Strukturierten Informationssammlung, DBfK BV Eigenverlag 201

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

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

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

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

Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen. Projektbüro EinSTEP Version 2.0 (2017); Nähere Informationen zum Strukturmodell finden sich auf der Website: <https://www.ein-step.de/> (Aufruf: 01.04.2019)

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

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege (gilt nur noch für teilstationär, es fehlen Zitate MuG ambulant (aktuell geltende) und stationär (neu).

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

Projektbüro Ein-STEP (Hrsg.) (2017) : Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege (Version 2.0) Berlin

Präambel Beirat zur Expertise W/B zur Strukturierung pflegerischer Aufgaben:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Fachbericht_Pflege.pdf

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

Wingefeld, K. et al. (2019): Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld, Göttingen.

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