

Entbürokratisierung der der Pflegedokumentation

„Strukturmodell
Effizienzsteigerung der
Pflegedokumentation“

**25 Jahre
Diakonisches
Bildungszentrum Alfeld
24.02.2015**

Ablauf

1. Pflegedokumentationen im Rückblick – Warum eine neue Pflegedokumentation?
2. Strukturmodell „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“
3. Implementierungsstrategie auf Bundes-, Landes-, Verbands- und Einrichtungsebene
4. Praxisbeispiel „Elise Kühn“

Rückblick

Instruktionen für Gemeindeschwestern:

- „Ehe Ihr ein Werk anfanget, müsst Ihr's schon im Gebet fertig haben. Dann ist die Arbeit nachher leicht“
- „Wenn Gott Euch zu einer armen Familie sendet, so geht nicht ohne Gebet und nehmt auch Eure Augen mit und auch wohl Eure Schreibtafel. Denn wollt Ihr helfen, so müsst Ihr sie zuvor kennenlernen. Ihr müsst nach den Quellen der Armut forschen“
- „Anderes müsst Ihr erfragen, aber in friedlicher Weise, nicht wie ein Untersuchungsrichter, Euch erzählen lassen und nur leise die Erzählung durch Eure Fragen leiten.“



Friedrich von Bodelschwingh 1831-1910

Rückblick

■ Pflegemodelle:

- Virginia Henderson (1960er Jahre): 14 Grundbedürfnisse des Menschen
- Nancy Roper (1970er Jahre): 12 Lebensaktivitäten
- Liliane Juchli (1980er Jahre) 12 Aktivitäten des täglichen Lebens
- Monika Krohwinkel (1980er Jahre) 13 Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens

Rückblick:

- **Fiechter/Meier: Pflegeplanung (1981)**
- **Empfehlung des Landespflegeausschusses Nds.:**
Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation
(Oktober 2004, 26 Seiten)
- **MDS: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation** (April 2005, 72 Seiten)

Rückblick:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Pflegedokumentation stationär

Das Handbuch für die Pflegeleitung

Stand:
März 2007

(276 Seiten)

Rückblick

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe ... nach § 80 SGB XI 1995/96:

„3.2.3: Die vollstationäre Einrichtung hat eine geeignete Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen...“

„3.2.3: Der Pflegedienst hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten...“

Aktuell

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI (2011)

„3.1.3: Die Pflegedokumentation muss **praxistauglich** sein und sich am Pflegeprozess orientieren.“

... Die Anforderungen an sie und insbesondere an den individuellen Dokumentationsaufwand müssen **verhältnismäßig sein** und dürfen ... über ein **vertretbares und wirtschaftliches Maß** nicht hinausgehen.“

„**Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden fünf Bereichen Aussagen zu:**

- *Stammdaten*
- *Pflegeanamnese incl. Biographie*
- *Pflegeplanung*
- *Pflegebericht*
- *Leistungsnachweis*

Problem: Es wird zu viel dokumentiert!

- „Die heutigen Pflegedokumentationssysteme gehen weit darüber hinaus, was in der Pflege nötig ist und auch über das, was die Prüfinstanzen zur Prüfung von Pflegeeinrichtungen brauchen.“

(Dr. Pick, MDS 2014)

Problem: Es wird nicht richtig dokumentiert!

- Fehleinschätzungen von Risiken durch eine Vielzahl von Assessmentinstrumenten
- Widerspruch von Assessment und Realität, weil die Mitarbeitenden anders bewerten als das Assessment
- Widerspruch zwischen Assessment und Realität, weil das Assessment die individuellen Besonderheiten nicht kennen kann
- Keine oder unzureichende Auswertung der Risiken
- Pflegeplanungen sind Ballast, den keiner liest
- Pflegeplanungen sind selten individuell und lassen den Menschen mit seinen Bedürfnissen kaum erkennen

Quelle: Jutta König, NEVAP-Jahrestagung 2014

Problem: Unsicherheit im Umgang mit der Pflegedokumentation!

Viel Spielraum bei Interpretationen der Fachlichkeit der Pflegedokumentation durch:

- Vorgesetzte
- Kollegen
- MDK-Prüfer
- Heimaufsicht
- Qualitätsbeauftragte
- Autoren
- Fort- und Weiterbildungsreferenten
- Schulen
- Dokumentationssysteme-Hersteller

Problem erkannt!

„Jetzt wird abgespeckt“ (GKV-Spitzenverband 2014)

- „Die Pflegedokumentation ist eine wichtige Grundlage, um die Qualität der Pflege sicherzustellen.....“
- „.... Die Pflegedokumentation wurde in den letzten Jahren immer umfangreicher – ein Zeitaufwand, der bei der eigentlichen Pflege fehlte.“
- „Zentrale Botschaft... ist: Die Dokumentation wird auf die wesentlichen Aspekte reduziert und von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen im Rahmen der Qualitätsprüfung akzeptiert.“

(www.gkv-spitzenverband.de: Gemeinsame Pressemitteilung GKV-Spitzenverband und Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zum neuen Strukturmodell, 15.04.2014)

- „Die überbordende Bürokratie ist für die Beschäftigten in der Pflege Motivationskiller Nr. 1. Mit dem neuen Strukturmodell soll damit Schluss sein.“

(Karl-Joseph Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege
K.-J. Laumann)

6 Gründe für eine neue Pflegedokumentation

1. Die Pflegedokumentation wurde in den letzten Jahren immer umfangreicher – ein Zeitaufwand, der bei der eigentlichen Pflege fehlte.
2. Die Arbeitsmotivation und Arbeitszeit werden maßgeblich mitbestimmt durch den enormen Aufwand bei der Pflegedokumentation, so dass die Attraktivität des Pflegeberufes darunter leidet.
3. Das 6-Phasenmodell des Pflegeprozesses von Fiechter/Meier 1981 wurde pflegewissenschaftlich kritisch reflektiert
4. Die Einführung von Expertenstandards bewirkten eine Flut von Risikoeinschätzungsskalen, mit der Folge, dass die pflegefachliche Einschätzung in den Hintergrund geriet.
5. Unreflektierte juristische Ängste: „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht erbracht!“
6. Pflegeplanungen werden in der Regel nicht gelesen und erscheinen überflüssig.

Projekt

„Praktische Anwendung des Strukturmodells Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“

Die Umsetzung des Projektes erfolgte im Auftrag des BMG in Zusammenarbeit mit

- der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e V. (BAGFW) und
- dem Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

4 innovative Elemente des „Strukturmodells“

- 1. Pflegeprozess: Veränderung von sechs auf vier Phasen
- 2. Strukturierte Informationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess
- 3. Wissenschaftsbasiertes Initialassessment (Risikomatrix als Bestandteil der SIS)
- 4. Fokussierung auf eine auf „die Person zentrierte Pflege“ (neuer pflegetheoretischer Ausgangspunkt)

Martina Roes 7/2014

Ziele und Grundprinzipien des Strukturmodells

- Verständigung auf Grundprinzipien, keine Musterdokumentation
- Grundstruktur unter Einordnung juristischer Aspekte
- Rückgewinnung zeitlicher Ressourcen für die direkte Pflege
- Herstellung von Anschlussfähigkeit zu anderen Verfahren (Begutachtung/Ergebnisqualität/Transparenz)
- Aufhebung des Eindrucks für Prüfinstanzen zu dokumentieren
- Rationalität im Umgang mit Risikoeinschätzungen
- Stärkung der Fachkompetenz (Rückbesinnung)
- Rückgewinnung des Stellenwertes der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag

Quelle: E. Beikirch, Veranstaltung der BAGFW am 14.10.2014 in Hannover

Grundprinzipien des Strukturmodells aus fachlicher Sicht

- Stärkung der Beachtung von **Individualität** und **Selbstbestimmung** der Pflegebedürftigen
- Dokumentation des Pflegeprozesses in vier Schritten
- Wegfall der AEDL's
- Perspektive des Pflegebedürftigen wird gestärkt
- Beginn des Pflegeprozesses mit der Strukturierten Informationssammlung (SIS)
- Risikoeinschätzung mittels einer Matrix als Bestandteil der SIS
- „Klassische Pflegeplanung“ entfällt
- Fachlichkeit der Fachkräfte wird gestärkt
- Beschränkung der Aufzeichnungen auf Abweichungen von der Regel
- Verstärkung der Bedeutung der Evaluation

Grundstruktur des Pflegeprozesses im Strukturmodell

Der Pflegeprozess basiert auf dem WHO-Modell (1987) mit den vier Elementen:

1. **Strukturierte Informationssammlung** mit den Kernelementen Eigeneinschätzung des Pflegebedürftigen, fachliche Einschätzung der Pflegeperson und der Matrix für Pflegerisiken
2. Erkenntnisse aus der SIS bilden die Grundlage für die **individuelle Maßnahmenplanung**
3. Im **Pflegebericht** werden Abweichungen dokumentiert
4. Erkenntnisse aus der SIS und der Maßnahmenplanung bilden die Grundlage für die **Evaluation**

Die Ausrichtung der Pflegedokumentation an einem speziellen Pflegemodell, z.B. in der Gerontopsychiatrie, ist möglich, aber nicht zwingend erforderlich.

Quelle: E. Beikirch: Handlungsanleitung zur praktischen Anwendung des Strukturmodells, Berlin Oktober 2014

Der Pflegeprozess im Strukturmodell

1. Strukturierte Informationssammlung u. Risikoeinschätzung

Es erfolgt keine separate Erfassung der Probleme und Ressourcen, diese sind nunmehr Bestandteil der Informationssammlung

Keine separate schriftliche Festlegung der Pflegeziele

2. Zielführende Unterstützungsmaßnahmen

3. Durchführung/Bericht

4. Evaluation



Schritt 1: Strukturierte Informationssammlung

Pflegewissenschaftlicher Hintergrund:

■ Inhaltliche Ausrichtung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff . Grundlage ist das „Neue Begutachtungsassessment (NBA)“:

- Mit Hilfe von 8 Modulen wird der Grad der Selbstständigkeit einer Person erfasst. Das NBA berücksichtigt auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen.

1. Mobilität
2. Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung (Alltagsverrichtungen)
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung

Die fünf/sechs Themenfelder der Strukturierten Informationssammlung (SIS)

- **Eingangsfrage** an die pflegebedürftige Person (ungefilterte Aussage), somit konsequenter Blick auf die Interessen der Betroffenen und erst dann Verschränkung mit fachlicher Perspektive
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Mobilität und Beweglichkeit
- Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- Selbstversorgung
- Leben in sozialen Beziehungen, Wohnen/Häuslichkeit (stat.)
- Haushaltsführung (amb.),

Schritt 1 SIS: Element A und B

Element A: Stammdaten

Element B (Einstiegsfragen): Warum werden Leistungen benötigt? Erwartungen an die Leistungen. Was bewegt Sie im Augenblick? Welchen Unterstützungsbedarf haben Sie aus Ihrer Sicht? Wie können wir Ihnen helfen?

Beispiel: „Ich lebe seit 10 Jahren alleine. Ich fühle mich einsam. Mein Kinder wohnen weit entfernt und können nicht immer kommen. Ich war Kraftfahrer und habe Möbel geschleppt. Mein Rücken schmerzt sehr und ich vergesse viele Dinge. Ich brauche Hilfe bei der Körperpflege.“

- Die Erfassung biographischer Daten erfolgt integrativ in der SIS und nicht auf einem Extrabogen

Schritt 1 SIS Element C: Themenfelder

■ **Kognition und Kommunikation**

- Kann sich die Person zeitlich/örtlich/persönlich orientieren?
- Risiken/Gefahren erkennen?
- Herausforderndes Verhalten?

■ **Mobilität und Bewegung**

- Kann sich die Person frei und selbständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bewegen?
- Gibt es emotionale oder psychische Aspekte, die sich auf die Mobilität auswirken?

Schritt 1 SIS: Element C Themenfelder

■ **Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen**

- Liegen krankheits- und therapiebedingte Anforderungen vor, welche für Pflege/Betreuung relevant sind?

Beispiel: Probleme bei korrekter Einstellung der Insulininjektionen

■ **Selbstversorgung**

- Kann die Person selbstständig oder mit Unterstützung Körperpflege, Ankleiden, Ausscheidungen und Essen und Trinken durchführen?

■ **Leben in sozialen Beziehungen**

- Kann die Person Aktivitäten im näheren Umfeld selbstständig oder mit Unterstützung gestalten?

■ **Haushaltsführung/Wohnen/Häuslichkeit**

- Kann die Person ihren Haushalt/ihre Häuslichkeit selbst oder mit Unterstützung organisieren?

Schritt 1: Matrix Risikoeinschätzung in der SIS

- Erste fachliche Einschätzung im Ankreuzverfahren (ja/nein) zu möglichen Risiken im Kontext der Informationen aus den 5/6 Themenfeldern ohne zusätzliche Assessmentinstrumente
- Ggf. Hinzuziehung einer vertieften Einschätzung mittels einer Risikoeinschätzungsskala (Differentialassessment)
- Zusatzkategorie Beratung für den ambulanten Bereich
- Die Informationen in den Themenfeldern müssen mit der erfassten Risikoerhebung in der Matrix korrespondieren.

Schritt 1: Strukturierte Informationssammlung

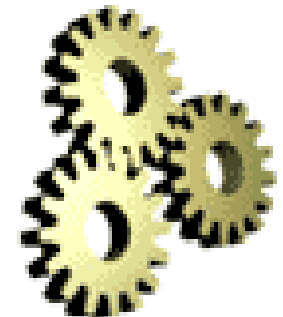
Einteilung in vier Abschnitte, die systematisch aufeinander aufbauen:

Element A und B

Strukturierte Informationssammlung – stationär mit hinterlegten Leitfragen

Anlage 4b

Strukturierte Informationssammlung - stationär -				A				<input type="text"/>							
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?															
B															



Schritt 1: Strukturierte Informationssammlung

Element C1 (Kontextkategorien)

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?

C1
↑

Schritt 1: SIS

C2 Pflegesensitive Risiken und Phänomene

1. Dekubitus
 2. Sturz
 3. Inkontinenz
 4. Schmerz
 5. Ernährung
 6. Individuelles zu benennendes Phänomen
2. 1-5 berücksichtigen die Expertenstandards des DNQP

© OBF auf der Grundlage von Experten

C2

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanter Risiken und Phänomene

Dekubitus			Sturz			Inkontinenz			Schmerz			Ernährung			Sonst.:														
weitere Einschätzung notwendig			weitere Einschätzung notwendig			vorhanden			weitere Einschätzung notwendig			vorhanden			weitere Einschätzung notwendig			weitere Einschätzung notwendig											
ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.	ja	nein	Beob.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: pflegebed.P. = - pflegebedürftige Person, PFK = - Pflegefachkraft, Angeh. = -Angehörige/r, Betr.= - Betreuer/in

Leitfragen der Strukturierten Informationssammlung

1. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.** Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich zeitlich, örtlich und persönlich 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 physische und psychische Einschränkungen vor?
4. **Selbstversorgung.** Inwieweit ist die Fähigkeit der pflegebedürftigen Person bei der Durchführung elementarer Alltagsaktivitäten wie Körperpflege, Kleidung, Ernährung und Ausscheidung eingeschränkt?
5. **Leben in sozialen Beziehungen.** Inwieweit kann die pfl. Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbst gestalten?
6. **Haushaltsführung (amb.)**

Prinzipien der praktischen Anwendung der SIS

- Erfassung und Dokumentation der Informationen immer bei Pflegebeginn von einer Pflegefachkraft
- Empfehlung: Abschluss der Erhebung nach 48 Std. bis 1 Woche nach Aufnahme (Trägerentscheidung)
- Zusätzliche Einträge immer mit Hdz. und Datum versehen
- Bei Veränderungen des Zustands, z.B. nach Krankenhausaufenthalt, ggf. komplette neue Erhebung bzw. Aktualisierung
- Keine regelhafte Evaluation der SIS
- Die SIS kann ebenfalls Grundlage für eine Evaluation des Pflegeprozesses sein

Schritt 2: Maßnahmenplanung stationär

Vier mögliche Vorgehensweisen:

Variante 1 – Tagesstruktur kompakt: Die alltäglichen pflegerischen Handlungen orientieren sich an den Themenfeldern

Variante 2 – Tagesstruktur ausführlich: Der gesamte Tagesablauf wird in der zeitlichen Reihenfolge beschrieben

Variante 3 – Leistungsbezogen ohne Tagesstruktur: Die Maßnahmen werden ohne Zeitstruktur den Themenfeldern zugeordnet

Variante 4 – Mix aus 1 und 2: Voranstellung der individuellen Wünsche mit anschließender Beschreibung des Tagesablaufs

Die Dokumentation der Behandlungspflege bleibt unverändert

Spezielle ergänzende Dokumentationsformulare aus dem internen QM können individuell zusätzlich eingesetzt werden.

Schritt 2: Maßnahmenplanung ambulant

- Orientierung an Art und Umfang der vereinbarten Leistungen und Informationen aus dem Erstgespräch
- In die Maßnahmenplanung fließen nur die mit dem Pflegebedürftigen vereinbarten Leistungen ein
- Ggf. Dokumentation der Beratung zu einem oder mehreren Risiken
- **Variante 1:** Strukturierung der Planung anhand der 6 Themenfelder und Zuordnung zu den Nummern der Leistungskomplexe
- **Variante 2:** Knappe Beschreibung des Ablaufs des jeweiligen Einsatzes
- Die Dokumentation der Behandlungspflege bleibt unverändert
- Spezielle ergänzende Dokumentationsformulare aus dem internen QM können individuell zusätzlich eingesetzt werden.

Schritt 3: Pflegebericht - Verlaufsdocumentation

- Die Aufzeichnungen im Pflegebericht konzentrieren sich ausschließlich auf das Auftreten von Abweichungen. Die alte „Faustregel“: mindestens einmal/Woche muss dokumentiert werden, gilt nicht mehr.
- Routinemäßig wiederkehrende Verrichtungen bei der Grundpflege (Immer-so-Routinen) müssen nicht abgezeichnet werden.
- Schichtbezogenes Abzeichnen der Leistungen wird aus haftungsrechtlicher Sicht nicht empfohlen.
- **Aus juristischer Sicht ist noch nicht entschieden**, ob jede Einrichtung die „Immer-so-Leistungsbeschreibungen“ als Grundpflegestandards im QM hinterlegt haben muss oder ob eine individuelle Beschreibung in der Maßnahmenplanung ausreichend ist.
- Grundsätzlich müssen die Aufzeichnungen der Grund- und Behandlungspflege klar getrennt werden
- Das ambulante Abrechnungsverfahren mit den Pflege- und Krankenkassen bleibt davon unberührt

Schritt 4: Evaluation

- Ggf. routinemäßige Überprüfungen gemäß der Vorgaben im internen QM
- Individuell angepasste Evaluationsdaten in fachlich begründeten Zeitkorridoren
- Kurzfristig gesetzte Evaluationsdaten im Kontext der Risikoeinschätzung
- Anlassbezogene Evaluation in akuten Situationen
- Die Bezugspflegekraft führt die Evaluation durch

Umstellung des vorhandenen Dokumentationssystems auf das Strukturmodell

„Es ist erforderlich, die Pflegedokumentation einschließlich der Pflegeplanung auf Basis des Strukturmodells und unter Einbeziehung der SIS insgesamt neu aufzustellen. Der Austausch eines einzigen Formulars reicht nicht aus.“

FAQ's der Handlungsanleitung zum Strukturmodell 2014

- Überprüfung der Art und des Umfangs der Leistungsbeschreibungen (Grundpflegestandards)
- Korrektur der Vorgaben im QMH zu Risikoeinschätzungen und Evaluationsvorgaben

Prinzipien des Strukturmodells aus juristischer Sicht - Sozialrecht



§ 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB XI und MUG:

Die Pflegedokumentation muss:

- praxistauglich sein
- den Pflegeprozess unterstützen
- die Pflegequalität fördern
- darf über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen.

Prinzipien des Strukturmodells aus juristischer Sicht - Sozialrecht



Beschluss der Vertragspartner nach § 113 Abs. 1 SGB XI vom 3.07.2014:

- Die Kompatibilität der Ergebnisse des Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells“ mit den derzeit geltenden Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI und den hieraus resultierenden Prüfanforderungen der Qualitätsprüfrichtlinien nach § 114 SGB XI ist gegeben.

Prinzipien des Strukturmodells aus juristischer Sicht - Haftungsrecht



- Obligates Beibehalten von Einzelnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege
- Wegfall von Einzelnachweisen für routinemäßig wiederkehrende Abläufe der Grundpflege und Betreuung (Immer-So-Nachweis) unter der Voraussetzung, dass der geplante Pflegeablauf genau beschrieben ist.
- Ausnahme in der (alten) Rechtsprechung des BGH: Dekubitusprophylaxe
- Noch unklar: Dokumentation von Leistungen nach § 87b SGB XI (Landesrecht)
- Haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindliche Vorgaben des internen QM und standardisierter Leistungsbeschreibungen (Umfang noch unklar)
- Im Rahmen der Organisationsverantwortung sind alle Pflege- und Betreuungskräfte über das einrichtungsinterne Vorgehen mit Gegenzeichnung informiert

Quelle: Dr. Plantholz, Veranstaltung der BAGFW am 14.10.2014 in Hannover

Einrichtungsinterne Rahmenbedingungen zur Umstellung auf das Strukturmodell I

- Einsetzen einer verantwortlichen Person oder eines Teams (Projektverantwortliche)
- Konsequente Unterstützung und Reflexion des Prozesses durch das Management
- Bereitstellung von zeitlichen, personellen und zeitlichen Ressourcen
- Regelmäßige Berichterstattung des Projektverantwortlichen an das Management
- Analyse von Kompetenzprofilen der Pflegefachkräfte
- Eng abgestimmtes Vorgehen des Qualitätsmanagements hinsichtlich Überprüfung der bereits vorhandenen Dokumente
- Überprüfung der Aktualität vorhandener Verfahrensanleitungen
- Überprüfung des Vorhandenseins und Aktualität der Stellen- und Funktionsbeschreibungen
- Festlegung eines innerbetrieblichen Konzepts zur Umstellung und Schulung

Einrichtungsinterne Rahmenbedingungen zur Umstellung auf das Strukturmodell II

- Teilnahme an den Schulungen und Reflexionstreffen
- Beteiligung an der pflegewissenschaftlichen Evaluation nach der Implementierung
- Ausschließliche Verwendung der zentral vom Projektbüro bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien zur Grundlage des internen Schulungsprogramms
- Unveränderte Umsetzung des Konzepts und der Ausrichtung der Strukturierten Informationssammlung (SIS)
- Anwendung der SIS nur von geschulten Pflegefachkräften
- Klärung der Verantwortlichkeiten in der Führung der gesamten Pflegedokumentation

Praxistest Strukturmodell Effizienzsteigerung

- Bundesweite Teilnahme von:
- 26 stationäre Einrichtungen
- 31 ambulante Diensten
- Laufzeit: September 2014 - Februar 2014

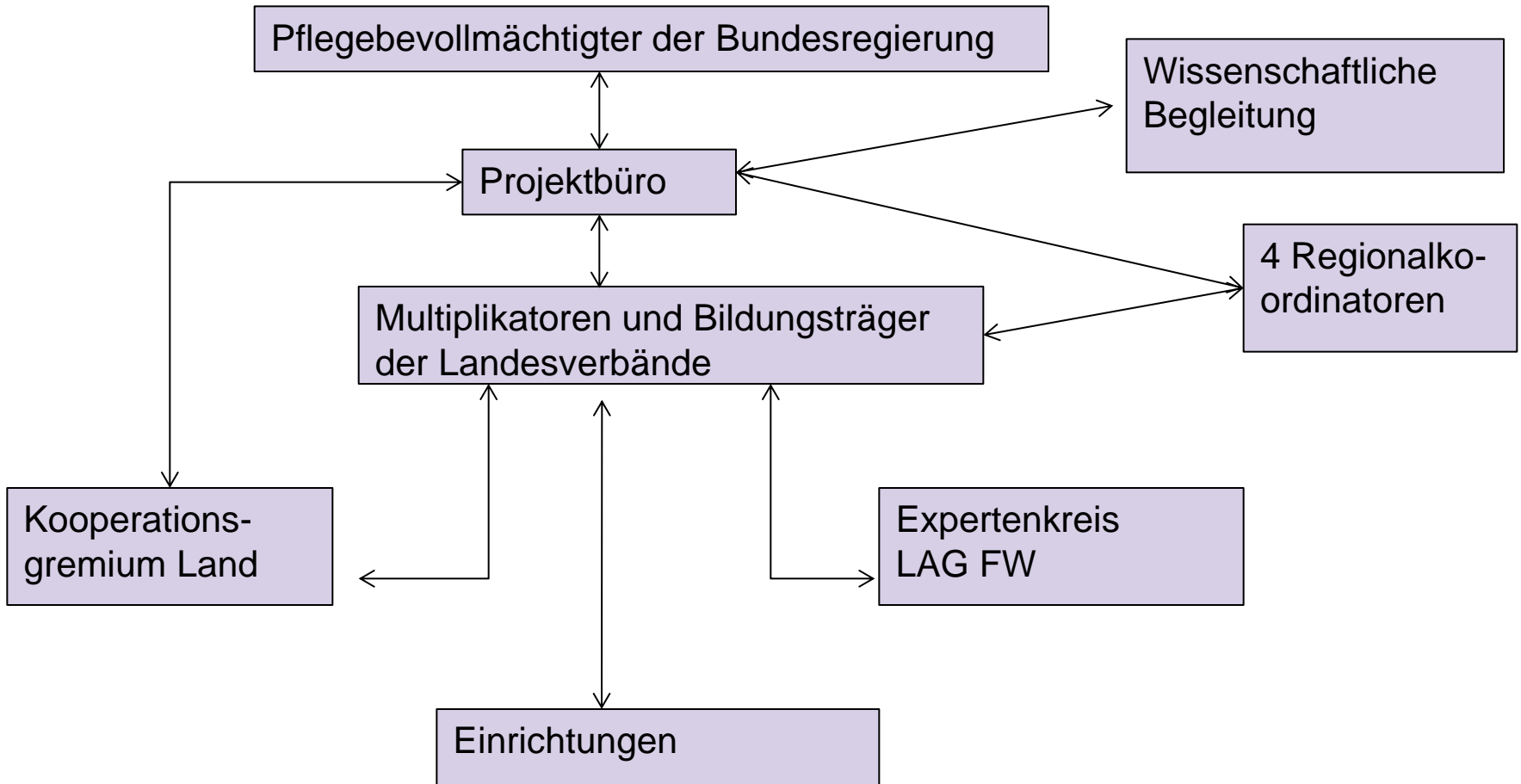
Rückmeldungen der Mitarbeitenden nach Praxistest Diakoniestation Berlin/Vorwerker Diakonie Lübeck

- Stärkung des Selbstwertgefühls
- „mein erlerntes Wissen ist wieder gefragt“
- Anerkennung der pflegfachlichen Kompetenz
- Aufhebung des Eindrucks für Prüfinstanzen dokumentieren zu müssen
- Beendigung der „angstgetriebenen“ Pflegedokumentation
- Beobachtung ist intensiver
- Gefährdungsermittlung erfolgt schneller
- Zeitersparnis insgesamt durch
 - die veränderte Form der Pflegeplanung
 - die individuelle Festlegung der Evaluationszeiträume
 - den Wegfall des tgl. Abzeichnens der Einzelleistungen

Herausforderungen bei der Umstellung

- Weiterhin Denken im AEDL-Schema
- Verständnisprobleme bei der Risikoeinschätzung
- Hohe Fachlichkeit vs. mangelnde Fachlichkeit
- Keine erkennbare Leistungsbestätigung mehr (... „ich habe schon 10 Bewohner gewaschen“)
- Schwer erkennbare Reaktion auf veränderte bzw. problematische Pflegesituationen
- Einführung einer konsequenten Bezugspflege

Implementierungsstrategie „Strukturmodell“



Implementierungsstrategie auf Bundesebene

- Ziel: 25% aller ambulanten und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege beteiligen sich in den nächsten 2 Jahren an der Einführung des Strukturmodells
- Vier Regionalkoordinatoren (bundesweit) schulen die Multiplikatoren und begleiten die Implementierungsphase
- Ein einheitliches Schulungskonzept wird auf der Basis der Handlungsanleitung durch das vom BMG beauftragten Projektbüro (Anfang 2015) entwickelt.
- Das Projektbüro wird die flächendeckende Einführung koordinierend begleiten und unterstützen
- Schulungskonzepte und notwendige Informationsmaterialien berücksichtigen auch die Erfordernisse der Kostenträger und Prüfinstanzen
- Interessierte Einrichtungen sollten sich mit einem Kontaktformular in Berlin für eine Teilnahme bewerben
- Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der ersten Umsetzungsphase

Implementierungsstrategie in Niedersachsen

- Aufbau von Multiplikatoren in den Verbänden, Institutionen und Pflegeeinrichtungen
- Das Lenkungsgremium auf Landesebene ist der Landespflegeausschuss, der die Umsetzung begleitet und sich eng mit der Bundesebene abstimmt.
- Koordinierungsstelle für die diakonischen Einrichtungen ist das Diakonische Werk. Der Landesverband koordiniert die 2-tägigen Schulungen für die Einrichtungen (keine Kostenerstattung für anfallende Aufwände)
- Einrichtung eines Expertenkreises der LAG FW
- Regelmäßige Treffen der Projektbeauftragten der Einrichtungen in den Landesverbänden

Implementierungsstrategie auf Einrichtungsebene

- Zentrale oder einrichtungsinterne Mitarbeiterschulung durch die Multiplikatoren der Landesverbände
- Erstellung eines Projektplans
- Klärung der Vorgehensweise bei der Umstellung der einzelnen Pflegedokumentationen
- Klärung, welche Formulare einrichtungsintern neu erstellt werden müssen
- Festlegung des/der Projektverantwortlichen in der Einrichtung
- Absprachen mit dem Soft-ware-Anbieter

Implementierungsstrategie (IMPS) Phase 1: voraussichtlich Januar-März 2015

Projektbüro des Bundesministeriums für Gesundheit

- Aufbau der Projektorganisation und der Datenbank
- Meilensteinplanung einschl. Terminierungen
- Erstellung der Informations- und Schulungsunterlagen

Pflegeeinrichtungen und Dienste

- Interessenbekundung
- Verfahren zur Teilnahme an der IMPS

Landesverbände

- Benennung der Multiplikatoren der Landesverbände und der Multiplikatoren des Bildungsträgers

IMPS Phase 2: voraussichtlich März-Mai 2015

Projektbüro/Landesverbände

- Schulung der Multiplikatoren der Landesverbände
- Aufbau von Schulungskapazitäten für die Einrichtungen in der Fläche durch die Wohlfahrtsverbände und privaten Verbände

Pflegeeinrichtungen und –dienste

- Interne organisatorische Vorbereitung der Einrichtungen zur Umstellung der Pflegedokumentation

Projektbüro in Berlin

- Zentrale Auftaktveranstaltung

IMPS Phase 3: voraussichtlich ab Mai 2015

Pflegeeinrichtungen und Landesverbände

- Interne bzw. zentrale Schulungen der Pflegeeinrichtungen und praktische Umsetzung des Strukturmodells in mehreren Schritten
- Schulung durch die Bildungsträger bzw. Multiplikatoren der Landesverbände
- Durchführung von Reflexionstreffen vor Ort und in den Regionen durch die Verbände

Pflegeeinrichtungen und Dienste

- Phase der Implementierung unter Festlegung von entsprechenden Startterminen

Projektbüro

- Beginn der externen Evaluation und der wissenschaftlichen Begleitung im Projekt
- Überprüfung der Zielerreichung und ggf. Nachsteuerung

IMPS Phase 4: ab Juli/August 2015

- Fortlaufende Implementierung in den Pflegeeinrichtungen
- Fortlaufende Evaluation/wissenschaftliche Begleitung
- Überprüfung der Zielerreichung
- Weiterentwicklung des Konzeptes für Tages- und Kurzzeitpflege unter Hinzuziehung externer fachpraktischer, fachwissenschaftlicher und juristischer Expertisen
- Vorbereitung für eine begrenzte Erprobung in Zusammenarbeit mit den Verbänden (ab Oktober 2015)

IMPS voraussichtlich ab 2016

- Auswertung der Ergebnisse im Rahmen der Implementierung sowie wissenschaftl. Begleitung
- Evtl. Korrekturbedarf der Handlungsanleitung und der Schulungsmaterialien und ggf. Erstellung der Version 2
- Fertigung des Abschlussberichtes
- Zentrale Abschlussveranstaltung
- Parallel weiterer sukzessiver bundesweiter Aufbau und Ausbau der Umstellung in den Einrichtungen
- Fortlaufen der externen Evaluation und Auswertung sowie Abschluss

Nächste Schritte: Teilnehmerakquise

- Die Interessenbekundungen der Einrichtungen werden ausgewertet und den Bundesverbänden (DW Berlin) zur Verfügung gestellt.
- Gemeinsame Prüfung des Projektbüros und der Bundesverbände, ob die Verteilung der Interessenbekundungen den Projektvorgaben entspricht
- Direkte Ableitung der Aktivitäten der Verbände und Planung zu ggf. erforderlichen Werbungsaktivitäten der Verbände

Nächste Schritte: Schulungskonzept

- Schulung der Multiplikatoren in den Verbänden
- Schulung von Multiplikatoren in den Prüfinstanzen unter Mitwirkung des Projektbüros
- Informationsveranstaltungen für die Dokumentationsbranche (Software-Anbieter)

Schwerpunkte der 2-tägigen Schulung sind:

- Einführung in das fachliche Konzept und seiner praktischen Umsetzung, der SIS und Aspekte der juristischen Einordnung
- Eckpunkte zur Beachtung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und der Verantwortung zur betrieblichen Prozesssteuerung
- Spezielle Anforderungen bei der Begleitung der Pflegeeinrichtungen
- Spezielle Anforderungen an Dokumentationssysteme

Zusammenfassung: Was ist anders?

- Keine Organisation nach ATL`s / AEDL`s in der Informationssammlung und der Prozessplanung
- Biographiedatenerfassung integrativ und regelhaft, jedoch nicht auf extra Bogen
- Nunmehr 5/6 Strukturpunkte (stat./amb.)
- Separate Zielformulierungen entfallen und werden als „fachimmanent“ vorausgesetzt
- Veränderte Risikoeinschätzung, bisher verwendete Assessments können ganz wegfallen und/oder gezielter eingesetzt werden
- Leistungsnachweis in stationärer Pflege nur noch für die Behandlungspflege
- Sonstige Leistungsnachweise nach der Regel „Immer so“, dokumentiert werden Abweichungen von „Immer so“
- Ambulante Leistungen werden weiterhin quittiert (Leistungsabrechnung)

Was müssen Sie als Einrichtung tun?

- Interessensbekundung beim Pflegebeauftragten im Bundesgesundheitsministeriums mit dem Kontaktformular (per E-Mail über die Homepage des Pflegebeauftragten)
- Kopie an den jeweiligen Landesverband

„Pflegenoten gescheitert“ (Positionspapier des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung K.-J. Laumann, 11/2014)

- „... ist es misslungen, die Prüfberichte des MDK in Schulnoten zu übertragen“
- „... sind für die Verbraucher nicht aussagekräftig“
- „... führen jedoch weder zu Transparenz noch zu mehr Qualität in den Einrichtungen“
- „... wird zu viel Wert auf die Dokumentationen und Konzepte gelegt...“
- „... MDK und Heimaufsichten stimmen ihre Prüfungen noch zu selten miteinander ab.“
- „... Doppelprüfungen führen zu weiteren bürokratischen Belastungen...“
- „ Die Veröffentlichung der bisherigen **Pflegenoten muss umgehend ausgesetzt werden...**“
- „ Im Mittelpunkt sollte daher auch bei Einrichtungsprüfungen der pflegebedürftige Mensch stehen. ***Ein solches Verständnis von Pflege und Transparenz steht im Einklang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der neuen, entbürokratisierten Pflegedokumentation.***“

Reform der Pflegenoten

„Bis Ostern 2015 werde ich einen Reformvorschlag präsentieren!“

(Karl-Joseph Laumann im ZDF-heute-journal am 07. Februar 2015)

Fallbeispiel Elise Kühn

- Tragen Sie bitte die Informationen aus der Pflegeanamnese in die Strukturierte Informationssammlung des Strukturmodells
- Schätzen Sie die für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken mit Hilfe der Risikomatrix ein (Initialassessment)
- Erstellen Sie einen Maßnahmenplan
- Bitte beachten:
 - Alle Eintragungen sollten kurz und verständlich formuliert werden, z.B. in Form einer Aufzählung

**Vielen Dank für Ihr
Interesse und Ihre
Aufmerksamkeit**