

Projekt
,Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in
der ambulanten und stationären Langzeitpflege‘

Anlagenband zum Abschlussbericht

Allgemeine Erläuterungen zur praktischen Anwendung
(ambulant/stationär)
des Strukturmodells, der Strukturierten Informationssammlung (SIS), zum
Verfahren der Risikoeinschätzung (Matrix) und der Maßnahmenplanungen.

Elisabeth Beikirch (Projektsteuerung)
Gabriele Breloer-Simon und Friedhelm Rink (Projektkoordination)

Prof. Dr. Martina Roes (Begleitevaluation)
Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)

Berlin/Witten, April 2014

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	3
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	3
ALLGEMEINE ANMERKUNGEN ZUM ANLAGENBAND	4
1 AUSGANGSLAGE	5
2 GRUNDPRINZIPIEN UND AUFBAU DES STRUKTURMODELLS (AMBULANT/STATIONÄR)..	6
2.1 Erläuterungen zur Funktion der vier Elemente des Strukturmodells	10
2.1.1 Element 1: Zielsetzung der Strukturierte Informationssammlung (SIS)	10
2.1.2 Element 2: Individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung	12
2.1.3 Element 3: Pflegebericht Fokussierung auf Abweichungen	13
2.1.4 Element 4: Evaluation	14
3 ERLÄUTERUNGEN ZUM AUFBAU UND DER PRAKTISCHEN ANWENDUNG DER SIS	15
3.1 Aufbau der SIS	15
3.2 Allgemeines und praktische Anwendung	16
3.2.1 Praktische Anwendung der Elemente A und B	17
3.2.2 Praktische Anwendung des Elements C1 (Themenfelder)	19
3.2.3 Praktische Anwendung des Elements C2 (Matrix Risikoeinschätzung)	21
3.3 Zusammenfassende Erfahrungen zur Umsetzung der SIS	23
4 ALLGEMEINE UND ORGANISATORISCHE HINWEISE ZUR UMSETZUNG DES STRUKTURMODELLS	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verschränkung wissenschaftsbasierter pflegerelevanter Kontextkategorien und Risiken (Roes).....	21
--	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grundmodell des 4-Phasen-Pflegeprozesses (Elemente 1 bis 4) der Pflegedokumentation für die ambulante Pflege	8
Abbildung 2: Grundmodell des 4-Phasen-Pflegeprozesses (Elemente 1 bis 4) der Pflegedokumentation für die stationäre Pflege	9
Abbildung 3: Grafische Darstellung der SIS für die ambulanten und den stationären Versorgungsbereich (Abschnitte A/B/C1undC2)	15
Abbildung 4: Abschnitte A und B der Strukturierten Informationssammlung - ambulant -	17
Abbildung 5: Abschnitte A und B der Strukturierten Informationssammlung - stationär -	18
Abbildung 6: Abschnitt C1 der Strukturierten Informationssammlung (5 bzw. 6 Themenfelder) - ambulant/stationär-	19
Abbildung 7: Abschnitt C2 Risikoeinschätzung (Matrix) der Strukturierten Informationssammlung - ambulant -	21
Abbildung 8: Abschnitt C2 Risikoeinschätzung (Matrix) der Strukturierten Informationssammlung - stationär -	21

Allgemeine Anmerkungen zum Anlagenband

Der Anlagenband dient der vertieften Erläuterung zu den Ausführungen des Gliederungspunkts 1 im Abschlußbericht zum Projekt ‚Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege‘, der im März 2014 dem Lenkungsgremium vorgelegt und angenommen sowie nun vom BMG freigegeben wurde.

Diese Ausführungen beruhen auf einer fachlichen Konzeption zu einer Grundstruktur der Pflegedokumentation und ihrer juristischen Einordnung sowie vorliegenden Erfahrungen aus der ersten praktischen Umsetzung, die im Rahmen eines dreimonatigen Praxistests von 26 stationären Pflegeeinrichtungen und 31 ambulanten Pflegediensten in fünf Regionen Deutschlands gewonnen wurden. Hierbei gab es trotz des kurzen Zeitlaufs überzeugende Ergebnisse zur Praktikabilität und anderer Effekte (...“es geht wieder um die Menschen...“) sowie der zeitlichen Entlastung, weshalb sich in jeder Region sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen entschlossen haben, dieses Verfahren fortzuführen.

Mit diesem Anlagenband wird das Ziel verfolgt, ergänzende Informationen zum Konzept und Verfahren vorzulegen, sodass die vorgestellten Veränderungen besser nachvollziehbar werden. Der Anlagenband bietet - in einem begrenzten Rahmen - Hilfestellung und Orientierung hinsichtlich einer Umstellung der Pflegedokumentation in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage dieses Strukturmodells. Hierzu bedarf es parallel betriebsinterner Entscheidungen auf der Leitungsebene (siehe Punkt 4).

Im Rahmen des Praxistests wurde auch deutlich, dass Erkenntnisse zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel zu Struktur und Aufbau der Pflegedokumentation in der Langzeitpflege gem. SGB XI auf eine umfassendere Grundlage zu stellen und nachhaltig abzusichern sind. Weitere Umsetzungsschritte sind momentan mit maßgeblicher Unterstützung des Bevollmächtigten für Pflege und in Zusammenarbeit mit dem BMG in Vorbereitung. Es wird die Realisierung einer umfassenden Implementierungsstrategie auf Bundes- und Landesebene geprüft.

Hierdurch kann - in Zusammenarbeit mit allen zentralen Akteuren, auf Bundes- und Landesebene - eine breite Unterstützung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen angeboten werden. Darüber hinaus könnten weitere Erkenntnisse zur praktischen Umsetzung des Strukturmodells systematisch aufgegriffen und zeitnah für die Fachpraxis aufgearbeitet werden.

Da der Abschlußbericht und dieser Anlagenband in getrennten Dokumenten vorgelegt werden, sind hierin zum besseren Verständnis noch einmal die Ausgangslage und auch Auszüge von Texten aus dem Abschlussbericht selbst zur Verwendung gekommen.

1 Ausgangslage

Im Juli 2013 legte die Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege (OBF) im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Empfehlungen zur ‚Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation‘ vor (Auftrag des BMG). Die Empfehlungen zur Gestaltung eines Strukturmodells für die Pflegedokumentation entstanden auf der Grundlage vielfältiger Beratungen mit Experten/-innen aus Fachpraxis und Fachwissenschaften, Prüfinstanzen auf Bundes- und Landesebene sowie juristischer Beratung. Die Entwicklungsphase der Empfehlungen war getragen durch einen breiten Konsens, dass für das Thema Pflegedokumentation dringend ein Lösungsweg aufgezeigt werden muss, weil es die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsmotivation und Arbeitszeit der Pflegenden beeinflusst und damit auch die Attraktivität der Arbeit in der Pflege mitbestimmt.

Die Ausrichtung des Strukturmodells greift auf fachwissenschaftliche und juristische Wissensbestände zurück, die wiederum aufgrund verschiedener Bemühungen bzw. Modellvorhaben in den letzten 15 Jahren auf Bundes- und Landesebene zurückgehen, deren Ergebnisse jedoch offensichtlich ihre nachhaltige Wirkung verfehlten. Einerseits wurde bewusst auf die Vorlage einer ‚Musterdokumentation‘ verzichtet, vor allem um die Vielfalt der Versorgungsstrukturen und individuelle oder fachliche Vorgehensweisen zu berücksichtigen und sich andererseits dennoch auf ein Strukturmodell und Verfahren zur Dokumentation im Grundsatz zu verständigen

Dadurch sollte insbesondere der von einer breiten Fachöffentlichkeit geforderte Konsens zwischen den Heimaufsichten der Länder und den Kranken- und Pflegekassen, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK'n) sowie dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV Prüfdienst) eine substantielle Grundlage erhalten.

Auf Initiative des GKV-SV, der BAGFW und des bpa wurde ein zeitlich eng begrenzter Praxistest gegenüber dem BMG angeregt (Sept. 2013 bis Feb. 2014) und für diesen Zeitraum Fördermittel bewilligt. Die Länder wurden hierüber informiert und waren in dem Lenkungsgremium (siehe Abschlussbericht S. 53/54) zum Praxistest ebenfalls vertreten.

Im Rahmen dieses Praxistests galt es nun zu überprüfen, inwieweit das entwickelte Strukturmodell mit seinen vier Elementen des Pflegeprozesses, unter Verwendung einer neu entwickelten ‚Strukturierten Informationssammlung‘ (SIS), den Anforderungen der ambulanten und stationären Pflege entspricht. Darüber hinaus sollten Erkenntnisse gewonnen werden, welcher organisatorische, technische und sächliche Aufwand mit der praktischen Umsetzung verbunden ist.

Die für den Praxistest von den Verbänden akquirierten Einrichtungen sollten das Strukturmodell sowie die Strukturierte Informationssammlung (SIS) bei mindestens 10 Neuaufnahmen erproben und eigenständig eine darauf abgestimmte Pflege- und Maßnahmenplanung entwickeln sowie im Pflegebericht auf Abweichungen fokussieren (siehe Abschlussbericht Anlage 6). Für diese Personengruppe sollte keine parallele Pflegedokumentation ‚alter Prägung‘ geführt werden. Die Erprobung von der SIS war durch eine erfahrene Pflegefachkraft sicherzustellen. Die Heimaufsichten der Länder und die MDK'n sowie die Kranken- und Pflegekassen in den betroffenen Testregionen wurden vorab über den Praxistest informiert.

Hieran nahmen 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste in fünf Regionen Deutschlands (Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Berlin-Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Bayern) teil. Trotz der enormen Herausforderung hinsichtlich einer nur kurzen Phase der Erprobung und umfassender Veränderungen zur Dokumentationspraxis konnten überzeugende Ergebnisse zur Praktikabilität und Umsetzbarkeit sowie Hinweise auf deutliche zeitliche Entlastungen identifiziert werden. Allerdings: komplexe Änderungen können nicht ‚über Nacht‘ nachhaltig langjährige Routinen verändern und so stellten sich die gewünschten Effekte in den einzelnen Pflegeeinrichtungen auch unterschiedlich dar.

2 Grundprinzipien und Aufbau des Strukturmodells (ambulant/stationär)

Die empfohlene Grundstruktur zur Pflegedokumentation (im weiteren Strukturmodell genannt) baut auf einem **Pflegeprozess mit vier Elementen** auf:

- **Element 1:** die neu entwickelte ‚**Strukturierten Informationssammlung**‘ (**SIS**), entwickelt entlang von fünf wissenschaftsbasierten Themen und einem rationalen Verfahren zur **Risikoeinschätzung (Matrix)** pflegesensitiver Phänomene in der Pflege.
- **Element 2:** auf Grundlage der SIS kann eine entsprechende **individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung** ausgearbeitet werden.
- **Element 3:** die Bearbeitung der Elemente eins und zwei schafft die Voraussetzung für eine veränderte Vorgehensweise mit dem **Pflegebericht** mit dem **Fokus auf Abweichungen**
- **Element 4:** festlegen entsprechender Evaluationsdaten.

Wesentliche Prinzipien dieser Grundstruktur und der daran gekoppelten Vorgehensweise

... sind aus fachlicher Sicht

- die Stärkung der konsequenten Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen.
- die Begrenzung der Verschriftung des Pflegeprozesses auf vier Schritte.
- die Strukturierte Informationssammlung (SIS) auf der Grundlage von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern.
- ein rationaler und fachlich begründeter Umgang mit der Risikoeinschätzung.
- die Beschränkung der Aufzeichnungen im Pflegebericht auf Abweichungen in der Routineversorgung hinsichtlich Grundpflege und Betreuung.

... sind aus juristischer Sicht

- die obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege.
- der Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung.
- die haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindliche Vorgaben des internem QM und das Vorhandenseins standardisierter Leistungs- und Stellenbeschreibungen.

Der Aufbau des Strukturmodells (siehe auch Anlagen 3a und 3b im Abschlussbericht) wurde in Anlehnung an die Ergebnisse aus einem Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Bedeutung der Pflegeplanung für die Qualitätssicherung der Pflege (Nr. 261/1996) entwickelt.

Der Vorschlag der Pflegewissenschaft war, den Pflegeprozess in vier Schritte zu gliedern (WHO Modell), den Ausgangspunkt konsequent aus dem Blickwinkel der pflegebedürftigen Person abzubilden und erst dann mit der pflegfachlichen Perspektiv zu verschränken.

Diese Grundidee wurde in das Strukturmodell in Form der ‚Strukturierten Informationssammlung‘ (SIS) aufgenommen. Sie hat eine spezifische Systematik und Funktionalität, die im Folgenden noch unter Punkt 2. und 3. erläutert wird. Sie wurde mit den verschiedenen Expertinnen und Experten entlang der gegenwärtigen Rahmenbedingungen in der Pflege und den Anforderungen an eine effiziente Pflegedokumentation für die ambulante und die stationäre Pflege konzeptionell angepasst.

Darüber hinaus wurde auch die Entscheidung getroffen, sich in der SIS von dem in der Praxis etablierten ADL Modell nach Roper, Logan und Tierney (1996) bzw. dem AEDL Modell von Krohwinkel (1993) zu lösen. Damit korrespondierte die Idee, sich grundsätzlich von dem schematischen Ankreuzverfahren auch bei der Maßnahmen- und Pflegeplanung zu lösen sowie pflege- und betreuungsrelevante biografische Erkenntnisse integrativ und regelhaft, jedoch nicht auf einem extra Bogen zu erfassen.

Ergänzend war eine kritische Auseinandersetzung mit schematischen Vorgaben des Qualitätsmanagements zur Risikoeinschätzung und haftungsrechtlichen Aspekten in diesem Kontext erforderlich. Damit wurde zudem das Ziel verfolgt, dass die neue Vorgehensweise (SIS) zu anderen aktuellen Themen in der Pflege und künftigen Entwicklungen anschlussfähig ist und z.B. im Kontext einer Begutachtung einen Wiedererkennungswert zur Logik des Neuen-Begutachtungs-Assessments (NBA) hat.

Darüber hinaus sollte durch das Strukturmodell - angepasst für die ambulante und stationäre Pflege - eine Basis geschaffen werden, um eine grundsätzliche Verständigung aller zentralen Akteure auf Landes- und Bundesebene zu Art und Umfang der Pflegedokumentation (Grundstruktur) und die Herstellung von Verbindlichkeit zu erreichen (Verfahrenssicherung).

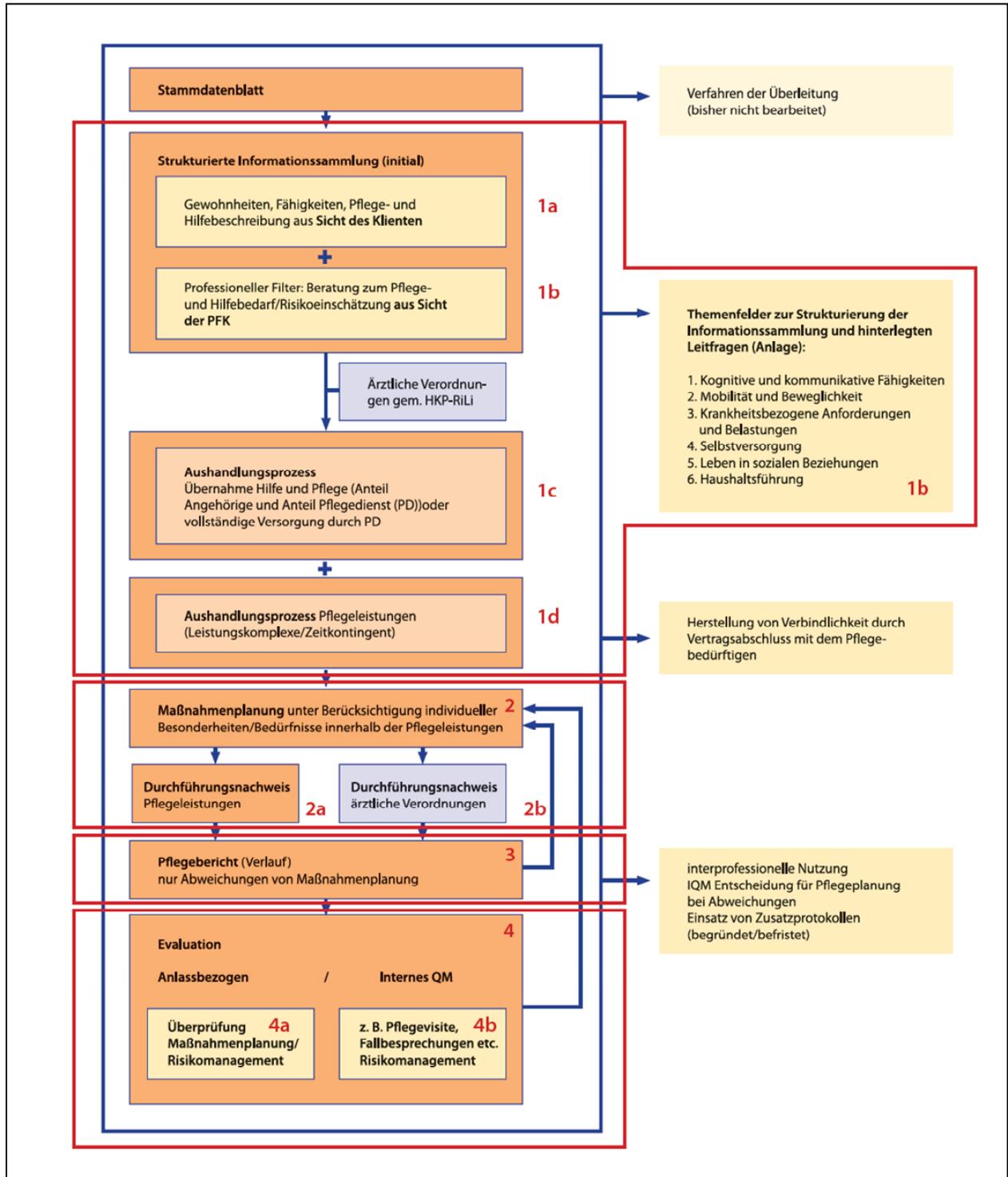


Abbildung 1: Grundmodell des 4-Phasen-Pflegeprozesses (Elemente 1 bis 4) der Pflegedokumentation für die ambulante Pflege

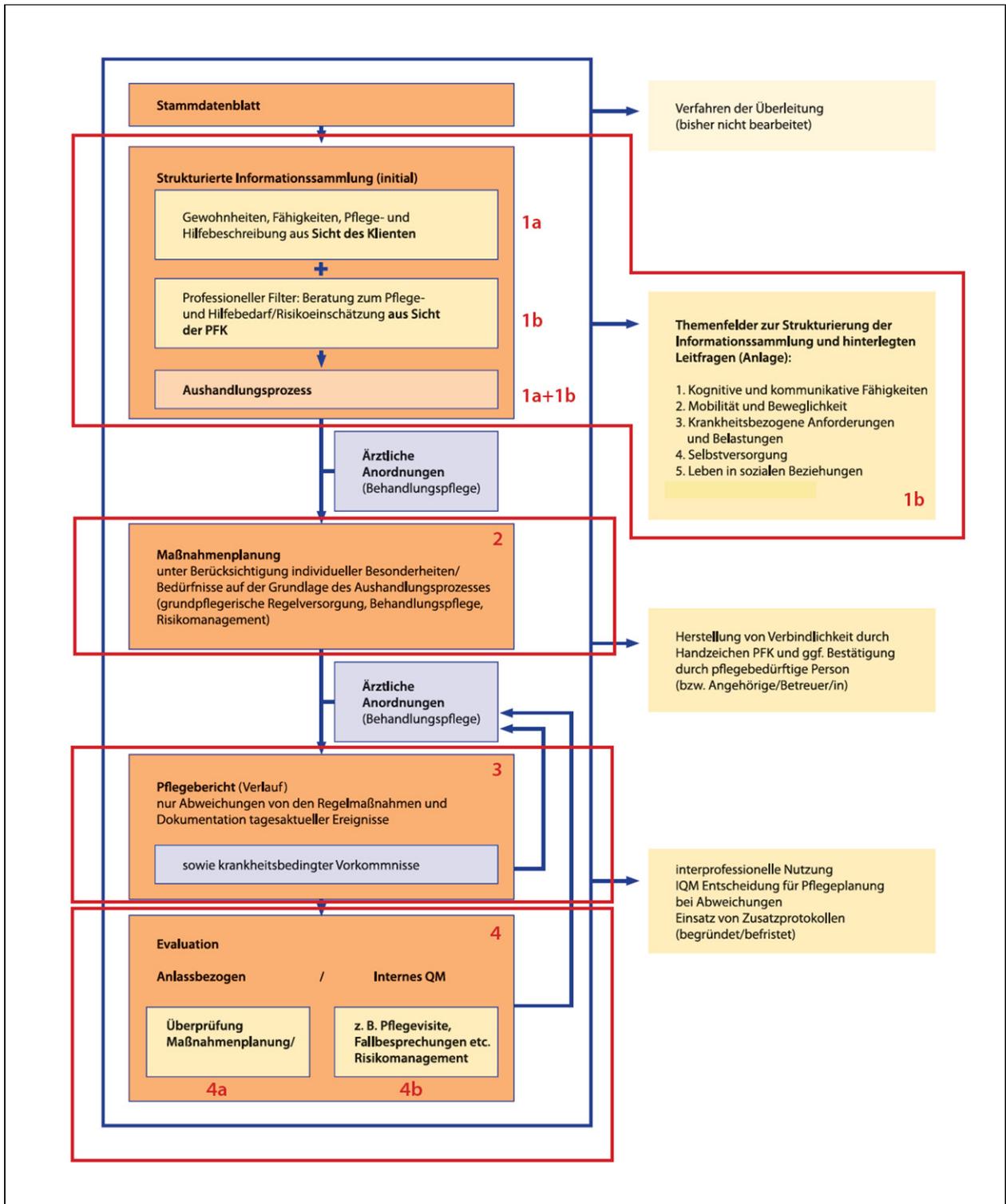


Abbildung 2: Grundmodell des 4-Phasen-Pflegeprozesses (Elemente 1 bis 4) der Pflegedokumentation für die stationäre Pflege

2.1 Erläuterungen zur Funktion der vier Elemente des Strukturmodells

2.1.1 Element 1: Zielsetzung der Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Eine Herausforderung war die konzeptionelle Umsetzung des Aufbaus einer Strukturierten Informationssammlung (SIS), die zunächst im Rahmen des Erstgespräches eingesetzt wird aber auch zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden kann.

Einen breiten Raum nahm die Diskussion ein, wie dieses erste Element des Pflegeprozesses im Strukturmodell auf eine fachwissenschaftliche Grundlage gestellt werden kann, welche die skizzierten Anforderungen erfüllt und gleichzeitig dazu beiträgt, dass der Dokumentationsumfang übersichtlich und praxistauglich bleibt.

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

Den im NBA formulierten Themengebieten zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit lag die wissenschaftliche Analyse von (inter)national bekannten Instrumenten zur Erfassung von Pflege- und Hilfebedarf zugrunde. D.h. es lag eine fundierte Wissenschaftsbasierung der Themenfelder (gegliedert in 7 bzw. 8 Module) vor und in einem Anlagenband zum NBA waren zudem ausführliche Hinweise zur praktischen Nutzung der pflegewissenschaftlichen Literaturrecherchen für die Pflegeplanung vorzufinden.

Entlang der 7 bzw. 8 Module des NBA wurden für die SIS **fünf bzw. sechs pflegerelevante Kontextkategorien** gebildet:

1. Kognition und Kommunikation
2. Mobilität und Bewegung
3. Krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen.
6. Haushaltsführung (nur für ambulante Pflegedienste)

Mit dieser Entscheidung war eine verantwortbare wissenschaftsbasierte Strukturierung der Informationssammlung definiert, von der angenommen werden konnte, dass die für die Pflege relevanten Themenkomplexe im Kontext der Versorgung pflegebedürftiger Menschen berücksichtigt sind.

In Anlehnung an die konzeptionelle Vorgehensweise aus dem o.g. Forschungsvorhaben wurden Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person formuliert. Dies, verbunden mit der Aufforderung einer sog. ‚narrativen Erzählweise‘ und bewusst von dem Schritt Beschreibung mit ‚fachlichem Filter‘ (Eindruck der Pflegefachperson) abgesetzt. Den individuellen Wünschen und

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

Erst dieses bewusste Zusammenwirken der individuellen Sicht des Klienten und der Sichtweise der erfahrenen Pflegefachkraft in Form des sog. ‚professionellen Filters‘, bildet die Grundlage von Entscheidungen zu Art und Umfang der Pflege und Betreuung. Ein Prozess, der in der ambulanten Pflege viele stärker zum Tragen kommt aufgrund der häuslichen Situation aber dennoch im Praxistest auch hier in der Umsetzung einige Probleme bereitete. Für den stationären Sektor, bei dem es um die Entscheidung zu einem existentiellen (meist letzten) Wechsel in eine andere Umgebung geht, sollte dies einer besonderen Beachtung unterliegen.

Deshalb wird in den Strukturmodellen (siehe Abbildungen 1 und 2) mit dem Begriff ‚Aushandlungsprozess‘ gearbeitet, der sich allerdings im ambulanten und stationären Bereich unterschiedlich darstellt. Der Begriff steht für einen respektvollen Umgang miteinander und der Verständigung auf der Grundlage der geäußerten individuellen Wünsche und Gewohnheiten die tägliche Versorgung und Betreuung zu sichern. Pflege, zumal die Langzeitpflege, ist ein Beziehungsprozess. Dass diese Vorgehensweise nicht immer einfach ist - insbesondere im Umgang mit kognitiv eingeschränkten oder psychisch kranken Menschen - war häufig Gegenstand von Gesprächen im Praxistest.

Die Strukturierte Informationssammlung ist das Kernstück des Elements 1 im Strukturmodell und unterstützt das skizzierte Vorgehen. Sie enthält am Ende eine sog. Matrix, (Feld C2) zur Dokumentation der jeweiligen pflegsensitiven Risiken und Phänomene, die zusätzlich mit den Themen aus dem Feld C1 verschränkt ist und der Pflegefachkraft (PFK) zur Dokumentation und fachlichen Beurteilung von entsprechenden Befunden dient.

Auch hier kann - wie bei den o.g. fünf Themenfeldern - davon ausgegangen werden, dass die aufgeführten Risikobereiche und Phänomene einer international breit abgesicherten Wissenschaftsbasierung unterliegen und die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass ein Mensch mit Pflegebedarf in einem dieser Bereiche Probleme hat.

Bei der Konzeption der Matrix wurde u.a. davon ausgegangen, dass die PFK im Rahmen der Informationssammlung entlang der fünf Themenfelder eine erste fachliche Einschätzung vornimmt und deshalb eine rationale Bewertung sowie eine wenig aufwendige Form des Dokumentierens hilfreich ist. Somit kann die SIS im Rahmen des Erstgespräches fachlich und verantwortungsvoll abgeschlossen werden.

2.1.2 Element 2: Individuelle Pflege- und Maßnahmenplanung

Der Begriff der ‚Maßnahmenplanung‘ im Strukturmodell wurde gewählt, weil Handlungsbedarf zu einem Mix aus Grundpflege, psychosozialer Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung durch die Leistungen der Pflegeversicherung besteht und im stationären Versorgungssektor zusätzlich die Leistung der Behandlungspflege einschließt. Dies setzt eine interprofessionelle Versorgung der Menschen voraus, die auch im Pflegeprozess und in der Dokumentation zum Ausdruck kommen und zusätzlich individuelle Aspekte (Vorgaben im SGB XI, siehe Feld B in der SIS) einbeziehen soll.

Die individuelle Maßnahmenplanung (entspricht im erweiterten Umfang der Pflegeplanung im sechsphasigen Pflegeprozess) erfolgt auf der Grundlage aller erfassten Informationen der SIS. Sie schließt insbesondere auch Aspekte aus dem Feld B zu individuellen Wünschen und zur Selbstbestimmung mit ein. Hier werden die einzelnen Komponenten des Handlungsbedarfs (u.a. routinemäßig wiederkehrende Abläufe der grundpflegerischen Versorgung und der psychosozialen Betreuung, hauswirtschaftliche Versorgung, Eigenheiten und Vorlieben etc.) sowie die Maßnahmen zu Risiken, (ggf. befristet, nicht schematisch und in Verbindung mit Evaluationsdaten) und der Behandlungspflege festgelegt und je nach Versorgungssegment (z. B. ambulant Leistungskomplexe oder Zeitkontingente) ausgestaltet.

In der stationären Pflege stellte sich dies in der Regel durch die Festlegung einer Tagesstrukturierung (einschließlich der nächtlichen Versorgung) mit unterschiedlich differenzierter Ausprägung (festgelegte Zeiträume/ Zeitkorridore) dar. Hiermit verbunden war die Festlegung von regelhaften oder individuellen Evaluationsdaten zu einzelnen Aspekten und Hinweisen, wo pflegerische Interventionen/Routinen durch interne Vorgaben in Form von Leistungsbeschreibungen hinterlegt sind.

Dadurch, dass von vielen Piloteinrichtungen die Maßnahmenplanung auf die 5 bzw. 6 Themenfelder (der SIS) umgestellt wurde, war der Rückgang des Dokumentationsaufwands hier sofort spürbar geringer. Mitunter wurde die Nummerierung der Themenfelder in der Maßnahmenplanung aufgegriffen oder die Themenfelder selbst zu Strukturierung genutzt.

Die Zeit im Praxistest war zu kurz, als dass sich hier bereits belastbare Muster für Empfehlungen zum Element 2 im Strukturmodell entwickeln konnten. Dennoch hatten am Ende des Praxistest fast alle Einrichtungen ihren individuellen Weg gefunden und lagen konzeptionell nicht sehr weit auseinander.

Bei einer EDV gestützten Pflegedokumentation in den Piloteinrichtungen gab es verschiedene Einflussfaktoren der Begrenzung die dazu führten, im Rahmen des zeitlich und sächlich eng umrissenen Praxistests (zehn Neuaufnahmen) nicht alle hinterlegten Logiken der Dokumentation aufgeben zu können..

Die vorliegenden Ergebnisse zur Maßnahmenplanung für den stationären Sektor sind deshalb weiter zu entwickeln und auszugestalten. Dennoch liegen aus dem Praxistest überzeugende Beispiele der Maßnahmenplanung vor. In jeder Testregion gibt es mindestens eine Einrichtung,

die dabei ist, ihre gesamte Pflegedokumentation bereits jetzt auf das Strukturmodell umzustellen.

In der ambulanten Pflege orientiert sich die Maßnahmenplanung derzeit (noch) fast ausschließlich an den Leistungskomplexen und hat von daher einen anderen Charakter und Aufbau. Bei den ambulanten Pflegediensten gab es in Bezug auf die Maßnahmenplanung zwei wesentliche Strömungen:

Entweder wurden die Themenfelder der SIS als Strukturierung der Planung genutzt oder es wurde eine übersichtliche Tabelle entwickelt, in der z. T die Nummerierungen der Themenfelder und/oder die Bezüge zu den Leistungskomplexen integriert wurden. Unterschiedlich war das Bedürfnis, sehr kleinschrittig oder sehr knapp strukturiert die individuelle Ausprägung des Leistungsgeschehens sowie relevante Informationen bezogen auf den Kunden und die nach vertraglich vereinbarten Leistungskomplexen darzustellen. Dies korrespondierte mit dem unterschiedlichen Qualifikationsmix in den Pflegediensten und verschiedenen Organisationsmodellen. Auch hier gilt, dass die vorliegenden Ergebnisse zur Maßnahmenplanung in der ambulanten Pflege zu tragfähigen Mustern weiter entwickelt werden sollten, dies aber einer Umsetzung des Strukturmodells nicht entgegen steht.. In jeder Testregion gab es Pflegedienste, die ihr gesamtes Pflegedokumentationssystem auf das Strukturmodell aktuell umstellen wollen.

2.1.3 Element 3: Pflegebericht Fokussierung auf Abweichungen

Der veränderte Umgang mit dem Pflegebericht entlang des Strukturmodells (Fokussierung auf das Dokumentieren von Abweichungen), hat sowohl hinsichtlich fachlicher Aspekte als auch aus haftungsrechtlicher Sicht bei der praktischen Umsetzung im Praxistest eine große Rolle gespielt.. Insbesondere in der stationären Pflege stand die Frage im Mittelpunkt, ob jede routinemäßige Handlung einzeln abgezeichnet werden muss.

(Für die ambulante Pflege ist dies kein Thema, da das Abzeichnen der Abrechnung mit den Kostenträgern dient und somit nicht in den unmittelbaren Kontext der Pflegedokumentation gehört).

In der Diskussion mit den juristischen Experten/-innen (Haftungsrecht/ Sozialrecht/ Beruferecht) wurde schnell klar, dass die Sachlage deutlich zu trennen ist im Hinblick auf die sog. ‚routinemäßige und wiederkehrenden Abläufe der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung‘ und der Durchführung von ärztlichen Anordnungen, der sog. Behandlungspflege (siehe hierzu auch Anlage 6 im Abschlussbericht).

Hier wird beispielhaft deutlich, welchen Beitrag das Strukturmodell (hier die Elemente 1 und 2) im Hinblick auf eine Entlastung des Dokumentationsaufwands ambulant wie stationär entfalten kann und dadurch, dass sie aufeinander bezogen sind, Wirkung erzielen. Bei einem sachgerechten Umgang mit der SIS (wissenschaftsbasiert) liegen die individuellen pflege- und betreuungsrelevanten Informationen einschließlich der individuellen Risiken und/oder Phänomenen vor, aus der eine nachvollziehbare Maßnahmenplanung erfolgen kann.

Hierin bilden sich - entweder in Form einer Tagesstrukturierung im stationären Sektor oder der Ausgestaltung der Leistungserbringung mittels Leistungskomplexen im ambulanten Sektor - die regelmäßig wiederkehrenden und routinemäßigen Versorgungsabläufe ab.

Das ist die Grundlage, um im Pflegebericht nur noch die Abweichungen von der ‚Routine‘ zu dokumentieren. Dies gilt nicht für die Dokumentation ärztlich angeordneter Behandlungspflege.

Zusätzlich wird dieses Vorgehen - durch die bereits jetzt vertraglich vorzuhaltenden Leistungs- und Stellenbeschreibungen - und durch weitere Regeln des internen QM (siehe Strukturmodell Element 4) verantwortlich abgesichert.

Bereits im Praxistest zeigten sich erste Effekte dieser Vorgehensweise z. B. im Hinblick auf eine geschärfte Wahrnehmung der PFK bezüglich beginnender Veränderungen bei den pflegebedürftigen Personen oder durch einen gestiegenen Stellenwert der Kommunikation im Team. Im Praxistest löste die veränderte Dokumentationspraxis im Pflegebericht zusätzlich ein Nachdenken zu Art und Umfang des erforderlichen Dokumentationsaufwands während der nächtlichen Versorgung aus.

2.1.4 Element 4: Evaluation

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

- zum einen, um die aktive Setzung von Evaluationsdaten im Kontext ‚Fokus auf Abweichungen im Pflegebericht‘ (Zeitraum einer routinemäßigen Evaluation der Maßnahmenplanung) und
- zum anderen, um den Umgang mit kurzfristig festzusetzenden Evaluationsdaten im Kontext der Risikoeinschätzung oder Beobachtung von Phänomenen und unklaren Ausgangslagen

Davon unabhängig sind die anlassbezogenen Evaluationen in akuten Situationen oder bei besonderen Ereignissen (siehe auch Punkt 3.2.3). Im Praxistest sind die Pflegeeinrichtungen sehr unterschiedlich in der Umsetzung mit diesem Element umgegangen. Hier werden durch längere Verlaufsbeobachtungen noch weitere Erfahrungen dazu beitragen, dass sich eine bestimmte Vorgehensweise verfestigt.

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

3 Erläuterungen zum Aufbau und der praktischen Anwendung der SIS

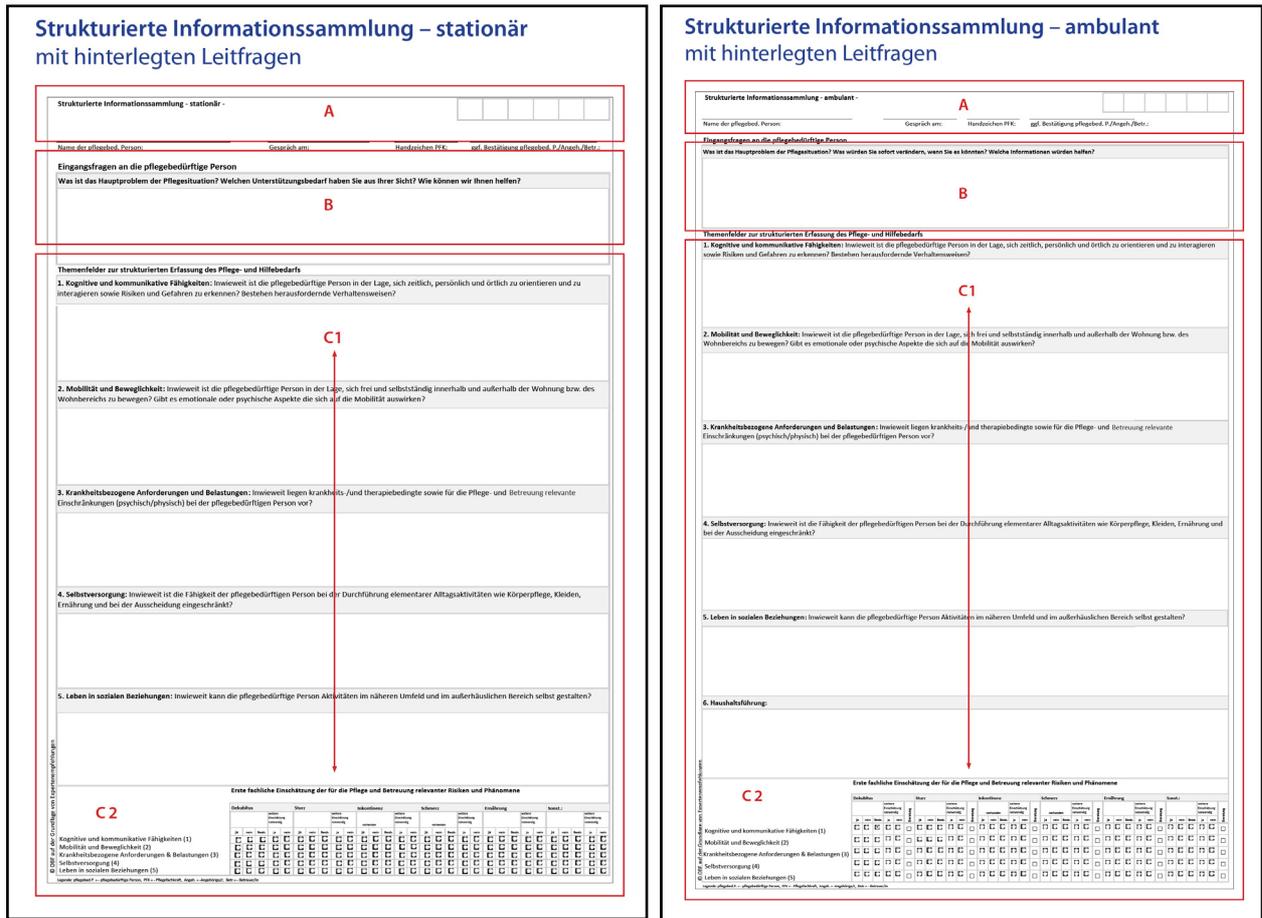


Abbildung 3: Grafische Darstellung der SIS für die ambulanten und den stationären Versorgungsbereich (Abschnitte A/B/C1 und C2)

3.1 Aufbau der SIS

Die SIS ist in vier Abschnitte eingeteilt (Elemente A/B/C1 und C2 siehe Abbildung 3 oder die Anlagen 4a und 4b im Abschlussbericht), die systematisch aufeinander aufbauen. Sie bietet eine schnelle Orientierung und einen Überblick zur individuellen Situation des Pflegebedürftigen. Darüber hinaus stellt sie gleichzeitig ein Element der internen Qualitätssicherung dar, welches die PFK zeitnah zur Eigenkontrolle und für eine Plausibilitätsprüfung der Situationseinschätzung bei der Aufnahme sowie der Maßnahmenplanung nutzen kann.

Die SIS ist das Kernstück im Element 1 des Strukturmodells, welches - wie ausgeführt - einen übersichtlich gestalteten Leitfaden darstellt, anhand dessen bei Neuaufnahmen pflege- und betreuungsrelevante sowie psychosoziale Aspekte und mögliche Risiken und Ressourcen der pflegebedürftigen Person übersichtlich dokumentiert werden können.

In der ambulanten Pflege können zusätzlich die individuelle häusliche Versorgungssituation und der diesbezüglich spezifische Hilfebedarf erfasst werden. Die SIS kann (in der Regel) nur von erfahrenen und hierin geschulten Pflegefachkräften durchgeführt werden und die Anwendung bedarf - wie jedes neue Verfahren - zunächst der Übung. Im Praxistest wurde sie fast ausschließlich für die Neuaufnahmen genutzt.

3.2 Allgemeines und praktische Anwendung

Ganz bewusst wird in der SIS auf eine Kategorisierung oder Strukturierung mittels Kästchen und Ankreuzverfahren verzichtet, um die Wahrnehmung und fachliche Einschätzung der PFK zur individuellen Situation der pflegebedürftigen Person nicht einzugrenzen. Insbesondere steht mit Feld B der SIS die ‚narrative Erzählung des Pflegebedürftigen‘ im Vordergrund. Diese Vorgehensweise verunsichert zunächst und bedarf anfänglich etwas Zeit und vor allem der Übung. Durch die freie Formulierung kann anfangs das Gefühl entstehen, etwas zu vergessen. Dem wird entgegenwirkt, einerseits durch die Festlegung von definierten pflegerelevanten Kernthemen und andererseits dem Erkennen fehlender Plausibilität durch die PFK selbst spätestens dann, wenn die Risikomatrix ausgefüllt wird.

Die Erfahrung im Praxistest hat gezeigt, dass die anfängliche Verunsicherung durch den Freitext sich bald gibt zugunsten einer anderen qualitativen Güte des Gesprächsverlaufs zwischen der PFK und der pflegebedürftigen Person bzw. den Angehörigen.

Ein zentraler Aspekt der SIS ist die ausdrückliche Einbeziehung und schriftlich Widergabe des Wortlauts der pflegebedürftigen Person, seiner persönlichen Wahrnehmung zur aktuellen Situation oder zu seinen Wünschen und Erwartungen an die Institution (Feld B). Dies gilt auch für kognitiv eingeschränkte Personen und ihren mitunter begrenzten Möglichkeiten sich direkt zu vermitteln.

Die Reihenfolge der 5 bzw. 6 Themen kann im Gesprächsverlauf flexibel genutzt werden. Die einzelnen Felder sind nummeriert, um sie eventuell bei der Maßnahmenplanung und der Festlegung von Evaluationsdaten praktisch nutzen zu können. Die Themenfelder stimulieren einen Wiedererkennungswert, da sie im Feld der Risikoeinschätzung erneut genannt werden. Durch sie soll weitestgehend sichergestellt werden, dass sowohl alle Lebensbereiche und die spezielle Situation der pflegebedürftigen Person als auch psychosoziale/kognitive und somatische Aspekte angesprochen und dokumentiert werden können. Bei stark kognitiv beeinträchtigten Menschen kann dieses Gespräch auch stellvertretend mit den Angehörigen und/oder mit dem Betreuer geführt werden. Dies ist entsprechend zu vermerken.

Wird aus fachlicher Sicht in einem der 5 bzw. 6 Themenfelder ein Risiko/Phänomen angesprochen, welches die pflegebedürftige Person anders einschätzt oder mit deren möglichen Maßnahmen/Vorschlägen zur Risikobegrenzung sie nicht einverstanden ist, ist das kurz in der SIS einschließlich der Matrix festzuhalten. Es hat ggf. eine Bedeutung in der Maßnahmenplanung für ein eng gesetztes Evaluationsdatum.

Dabei bleibt die Grundbotschaft nicht alles niederzuschreiben, sondern sich auf die pflege- und betreuungsrelevanten Informationen zu begrenzen. Auch dies bedarf der Übung und der Schu-

lung. Im Praxistest ist die anfängliche Unsicherheit aber schnell dem Eindruck gewichen, dass tatsächlich durch die Struktur der SIS - und einer gewissen ‚Disziplinierung‘ durch die räumliche Begrenzung für die einzelnen Themenfelder - in der Regel alles Wichtige erfasst werden kann und sich übersichtlicher darstellt. War dies im Einzelfall einmal nicht möglich wurde ein Zusatzbogen herangezogen. Hier werden künftig auch technisch gestützte Verfahren zur Dokumentation Lösungen anbieten.

Von einigen Pflegeeinrichtungen in den Testregionen wurde geschildert, dass nach einer gewissen Zeit der Anwendung diese Form der Informationsaufbereitung(SIS) und eine daraus abgeleitete Maßnahmenplanung sowie die Fokussierung auf Abweichungen im Pflegebericht, die Pflegedokumentation tatsächlich wieder gelesen wird und sich wieder zu einem alltagstauglichem Instrument unter Aspekten der Übersichtlichkeit und der schnellen Orientierungen entwickelt.

Nur in der ambulanten Pflege: besteht aus fachlicher Sicht die Notwendigkeit, eventuelle Risiken/Phänomene beim Erstbesuch anzusprechen, auch wenn der Kunde das anders einschätzt und/oder keine Beratung wünscht, ist dies ebenfalls zu vermerken.

Erfolgt eine Beratung - auch wenn sie keine Konsequenz für die Leistungserbringung hat - ist dies dennoch unter Element C2 anzukreuzen.

3.2.1 Praktische Anwendung der Elemente A und B

Das Element **A** dient der Erfassung von allgemeinen Daten, wie Name und ggf. Aufnahme-nummer, die Zeile zur Abzeichnung für diejenige PFK, welche die SIS durchgeführt und hat und - wenn gewünscht - die Zeile zur Gegenzeichnung der pflegebedürftigen Person/Angehörige/Betreuer als Ausdruck eines gegenseitigen Einverständnisses zur Wahrnehmung und zum Umgang mit der aktuellen Situation. Dies kann bei unterschiedlicher Einschätzung der pflegebedürftigen Person und der Angehörigen ein wichtiges Mittel zur Klärung für alle Beteiligten darstellen. Im Praxistest wurde diese Funktion wenig genutzt.

Strukturierte Informationssammlung - ambulant - □ □ □ □ □ □ □ □

Name der pflegebed. Person: _____ Gespräch am: _____ Handzeichen PFK: _____ ggf. Bestätigung pflegebed. P./Angeh./Betr.: _____

Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person

Was ist das Hauptproblem der Pflegesituation? Was würden Sie sofort verändern, wenn Sie es könnten? Welche Informationen würden helfen?

Abbildung 4: Abschnitte A und B der Strukturierten Informationssammlung - ambulant -

Strukturierte Informationssammlung - stationär -								
Name der pflegebed. Person: _____		Gespräch am: _____		Handzeichen PFK: _____		ggf. Bestätigung pflegebed. P./Angeh./Betr.: _____		
Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person								
Was ist das Hauptproblem der Pflegesituation? Welchen Unterstützungsbedarf haben Sie aus Ihrer Sicht? Wie können wir Ihnen helfen?								

Abbildung 5: Abschnitte A und B der Strukturierten Informationssammlung - stationär -

Das Element **B** ist unterlegt mit Einstiegsfragen für das Gespräch bei Neuaufnahmen, insbesondere zur persönlichen Situation und dem aktuellen Anlass, warum die pflegebedürftige Person aus ihrer Sicht Leistungen des ambulanten Pflegedienstes oder der stationären Pflegeeinrichtung benötigt und welche Erwartungen sie mit der Inanspruchnahme der Dienstleistung verbindet.

Intention dieses bewusst offen gehaltenen Gesprächseinstiegs ist es, einen ersten Eindruck darüber zu gewinnen wie die pflegebedürftige Person (und/oder deren Angehörige/Betreuungspersonen) die eigene Situation wahrnimmt. Da dieses Gespräch nicht selten im Beisein von Angehörigen oder Ehepartnern stattfindet, wird mitunter deutlich, welche Rolle die Angehörigen im Kontext der pflegerischen Versorgung spielen. Es bedarf des Einfühlungsvermögens der PFK darauf zu achten, dass in dieser Gesprächskonstellation der pflegebedürftigen Person entsprechend Raum gegeben wird.

Entscheiden ist hierbei, das aktive Zuhören und die Wiedergabe der Erzählung von Wünschen und Ängsten etc. im Originalwortlaut und keine Übersetzung in die professionelle Fachsprache. Hierdurch wird eine größtmögliche Wirkung und Sensibilisierung der Wahrnehmung bei der PFK zu der Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen erwartet.. Darüber hinaus können hier wichtige Aussagen zu pflegerelevanten biografischen Daten erwartet und dokumentiert werden.

Die in diesem Feld hinterlegten Fragestellungen (siehe hierzu auch Anlage 4 im Abschlussbericht) sind als Anregung zu verstehen und keinesfalls dazu geeignet, diese nur schematisch abzufragen und das Gespräch so zu beginnen.

Im Vordergrund steht die Initiierung eines Gesprächs. Das Erstgespräch zur SIS kann mit dem Fragenkomplex im Feld B eröffnet werden, die Fragestellung kann jedoch auch erst zum Abschluss des Erstgesprächs sinnvoll sein. Wichtig ist, dass dieser Sequenz bewusst durch die PFK Raum gegeben wird.

Im Praxistest wurde mitunter berichtet, dass sich Informationen zum Element B während des gesamten Gesprächsverlaufs ergeben und abschließend zusammengefasst die prägnantesten

Aussagen in diesem Feld im Originalton festgehalten werden und ggf. bei der Umsetzung in die individuelle Maßnahmenplanung einfließen..

Die Leitfragen in dem Themenfeld B sollen auf Anregungen aus dem Praxistest für eine künftige Nutzung der SIS noch offener formuliert werden und weniger auf die direkte Pflegesituation abzielen.

3.2.2 Praktische Anwendung des Elements C1 (Themenfelder)

Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs

1. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen? Bestehen herausfordernde Verhaltensweisen?

2. **Mobilität und Beweglichkeit:** Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs zu bewegen? Gibt es emotionale oder psychische Aspekte die sich auf die Mobilität auswirken?

3. **Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen:** Inwieweit liegen krankheits-/und therapiebedingte sowie für die Pflege- und Betreuung relevante Einschränkungen (psychisch/physisch) bei der pflegebedürftigen Person vor?

4. **Selbstversorgung:** Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person bei der Durchführung elementarer Alltagsaktivitäten wie Körperpflege, Kleiden, Ernährung und bei der Ausscheidung eingeschränkt?

5. **Leben in sozialen Beziehungen:** Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

6. **Haushaltsführung:**

Themenfelder zur strukturierten Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs

1. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:** Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen? Bestehen herausfordernde Verhaltensweisen?

2. **Mobilität und Beweglichkeit:** Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs zu bewegen? Gibt es emotionale oder psychische Aspekte die sich auf die Mobilität auswirken?

3. **Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen:** Inwieweit liegen krankheits-/und therapiebedingte sowie für die Pflege- und Betreuung relevante Einschränkungen (psychisch/physisch) bei der pflegebedürftigen Person vor?

4. **Selbstversorgung:** Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person bei der Durchführung elementarer Alltagsaktivitäten wie Körperpflege, Kleiden, Ernährung und bei der Ausscheidung eingeschränkt?

5. **Leben in sozialen Beziehungen:** Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?

Abbildung 6: Abschnitt C1 der Strukturierten Informationssammlung (5 bzw. 6 Themenfelder) - ambulant/stationär -

Das Element C1 steht für den sogenannten ‚fachlichen Filter‘ (siehe oben) und dient der fachlichen Einschätzung der Situation der pflegebedürftigen Person zum Zeitpunkt des Heimeinzugs oder für das Erstgespräch im häuslichen Bereich. Der ‚fachliche Filter‘ wird systematisch über alle Themenfelder aus pflegfachlicher Sicht wie oben beschrieben bearbeitet. Sollte ein Themenfeld tatsächlich im Einzelfall nicht von Bedeutung sein, ist dies entsprechend zu vermerken, um den Prozess des Erstgesprächs nachvollziehbar zu gestalten und ein Vergessen auszuschließen.

Die Themenfelder (1-5 stationär) und (1-6 ambulant) dienen der Informationsaufnahme und der pflegfachlichen Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person in den jeweiligen pflegerelevanten Kategorien einschließlich der Ressourcen und des Unterstützungsbedarfs. Zusätzlich werden mögliche Risiken und Vorschläge zu entsprechenden Maßnahmen hierzu besprochen.

Die Themen korrespondieren weitestgehend mit der inhaltlichen Strukturierung des NBA. Die hinterlegten Leitfragen (entwickelt aus der inhaltlichen Zuordnung der Unterkategorien der Themengebiete im NBA) dienen der Orientierung für die PFK, welche Informationen in welchen Feldern zu dokumentieren sind. Darüber hinaus erheben sie nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sind keineswegs als ‚direkte Abfrage‘ im Gespräch geeignet..

Auf Anregungen aus dem Praxistest sollten die Leitfragen aus der SIS wieder herausgenommen werden und Informationen hierzu gesondert in einer Anleitung zur Verfügung stehen sowie mittelfristig mit praktischen Beispielen angereichert werden. Die thematische Orientierung zu den Themenfeldern im Feld C1 mittels Leitfragen dient zudem einer einheitlichen Anwendung der SIS und kann perspektivisch für eine Auswertung im Rahmen der internen Qualitätssicherung herangezogen werden. Die pflegerelevanten Themenfelder und die entsprechenden Zuordnungen durch ‚Leitfragen‘ im Einzelnen:

1. **Kognition und Kommunikation**

Leitfrage (im Kontext NBA):

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?

2. **Mobilität und Bewegung**

Leitfrage (im Kontext NBA):

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

3. **Krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen**

Leitfrage (im Kontext NBA): Inwieweit liegen für die Pflege- und Betreuung relevante krankheits-/ und therapiebedingte Anforderungen vor?

4. **Selbstversorgung**

Leitfrage (im Kontext NBA): Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage z.B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken etc. selbständig / mit Unterstützung zu realisieren?

5. **Leben in sozialen Beziehungen**

Leitfrage (im Kontext NBA): Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbständig / mit Unterstützung gestalten?

6. **Haushaltsführung** (nur für ambulante Pflegedienste)

Leitfrage (im Kontext NBA): Inwieweit kann die pflegebedürftige Person ihren eigenen Haushalt noch selbst / mit Unterstützung organisieren?

C2). D.h. ausgehend von allen bis dahin erfassten Informationen in der SIS (Feld B und C1) werden diese nun verschränkt und bewertet.

Das Ausfüllen der Matrix zur Risikoeinschätzung (hier Risiko bezogen auf Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz und Ernährung, sowie ‚ein Freies Feld‘) unter Hinzuziehung der pflegerelevanten Kontextkategorien (u.a. Kommunikation/Kognition, Mobilität/Bewegung etc.) dient der rationalen Erfassung der fachlichen Einschätzung der PFK.

D.h. hier kann die individuelle Risikosituation des Pflegebedürftigen zum Zeitpunkt des pflegerischen Auftrags zu den häufigsten pflegesensitiven Risiken und Phänomenen übersichtlich und ohne großen Aufwand bewertet und nachvollziehbar dokumentiert werden. Das Kästchen ‚Sonstiges‘ steht zur freien Verfügung und ermöglicht ein individuelles Risiko zu ergänzen.

- Die Risikoeinschätzung erfolgt in mehreren Schritten: Es ist eine Entscheidung notwendig, wie prägnant sich bei Aufnahme die Situation aus ihrer fachlichen Sicht darstellt und inwiefern ein Risiko sofort erkennbar ist bzw. inwieweit eine zeitlich befristete Beobachtung notwendig ist.
- Ergänzend ist zu entscheiden, ob die Bewertung der Risikosituation (a) durch diese zeitlich befristete Beobachtung mit Beginn des pflegerischen Auftrags erreicht werden kann oder ob (b) sofort bei Aufnahme ein Differentialassessment mit Hilfe eines Standardinstruments (z. B. Braden-Skala) notwendig ist.

Für die ambulante Pflege wurde zusätzlich die Kategorie Notwendigkeit einer ‚Beratung‘ als weitere Option vor dem Hintergrund der Bedeutung der Dokumentation des Erstbesuchs eingefügt, insbesondere wenn zu einem Risiko (z. B. Sturz in Kombination mit krankheitsbedingten Anforderungen) Beratung notwendig wird und erfolgt ist. Mögliche Reaktion der pflegegebedürftigen Person auf dieses Beratungsangebot kann korrespondieren mit entsprechende Einträgen in den Themenfeldern (C1). Mitunter wird das Ergebnis auch auf einem Extrabogen knapp festgehalten.

Ableitend aus allen Informationen kann der pflegerische Handlungsbedarf definiert und dokumentiert werden. Im Maßnahmenplan sind die einzuleitenden Maßnahmen mit messbaren Hinweisen (z. B. Beobachtung des Sturzrisikos unter Berücksichtigung der kognitiven Beeinträchtigungen in den nächsten 2 Tagen) und im Feld ‚Evaluation‘ das Ergebnis dieser Risikoeinschätzung eindeutig festzuhalten. Der fachlich begründeten Entscheidung zum Umgang mit individuellen Risikosituationen wird somit Raum gegeben. Darüber hinaus kann die Matrix für einen Plausibilitätsscheck aller bis dahin verschrifteten Informationen verwendet werden.

3.3 Zusammenfassende Erfahrungen zur Umsetzung der SIS

Die einzelnen Elemente der SIS haben jeweils eine spezielle Funktion, sie sind im Sinne eines Gesamtkonzepts aufeinander bezogen und im Zusammenhang zu betrachten. Trotz der Freitexte kann davon ausgegangen werden, dass das, was zuvor auf vielen Einzeldokumenten sehr kleinschrittig dokumentiert wurde, hier übersichtlich auf das Wesentliche beschränkt, erfasst werden kann und auffällige Problembereiche sehr schnell wahrgenommen werden können.

Deshalb ist es wichtig, zum Abschluss des Gesprächs und der ausgefüllten SIS alle Felder kritisch durchzugehen und zu überprüfen, inwieweit die Informationen in den einzelnen Themenfeldern fachlich und sachlich systematisch und strukturiert erfasst und zugeordnet sind sowie mit den Informationen in der Matrix und/oder denen der pflegebedürftigen Person korrespondieren.

Im Praxistest gab es zwei Varianten im Umgang mit der SIS. Einige haben in den Themenfeldern der SIS viele Informationen dokumentiert und ihre Maßnahmenplanung eher schlank gehalten. Andere wiederum haben dies genau umgekehrt gestaltet. Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen noch Informationen, welche Variante die ‚bessere‘ ist bzw. inwiefern dies im ambulanten und/oder stationären Sektor von grundsätzlicher Bedeutung ist. Dies gilt insbesondere für Art und Umfang der Dokumentation im Kontext ‚Beratung‘.

Insgesamt kann nach Abschluss des Praxistests (09/2013 bis 01/2014) festgestellt werden, dass das erprobte Strukturmodell inkl. SIS und Risikomatrix eine sehr gute Grundlage sowohl zum Einstieg in den Pflegeprozess als auch zur Ausrichtung einer standardisierten Pflegedokumentation bietet. Es konnte bestätigt werden, dass die Art des Dokumentierens sinnvolle und pflegerelevante Bezüge besser erlaubt und gleichzeitig Aufwand und Umfang erheblich reduziert werden konnten.

Dabei wurden fachliche Standards nicht vernachlässigt, auch die Kommunikation zwischen allen Beteiligten zur Situation der Pflegebedürftigen ist nach wie vor gewährleistet. Somit liegt ein Konzept für eine effizientere Pflegedokumentation vor. Es ist zugleich die Grundlage, um im Pflegebericht auf die Abweichungen von routinemäßig wiederkehrenden Abläufen der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung zu fokussieren, was eine zusätzliche Entlastung schafft.

4 Allgemeine und organisatorische Hinweise zur Umsetzung des Strukturmodells

Während des Praxistests wurde häufig thematisiert, warum das Strukturmodell und die darin enthaltene SIS, einer so grundlegenden Änderungen der bisherigen Dokumentationspraxis bedarf. In diesem Zusammenhang umschrieben die beteiligten PFK aus einer positiv gestimmten Sichtweise den Veränderungsprozess mit Begriffen wie: ‚Reset‘ oder ‚back to the roots‘. Diese Diskussion war natürlich stark geprägt durch die Grundsatzentscheidung, sich von dem bisher mehrheitlich angewandten Pflegemodell (AEDL) zu lösen.

Reset Pflegedokumentation' - in Bezug auf das Strukturmodell - bedeutet nicht nur ‚weniger‘, sondern es geht um ‚effektiver und effizienter‘. ‚Reset Pflegedokumentation‘ steht für einen grundlegenden Paradigmenwechsel im Verständnis von Anforderungen an eine fachlich und juristisch angemessene und praxistaugliche Pflegedokumentation (Entbürokratisierung).

Insofern bietet der Anlagenband zusätzlich zum Abschlussbericht Orientierung und Hilfestellungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen hinsichtlich einer Entscheidung zur Umstellung der Pflegedokumentation auf der Grundlage dieses Strukturmodells und der Implementierung der SIS.

Hierzu bedarf es jedoch bestimmter Rahmenbedingungen und Grundsatzentscheidungen des Trägers, die im Folgenden skizziert werden:

- Die Benennung einer für die Umsetzung verantwortlichen Person oder eines Teams und eine konsequente Unterstützung des Prozesses durch das Management.
- Die Bereitstellung von personellen, zeitlichen und sächlichen Ressourcen.
- Eine Analyse der Kompetenzprofile der Pflegefachkräfte um diejenigen zu identifizieren, die die Implementierung von SIS aktiv im Pflegealltag unterstützen können (beachte Qualifikationsmix, Bedeutung ältere Mitarbeiter/-Innen).
- Die Zusammenarbeit des Pflege- und Qualitätsmanagements, u.a. zur Überprüfung
 - der Funktionalität und Zweckbestimmung jedes einzelnen Blattes einschließlich der Zusatzbögen der bisherigen Pflegedokumentation und /oder
 - des Dokumentationsaufwands zwischen fachlichem Erfordernis und betrieblichen Vorgaben für andere Zwecke,
 - der vorhandenen Leistungs- und Stellenbeschreibungen.
- Die Festlegung zur Organisation der Umstellung auf das Strukturmodell z. B. mit jeder Neuaufnahme.
- Die Information und Zusammenarbeit mit den jeweiligen Prüfinstanzen.
- Die regelmäßige Berichterstattung über den aktuellen Stand sowie hinderlicher und förderlicher Faktoren des Leitungsteams.

Bei einer grundlegenden Entscheidung des Trägers ist die Frage nach der längerfristigen Nutzenstiftung oder dem ‚Benefit‘ für eine Pflegeeinrichtung verständlich. Sie kann hier in diesem Anlagenband nicht erschöpfend beantwortet werden. Im Abschlussbericht und dem Anlagenband sind bereits viele Hinweise auf beobachtete Effekte (Arbeitszufriedenheit, Zeitersparnis, Praxistauglichkeit im Hinblick auf schnelle Orientierung, Bedeutung der Fachlichkeit etc.) angesprochen und aufgezeigt worden.

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

Es gibt derzeit mehrere Initiativen von Pflegeeinrichtungen mit ähnlichen Bestrebungen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, die unabhängig von dem Praxistest Konzepte

entwickelt haben. Es wäre zu wünschen, dass sie durch die Ergebnisse des Praxistests Anregungen zu weiteren Schritten und/oder Bestätigung ihres bisherigen Vorgehens erhalten.

Mit Vorlage des Strukturmodells einschließlich eines (wissenschaftsbasierten) Konzepts zur praktischen Umsetzung und der Beschlussfassung des Lenkungsgremiums (siehe Anlage 11 im Abschlussbericht) zur einvernehmlichen Unterstützung der veränderten Dokumentationspraxis sowie der weiteren politischen Unterstützung, insbesondere durch den Bevollmächtigten für Pflege (Implementierungsstrategie), sind tragfähige Voraussetzungen geschaffen worden, dass eine verbindliche Verständigung zu Art und Umfang der Pflegedokumentation gem. SGB XI gelingt und dauerhaft Wirkung erzielt. Dies sollte hinreichend Grundlage und Motivation für Einrichtungsträger sein, sich hieran zu beteiligen und entsprechende Entscheidungen zu treffen.