

1 Grundlagen

»Was tun Sie«, wurde Herr K. gefragt, »wenn Sie einen Menschen lieben?« »Ich mache einen Entwurf von ihm«, sagte Herr K., »und sorge, dass er ihm ähnlich wird.« »Wer? Der Entwurf?« »Nein«, sagte Herr K., »der Mensch.« Bertolt Brecht (1898–1956), dt. Dramatiker und Dichter

Zentrale Pflegedokumentation (ZPD)

Wie die bereits in allen Vorauflagen dieses Fachbuches vom Autor konzipierte ZPD, so bestätigt auch die vereinfachte Pflegedokumentation das obige Zitat! Demnach ist es ganz gleich, ob die Pflegedokumentation nach ATL, A(B)EDL oder SIS-Themenfeldern gegliedert ist. All diese Gliederungspunkte dienen, wie in den vorherigen Auflagen bereits betont wurde, schließlich als »Hilfsleiter«, damit an möglichst alle relevanten Inhalte gedacht wird. Auch deren Nummerierung geschieht unwillkürlich bzw. wird am besten im Pflegegespräch vom zu Pflegenden festgelegt. Im Sinne der ganzheitlichen Orientierung hat die Sicht der zu pflegenden Person absolute Priorität. Entsprechend des oben aufgeführten Zitats von Bertolt Brecht steht eben nicht der Plan, sondern der Mensch im Mittelpunkt. Um ein zu starres Kategoriendenken zu vermeiden, muss die Pflegeperson verstehen, dass alle Phasen des Pflegeprozesses (egal ob sechsschrittig wie bisher, oder vierstufig nach der vereinfachten Pflegedokumentation) miteinander verflochten sind. Der zu Pflegenden ist als ganzheitliches Wesen aus Geist, Seele und Körper zu betrachten, welches in der Interaktion (Wechselbeziehung) mit der Umwelt steht (soziales Wesen). Diese vier Bereiche der Zentralen Pflegedokumentation (ZPD) beeinflussen sich gegenseitig, sodass eine Reduktion des Menschen auf einen dieser Teile undenkbar ist (vgl. Henke/Horstmann 2010, S. 14).

Die »Zerlegung« des Menschen in Aktivitäten des täglichen Lebens, seien es ATL, AEDL oder ABEDL, kann die Übersicht der Dokumentation und letztlich die Qualität der Pflege erschweren. Abhilfe versucht dazu die Übersicht aus dem Lehrbuch »Pflegeplanung

exakt formuliert und korrigiert« (Henke/Horstmann 2012, S. 30) zu schaffen, die die Lebensaktivitäten jeweils den Bereichen zuordnet, um eine überschaubare Ordnung für weniger Kategorisierungen und Bürokratie und damit mehr Pflegebewusstsein und für mehr Pflegezeit zu schaffen.

Die Vordrucke zur zentralen Pflegedokumentation in diesem Buch orientieren sich am professionell betrachteten Pflegeprozess. Der Zeitaufwand und die Inhalte der Pflegedokumentation müssen sich im relevanten Pflegegetagesablauf am tatsächlichen Pflegebedarf orientieren. Die Qualitätssicherung in der Pflege darf kein Selbstzweck sein und nicht mehr Zeit als die eigentliche Pflegedurchführung beanspruchen. Die ZPD ist als einheitliches Konzept zu verstehen, das von allen Beteiligten (Pflegeeinrichtungen, Versicherungsträgern, Aufsichtsbehörden) anerkannt wird. Einrichtungsinterne Überlegungen können darin freigestaltet eingebunden werden. Sie kann einrichtungsinterne Qualitätsverbesserungen nicht überstülpen, sondern lediglich dazu anregen. So ergeben sich für die Nachhaltigkeit der Entbürokratisierung automatisch weitere kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) bezüglich Pflegesystem, Arbeitszeitgestaltung, Übergaben sowie der Delegation der speziellen Pflege/Behandlungspflege etc.

Die Tabelle 1 bietet eine pflegeleitbildgerechte, übersichtliche sowie ganzheitliche Betrachtungsweise der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Aspekte des im Mittelpunkt stehenden pflegebedürftigen Menschen.

Tab. 1: Körperliche, geistig-seelische und soziale Aspekte des im Mittelpunkt stehenden pflegebedürftigen Menschen

Bereiche der ZPD ¹	Inhalte aus Klassifikationen der Lebensbereiche nach Juchli (1991) und Krohwinkel (1993) sowie nach verschiedenen Konzepten
Körper	Sich waschen und kleiden (Fähigkeiten, Vorlieben, Hilfestellungen, Hilfsmittel, Gewohnheiten, Waschen, Baden, Duschen, Hautpflege, Mundpflege, Haar- und Bartpflege, Nagelpflege), sich bewegen (Mobilisation, Grobmotorik: Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen und Feinmotorik: Finger und Hand), ausscheiden (Gewohnheiten und Hilfsmittel bzgl. der Harn- und Stuhlausscheidung), Atmen, Regulieren der Körpertemperatur, Vitalzeichen (Gewicht, Körpergröße, Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Blutzucker), Essen und Trinken (Vorlieben, Rituale, Störungen bzgl. Essen und Trinken), Aktivierung, Kinästhetik, Bobath-Konzept
Geist	Kommunizieren (verbal und nonverbal, Sprachstörungen, Gestik, Mimik, Körpersprache), Artikulation, Merkfähigkeit, Kurzzeit-, Langzeitgedächtnis, Sprachstörungen: motorische und/oder sensorische Aphasie, formale Denkstörung: Denkhemmung, -verlangsamung, umständliches Denken, Grübeln, häufige Themenwechsel, zerfahrenes Denken; Beziehungs-, Verfolgungs-, Vergiftungs-, Größen-, Bestehlungs-, Verarmungs-, Schuld- und Hypochondrierwahn, Antriebssteigerung, -armut, sich beschäftigen (Tagesstruktur, Interessen, Vorlieben, Hobbys, Angebote, Verhältnis zur Natur, zu Tieren und Pflanzen), Raum und Zeit gestalten, Dementia Care Mapping, Gedächtnistraining, Basale Stimulation, Ruhens und Schlafen (Schlafrituale, Schlafstörungen, Schlaf-Wach-Rhythmus), qualitatives Bewusstsein, quantitatives Bewusstsein mit zeitlicher, örtlicher, persönlicher und situativer Orientierung
Seele	Sinn finden (Stabilität, Labilität, Gemüt, positive und negative Stimmungen, Antriebsarmut, -steigerung, gestörtes Ich-Erleben: Gedankenausbreitung, -entzug, -eingebung), mit existenziellen Bereichen des Lebens umgehen (Motivation, Religion, Krisen, Akzeptanz von Lebensabschnitten), Snoezelen, Validation, Palliative Care
Soziales Umfeld	Für Sicherheit sorgen (infektiöser und psychischer Hospitalismus, Arztanordnungen, Medikamente, Suchtgefährdung) und soziale Bereiche des Lebens sichern (biografische Daten mit körperlichen Erkrankungen und Unfällen, geistige Daten, wie fördernde Erfahrungen, soziale Daten wie Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Ex-Kollegen, Telefon, Besuch, Verkehrsmittel, Medien, Kirchengemeinde), sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten (Bezugspflege)

Pflegeplanung nach den sechs Schritten des Pflegeprozesses

Die Pflegeplanung ist gesetzlich vorgeschrieben und bildet die Grundlage einer geplanten, zielorientierten und nachvollziehbaren Pflege unter Berücksichtigung der Individualität des Menschen. Ihr Ziel ist die Sicherung der systematischen Durchführung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen Pflegequalitätssicherung. Durch alle Pflegebereiche hindurch lassen sich große Unsicherheiten hinsichtlich der vollständigen und korrekten Formulierung von Ressourcen, Problemen, Zielen und Maßnahmen erkennen.

Die Abbildung 1 zeigt den sechsschrittigen Pflegeprozess, wie er in der Kurzzeitpflege und in der theoretischen Pflegeausbildung sowie als Denkprozess auch bei allen Pflegedokumentationen in der Praxis weiterhin stattfindet, jedoch gemäß der vereinfachten/entbürokratisierten Pflegedokumentation in der Langzeitpflege nicht mehr so ausdifferenziert verschriftlicht wird.

Das Erstellen einer individuellen Pflegeanamnese beginnt im Erstgespräch (erster Schritt) personenzentriert, also mit der pflegebedürftigen Person (**Informationsammlung**). Sie erfolgt im Pflegeprozess fortwährend und ist folglich nie ganz beendet. Mit diesem ersten Schritt sind insbesondere der Aufbau und Erhalt der Beziehung, die Schaffung einer Vertrauensbasis sowie die Sammlung von Informationen über den Pflegebedürftigen beabsichtigt. Dabei wird der physische, psychische und soziale Hintergrund des Klienten berücksichtigt. Hilfreich im Rahmen des ersten Pflegeprozessschrittes sind auch Pflege-Assessments (Einschätzungshilfen), die jedoch nicht zu statisch, sondern auch im individuellen Ermessen der jeweils zuständigen Pflegefachkräfte selbstbestimmt verwendet werden sollten.

Im zweiten Schritt (**Ressourcen/Probleme erfassen und formulieren**) geht es um das Erkennen von Einschränkungen, aber im Sinne der fördernden Pflege auch von vorhandenen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Probleme können aktuell, z. B. Frau Müller kann

¹ ZPD (Zentrale Pflegedokumentation).

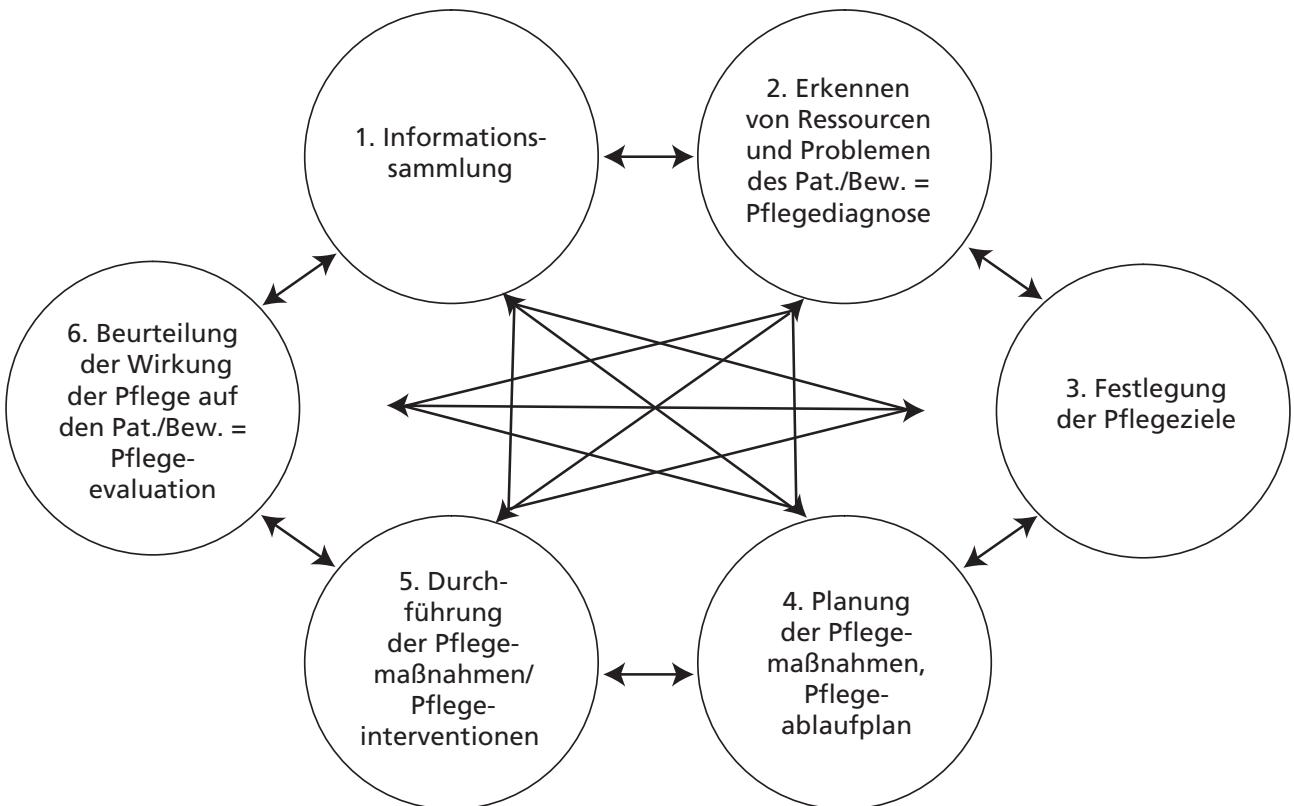


Abb. 1: Die sechs Schritte des Pflegeprozesses (angelehnt an Fiechter und Meier, 1981)

nicht selbstständig für Druckentlastung am Steiß sorgen, weil sie zu schwach zum Umdrehen im Bett ist (auszehrende Erkrankungen), oder potenziell sein, z. B. ein drohendes Dekubitusulkus. Aktuelle Pflegeprobleme müssen begründet werden, damit die Ursache pflegerisch angegangen werden kann. Zur besseren Verdeutlichung kann die medizinische Diagnose in Klammern dahinter gesetzt werden. Dem aktuellen Pflegeproblem wird eine Ressource zugeordnet, die hilfreich dabei ist, das Problem zu beheben oder zu kompensieren. Das potenzielle Pflegeproblem geht aus dem aktuellen Problem hervor. Wird das aktuelle Problem nicht angegangen, realisiert sich das potenzielle Problem. Ressourcen können äußerlich (z. B. intakte Familie) oder innerlich vorhanden sein (z. B. eine humorvolle Grundstimmung des Pflegebedürftigen). Pflegediagnosen können die Erfassung von Problemen und Ressourcen unterstützen.

Danach folgt die **Formulierung der Pflegeziele** (dritter Schritt). Diese müssen positiv formuliert, prägnant, realistisch und überprüfbar sein. Werden Fernziele (z. B. Herr Becker hat sein Idealgewicht von 72 kg erreicht) geplant, müssen diese in Teil- und Nahziele (z. B. Herr Becker wiegt zum ... 65 kg) unterteilt werden. Standardziele helfen dabei, in der Praxis häufig vorkommende Formulierungsschwierigkeiten zu reduzieren. Pflegeziele sollen unter Berücksichtigung der SMART-Kriterien spezifisch, messbar, realistisch und terminiert sein sowie nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen (andernfalls mit Angehörigen, Freunden) vereinbart sein. Die zu pflegende Person

muss mit dem Ziel einverstanden sein. Das Ziel muss attraktiv sein und die Unabhängigkeit der Person fördern. Es darf sich nicht um Ziele der Pflegekraft handeln. Zum Beispiel:

- Frau Meier sucht bis zum ... von sich aus das Gespräch mit ihrer Bezugsperson und äußert ihr gegenüber individuelle Wünsche und Sorgen.
- Herr Schmidt steht am ... laut eigener Aussage problemlos allein auf.
- Frau Brink atmet bis zum ... nach Aufforderung tief ein und aus.

Pflegemaßnahmen (vierter Schritt) müssen als praktikable Anweisungen (»Bedienungsanleitungen«) formuliert sein. Es ist zu klären, wann, wie, mit welchen Mitteln und wie oft welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Pflegemaßnahmen klären die Fragen »wer, was, wann, wo, wie und wie oft« teilweise oder vollständig übernimmt, unterstützt, beaufsichtigt, beobachtet und/oder anleitet. Sie müssen verständlich, handlungsleitend und nachvollziehbar sein. Werden Maßnahmen durchgeführt, die in einem hausinternen Standard hinterlegt sind, ist auf diesen zu verweisen. Zudem werden individuelle Abweichungen genau beschrieben. Zum Beispiel:

- 2-mal täglich vollständige Übernahme (VÜ) durch eine Pflegefachkraft nach der Morgen- und Abendpflege: Passive Bewegungsübungen nach Standard

- XY. Individuelle Abweichung: Re. Ellenbogengelenk max. bis 45 Grad beugen.
- 7-mal täglich Teilübernahme (TÜ) durch zwei Pflegefachkräfte nach Aufforderung von Frau K. per Rufanlage: Pflegefachkraft 1 reicht Frau K. beide Hände; Frau K. stellt sich hin; Pflegefachkraft 2 schiebt den Toilettenstuhl unter...
 - 3-mal täglich Anleitung/Beaufsichtigung (A/B) durch eine Pflegefachkraft nach den Hauptmahlzeiten: Herrn M. auffordern, seine Zahnpfosten herauszunehmen, unter fließendem Wasser abzuspülen und wieder einzusetzen.

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen (fünfter Schritt) ist individuell an den jeweiligen Pflegebedürftigen und seine Situation anzupassen und zu formulieren. Es handelt sich um Unterstützungen in den Lebensaktivitäten. Das, wozu der Pflegebedürftige noch in der Lage ist, soll er selbstständig durchführen (Grundsatz: aktivierende Pflege). Wichtig dazu ist eine gute Teamarbeit. Dokumentiert wird dieser Schritt im Leistungskatalog sowie im Pflegeverlaufsbericht (Berichteblatt).

Im sechsten und letzten Schritt (Pflegeevaluation) geht es um die Fragen, ob die geplanten Pflegeziele erreicht wurden oder nicht. Wie reagiert der Pflegebedürftige auf die Pflegemaßnahmen? Wie ist jetzt sein Befinden? Wurde das Ziel erreicht? Wenn nicht, würde der Pflegeprozess wieder neu beginnen. Die Pflegebeurteilung geschieht am besten mit Hilfe der Pflegevisite. Das Evaluationsdatum ist im Rahmen der Zielformulierung jeweils individuell festzulegen. Alle Pflegeziele

müssen mit Zeitangabe formuliert werden. Für jede Lebensaktivität ist der Grad der Selbstständigkeit des zu pflegenden Menschen festzulegen (s. u. Selbstständigkeitsgrade/Abhängigkeitsstufen).

Aktivitäten des täglichen Lebens

Die Beurteilung der Fähigkeiten und Einschränkungen in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bildet eine wesentliche analytische Grundlage zur Ableitung von Rehabilitationsmaßnahmen und des individuellen Pflegeplans. Sie unterstützt damit auch eine umfassende ganzheitliche Sichtweise und in der Folge realistische pflegerische und rehabilitative Interventionspotenziale. Die Ermittlung des Rehabilitations- und Pflegebedarfs auf der Grundlage der Aktivitäten des täglichen Lebens orientiert sich im jeweiligen Einzelfall an den Fähigkeiten und Einschränkungen der Person, nicht jedoch an seinem klinischen Krankheitsbild. Eine wesentliche Grundlage für den individuellen Pflegeplan bildet die Beurteilung der Fähigkeiten der zu pflegenden Person im Hinblick auf die in der professionellen Pflege etablierten Lebensaktivitäten. Deren Bezeichnungen können nach den Begutachtungsrichtlinien (LA: Lebensaktivitäten), nach Liliane Juchli (ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens) oder auch nach Monika Krohwinkel (A(B)EDL: Aktivitäten (Beziehungen) und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens) unterteilt werden. Zu beachten ist, dass auch mit diesen Kategorien keine standardisierten Pflegepläne möglich sind. Die beispielhaften Inhalte zu den einzelnen LA, ATL bzw. A(B)EDL zeigen, wie sehr hier individuelle Formulierungen erforderlich sind.

Tab. 2: Bezeichnungen der Lebensaktivitäten

Symbol	Verschiedene Bezeichnungen und typische Aspekte der Lebensaktivität
	<i>LA: Vitale Funktionen aufrecht erhalten können [ATL: Atmen, Regulieren der Körpertemperatur; A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Bewusstseinszustand, zeitliche, örtliche, persönliche und situative Orientierung, Kälte- und Wärmeempfinden, selbstständige Atmung, Atemfrequenz, -rhythmus, -tiefe, -geruch, Husten, Auswurf, Rauchen ...
	<i>LA: Sich situativ anpassen können [ATL: Raum und Zeit gestalten; Sinn finden; Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten; A(B)EDL: Soziale Bereiche des Lebens sichern; Mit existentiellen Bereichen des Lebens umgehen; Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten]</i> Beispielhafte Inhalte: Bezug zur Religion, Lebenseinstellung, Bewältigung von Problemen, Angst, Schamgefühl, Umgang mit verschiedenen Lebensphasen, z. B. Kindheit, Jugend, Alter, Klimakterium, Krankheit, Unfall ...
	<i>LA: Für Sicherheit sorgen können [ATL und A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Medikamenteneinnahme, Vermeiden von Verletzungen, Geborgenheit, Vertrauen, gesicherte häusliche und wirtschaftliche Situation, Suchtverhalten (z. B. Alkohol, Medikamente) ...
	<i>LA: Sich bewegen können [ATL und A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Selbstständige Beweglichkeit, bevorzugte Haltung, Kräftezustand, Lagerung, Balancefähigkeit, Hilfsmittel wie Rollator, Gehstock, Rollstuhl, Lifter, Prothesen, Orthesen ...
	<i>LA: Sich sauber halten und kleiden können [ATL: Sich waschen und kleiden; A(B)EDL: Sich pflegen; A(B)EDL: Sich kleiden]</i>

Symbol	Verschiedene Bezeichnungen und typische Aspekte der Lebensaktivität
	Beispielhafte Inhalte: Selbstständiges Duschen, Baden, Ganzkörper- und Teilstufen, Hautzustand, Haut-, Mund-, Zahn-, Haar-, Bart-, Nagelpflege, Pflegemittel, An- und Auskleiden, angepasste Kleidung ...
	<i>LA: Essen und Trinken können [ATL und A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Durstempfinden, selbstständiges Essen und Trinken, Trinkverhalten, Trinkplan, Ess- und Trinkbiografie, Ernährungszustand, beschwerdefreie Nahrungsaufnahme, Dysphagie, Appetit, Gewicht, Diätformen ...
	<i>LA: Ausscheiden können [ATL und A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Selbstständige Stuhl- und Urinausscheidung: Frequenz, Menge, Farbe, Geruch, Konsistenz, Gewohnheiten, Schamgefühl, Kontinenz, Erbrechen, Schwitzen, Flüssigkeitsbilanzierung, In-/Kontinenzprofil ...
	<i>LA: Sich beschäftigen können [ATL: Raum und Zeit gestalten; A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Selbstständige Beschäftigungen, Teilnahme an Freizeitveranstaltungen, Freizeitverhalten, Hobbys, Beruf, Teilnahmslosigkeit, Kontakte zu Vereinen, Freunden, Bezugspersonen ...
	<i>LA: Kommunizieren können [ATL und A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Kommunikationsformen (verbal, nonverbal – Gestik, Mimik, Haltung), Mitteilungsbereitschaft, Stimmung, Ausdruck von Emotionen (Freude, Angst), Reaktionen auf andere Personen und Umwelt, Brille, Hörgerät ...
	<i>LA: Ruhen und Schlafen [ATL: Wachsein und Schlafen; A(B)EDL: identisch]</i> Beispielhafte Inhalte: Schlafgewohnheiten, Rituale, Tag- und Nachtrhythmus, Ein- und Durchschlafstörungen, innere Ausgeglichenheit, Stressoren, Unruhe, Hilfsmittel, störungsfreie Ruhezeiten, Mittagsruhe ...
	<i>LA: Soziale Bereiche des Lebens sichern können [ATL: Sinn finden; Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten;</i> <i>A(B)EDL: Soziale Bereiche des Lebens sichern; A(B)EDL: Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen;</i> <i>A(B)EDL: Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten]</i> Beispielhafte Inhalte: Selbstständiges Erledigen von Behördenangelegenheiten, finanzielle Situation, Wohnungssituation, Beziehung zu Verwandten, Freunden, Nachbarn, Reaktion auf fremde Personen ...

Aktivierende Pflege

Unter der aktivierenden Pflege ist nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten fördert. Diese berücksichtigt ständig die Ressourcen des Patienten, so dass dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbstständigkeit des zu pflegenden Menschen im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen zum Ziel. Aktivierende Pflege ist die beste Hilfe zur Selbsthilfe. Sie setzt eine bestimmte Geisteshaltung der Pflegenden voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen. Sie hat eine nachvollziehbare Pflegedokumentation und -planung zur Voraussetzung. Es ist anzustreben:

- vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,

- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirzte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Selbstständigkeitsstufen/Abhängigkeitsgrade

Bei Verwendung der Lebensaktivitäten (LA) werden Abhängigkeiten des Pflegebedürftigen deutlich. Diese sind aufgrund ihrer Verschiedenheit näher einzuschätzen und in Selbstständigkeitsstufen bzw. Abhängigkeitsgraden beschreibbar. Pflegemaßnahmen können anleitend, beaufsichtigend, unterstützend sowie teilweise oder vollständig übernommen werden. Im Folgenden werden diese von Fähigkeiten der zu pflegenden Person mit ihren möglichen Merkmalen erläutert.

Tab. 3: Selbstständigkeitsstufen/Abhängigkeitsgrade

Abhängigkeitsstufe	Hilfeleistung	Erläuterungen/Beispiele
<i>selbstständig</i>	keine	keine fremde Hilfe erforderlich
	Anleitung	demonstrieren, motivieren, lenken
	Beaufsichtigung	Beaufsichtigung des Ankleidens
<i>bedingt selbstständig</i>	Unterstützung	Waschwasser bereitstellen, Vor- und Nachbereitung
<i>teilweise unselbstständig</i>	teilweise Übernahme	Waschen des Rückens
<i>unselbstständig</i>	volle Übernahme	vollständiger Hilfebedarf

Die Grade/Stufen bedeuten im Einzelnen:

- **Grad/Stufe 0 »selbstständig«:** Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung/Durchführung von Verrichtungen in der jeweils aktuellen ATL (LA). Hierbei handelt es sich um eine Ressource. Dazu muss kein Ziel mehr formuliert werden. Es sind keine Hilfspersonen und keine Hilfsmittel erforderlich.
- **Grad/Stufe 1 »bedingt selbstständig«:** Fähigkeit zur selbstständigen bzw. unabhängigen Versorgung/ Durchführung von Verrichtungen mit einer oder mehreren Einschränkungen; Hilfsmittel/-vorrichtungen sind vorhanden und werden genutzt; der Antragsteller benötigt ggf. mehr Zeit als üblich für die Verrichtungen, bewältigt sie aber mit Mühe; ggf. bestehen Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit einzelnen Verrichtungen.
- **Grad/Stufe 2 »teilweise unselbstständig«:** Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung/Durchführung von Verrichtungen ist eingeschränkt; Einzelverrichtungen werden unvollständig ausgeführt; eine Hilfsperson ist zur Anleitung und Beaufsichtigung bei der Vorbereitung und Durchführung von Verrichtungen bzw. zu ihrer zeit-/teilweisen Übernahme erforderlich.

- **Grad/Stufe 3 »unselbstständig«:** Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung/Durchführung von Verrichtungen ist nicht vorhanden; Hilfestellung/Übernahme durch eine Hilfsperson in allen Phasen der Versorgung/Durchführung von Verrichtungen ist erforderlich.

Eingeschränkte Alltagskompetenzen

Seit 1. Juli 2008 werden nach § 87b Sozialgesetzbuch (SGB) XI zusätzliche Betreuungskräfte zur besseren Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen eingestellt und von der Pflegeversicherung finanziert. Für 20 Bewohner mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen gibt es seit 2015 eine Stelle zusätzlich. Diese neuen Stellen werden mit zusätzlichen Betreuungskräften besetzt. Das Begutachtungsverfahren der Pflegekasse zur Feststellung von PEA (Personen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen) (§ 45a SGB XI) enthält den unten stehenden Fragenkatalog, anhand dessen der MDK prüft. Bei der Bewertung reichen für die Anerkennung eines erheblich eingeschränkten Alltags zwei vorhandene Merkmale (die mind. sechs Monate bestehen) aus.

Assessment für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA):

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Hin-/Weg- bzw. Umherlauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßes Umgang mit gefährlichen Gegenständen
4. Tätig oder verbal herausforderndes Verhalten in Verkennung der Situation
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilfs- oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Entbürokratisierung/vereinfachte Pflegedokumentation in der Langzeitpflege

Im Krankenhaus (**Kurzzeitbereich**) ist in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege die »hochaufwendige Pflege« zu erfassen, um sie nach dem Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) im Rahmen der Vergütung als zusätzliche Entgelte mit trennscharfen Kriterien abrechnen zu können. Damit sind die Gründe für hochaufwendige Pflege einmalig sowie bei Änderungen des Patientenzustandes zu erfassen. Die Punktwerte des PKMS drücken den mindestens anfallenden Pflegeaufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus. Die Pflegemaßnahmen sind durch eine kalendertägliche Leistungsdokumentation nachzuweisen. Der PKMS ist eine zusätzliche Dokumentation zum Leistungs- und Abrechnungsnachweis und ersetzt keineswegs die vorgeschriebene reguläre Pflegedokumentation.

In der **Langzeitpflege** (explizit in der stationären und ambulanten Altenpflege) können **Routinetätigkeiten** der direkten Pflege vereinfacht dokumentiert werden. Hier haben rechtliche Auseinandersetzungen in der Vergangenheit dazu geführt, so umfassend zu dokumentieren, um für alle denkbaren Situationen vorgesorgt zu haben. Daraus ergibt sich ein immer größerer Umfang von Einzelleistungsnachweisen, so dass eine Pflegedokumentation teilweise sogar bis zu 70 DIN-A4-Seiten und mehr umfassen kann. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt »Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation« soll hier bundesweit Bürokratie abbauen.

Das personenzentrierte Vorgehen der vereinfachten Pflegedokumentation stellt, wie die ZPD nach Henke bereits seit 2008 in den Vorauflagen dieses Buchs aufgeführt hat, die ganzheitliche Betrachtung der einzelnen Person und nicht etwa die Planungen, Konzepte, Modelle oder Kategorisierungen in den Vordergrund. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Autor die Bestrebungen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ausdrücklich. Der Ruf nach einer Verschlankung der Pflegedokumentation wird seit Jahren immer lauter. Jede Pflegeeinrichtung und jeder Anbieter von Pflegedokumentationshilfen versucht sich in der Fülle von immer wieder neuen Vorgaben zurecht zu finden. Dies gestaltet sich in der Praxis als ein zunehmend zeitaufwändiger und demotivierender Aspekt. Es ist zu wünschen, dass die vereinfachte Pflegedokumentation bundeseinheitlich erfolgreich umgesetzt wird.

»Mit der Umsetzung des Strukturmodells ist sehr viel mehr verbunden als das bloße Austauschen von Dokumenten. Mit der Umstellung müssen sich auch das Grundverständnis und die Herangehensweise an die Pflegedokumentation in den Einrichtungen grundsätzlich ändern. Um die Einrichtungen in der Gestaltung dieses Prozesses zu unterstützen, wurde anhand der Ergebnisse aus dem Praxistest und vertiefter Erkenntnisse aus der Anwendung der neuen Pflegedokumentation in den beteiligten Einrichtungen eine Handlungsanleitung zur praktischen Umsetzung des Strukturmodells in der ambulanten und stationären

Langzeitpflege ausgearbeitet“, so die Aussagen auf der Website des Bevollmächtigten für Pflege (2014).

Die Handlungsanleitung sowie die überarbeitete SIS zum Strukturmodell kann hier online als Version 1.0 aufrufen werden: <http://www.patientenbeauftragter.de-/index.php/2-uncategorised/32-downloads-zum-neuen-struktur%C2%ACturmodell-version-1-1>

Auf der Internetseite heißt es weiter: »Die Dokumente wurden durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung freigegeben, um der Fachöffentlichkeit sowie den Pflegeeinrichtungen eine vertiefte Orientierung zu ermöglichen. Anfang September 2016 waren etwa 4.700 ambulante Pflegedienste und etwa 5.400 stationäre Einrichtungen beim Projektbüro angemeldet. Damit beteiligen sich bereits 38 % der 12.300 Pflegedienste und 43,6 % der 12.400 Pflegeheime am Projekt. Die Gesamtteilnahmequote der 24.700 Dienste und Einrichtungen beträgt damit 41,0 %. Im Herbst 2013 wurde im Auftrag des Gesundheitsministeriums in 26 stationären und 31 ambulanten Pflegeeinrichtungen eine einfachere Dokumentation im praktischen Alltag getestet. Entwickelt wurde das Konzept von der Ombudsfrau für Entbürokratisierung in der Pflege, Elisabeth Beikirch, zusammen mit Fachleuten aus der Praxis und Wissenschaft sowie juristischer Expertise. Ohne Abstriche bei der Aussagekraft und ohne fachliche Standards zu vernächlässigen, soll der Zeitaufwand für die Dokumentation in der Pflege reduziert werden. Die Dokumentation von Routinetätigkeiten der Grundpflege (direkte Pflege) soll wegfallen.

Dazu sollen vereinfacht **Verweise auf Grundpflegestandards** erfolgen. Es sollen z. B. in der direkten Pflege nur noch Ereignisse bzw. Leistungen dokumentiert werden, die von der Pflege- und Maßnahmenplanung abweichen. Die Pflegeplanung basiert nicht mehr auf ATL oder A(B)EDL, sondern auf pflegerelevanten Kontextkategorien (wissenschaftsbasisierte Themenfelder s. u.). Schematische Ankreuzverfahren bei Pflegeplanungen sind nicht mehr vorgesehen.

Es erfolgt eine umfassende Implementierungsstrategie dieser vereinfachten Dokumentation der Pflege auf Bundes- und Landesebene. Der GKV-Spitzenverband (Verband aller 132 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen) sowie die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene haben das Projekt intensiv begleitet. Die Grundstruktur und die inhaltliche Ausrichtung des veränderten Dokumentationskonzepts greifen auf fachwissenschaftliche und juristische Wissensbestände zurück, die aufgrund verschiedener Bemühungen auf Bundes- und Landesebene in Modellvorhaben initiiert worden waren, deren Ergebnisse (nach Ansicht des BMG) jedoch offensichtlich bisher in der Breite ihre Wirkung verfehlt hatten.

Mit der Entwicklung eines neuen Strukturkonzepts für die Pflegedokumentation für den ambulanten und den stationären Versorgungssektor wurden folgende Ziele verfolgt:

- bisherige fachliche und juristische Aussagen zur Dokumentation zu hinterfragen,
- Kritikpunkte aus der Fachpraxis und von den Verbrauchern aufzugreifen,
- die Bedeutung von fachlicher Kompetenz und beruflicher Erfahrung der Pflegenden stärker herauszustellen,
- den zeitlichen Aufwand für die Pflegedokumentation möglichst zu minimieren und
- eine gemeinsame Grundlage für die interne und externe Qualitätssicherung zu schaffen.

Zusätzlich sollte dadurch der von einer breiten Fachöffentlichkeit geforderte Konsens zwischen den Heimaufsichten der Länder und den Kranken- und Pflegekassen sowie den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV Prüfdienst) zur Pflegedokumentation eine substantielle Grundlage erhalten.

Die wichtigsten Veränderungen, die sich für die Pflegedokumentation aus diesem neuen Strukturmodell ergeben, sind aus **fachlicher Sicht**:

- Die Stärkung der konsequenten Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen
- Die Begrenzung der Verschriftlung des Pflegeprozesses auf vier Schritte
- Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) auf der Grundlage von sechs wissenschaftsbasierten Themenfeldern
- Ein rationaler und fachlich begründeter Umgang mit der Risikoeinschätzung
- Die Beschränkung der Aufzeichnungen im Berichtsblatt auf Abweichungen in der Routineversorgung hinsichtlich Grundpflege (direkte Pflege) und Betreuung

Aus **juristischer Sicht** ergeben sich diese drei wesentlichen Prinzipien:

- Die obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege (spezielle Pflege). Die früher weitläufig verwendeten Begriffe »Grund- und Behandlungspflege« werden in der Pflegewissenschaft heute richtiger als direkte bzw. spezielle Pflege bezeichnet.
- Der Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der stationären Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung, Pflege und Betreuung
- Die haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindliche Vorgaben des internen Qualitätsmanagements und das Vorhandensein standardisierter Leistungs- und Stellenbeschreibungen

Seit den Professionalisierungsbestrebungen hat sich die **Pflegeplanung nach Pflegeprozess** als handlungsleitendes Werkzeug etabliert. Die Pflegeplanung ist gesetzlich vorgeschrieben. 1985 wurde »die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege« im Krankenpflegegesetz formuliert. In § 3 des überarbeiteten Krankenpflege-

gesetzes von 2003 wird dieses mit dem folgendem Ausbildungsziel untermauert: »Die Ausbildung für die Pflege [...] soll insbesondere dazu befähigen, [...] die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen: [...] Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege«. Im Altenpflegegesetz von 2000 sieht der § 3 vor, dass die Ausbildung die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln hat, um die »sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege« zu erreichen. Monika Krohwinkel (2014) sieht bei der Anwendung der SIS die Gefahr der »Ausdünnung des Pflegekonzepts«, da einige für die Pflege relevante Aspekte (z. B. Ruhen und Entspannen) nicht ausreichend berücksichtigt würden. Sie betont weiter, dass ihr A(B)EDL-Modell bereits personenzentriert und förderungsorientiert ausgerichtet sei.

Der **sechs-schrittige Pflegeprozess** nach Fiechter und Meier (1981) wird seit Jahrzehnten in den Pflegeschulen vermittelt. Im Vergleich zur vereinfachten Pflegedokumentation enthält er noch die beiden Schritte »Ressourcen und Pflegeprobleme formulieren« sowie »Pflegeziele formulieren« (Details ► S. 12 ff.).

Die Zusammenstellungen der Pflegeprobleme sind ebenso wie die Fragen nach den konkreten Ressourcen und Zielsetzungen kleinschrittige Denkprozesse, die sich in der individuellen Maßnahmenplanungen des neuen Strukturmodells zur Pflegedokumentation widerspiegeln.

Zum grundlegenden Verständnis des Pflegeprozesses ist die Vermittlung des Regelkreises nach Fiechter und Meier folglich nicht verkehrt. In der Praxis werden die einzelnen Schritte jedoch komprimierter (in vier Schritten) dargestellt. Für die **Pflegeausbildung** sind das strukturierte Lernen und schriftliche Formulieren von Ressourcen, Problemen und Zielen an fiktiven Fallbeispielen essentiell, um die angehenden Pflegefachkräfte in den o. g. Denkprozessen zu schulen. Zwecks des theoretischen Gesamtverständnisses soll die Pflegeschule die sechs Schritte des Pflegeprozesses weiterhin vermitteln. In der pflegerischen Arbeit am realen Bewohner (nach der Ausbildung) wird die kleinschrittige Vorgehensweise beim tatsächlichen und individuell möglichen direkten Zugang dagegen zur unnötigen bürokratischen Last.

Wie oben erwähnt, umfassen bei der vereinfachten Pflegedokumentation auch die **Leistungsnachweise** nicht mehr sämtliche einzeln aufgeführte Grundpflegeleistungen. Die Nachweise beschränken sich auf die Leistungen der Behandlungspflege (spezielle Pflege). Nachweise der Grundpflege (der direkten Pflege) wie Bewegungspläne, Flüssigkeitsbilanz und Ernährungsprotokolle sind mit der entbürokratisierten Form nicht als Regelanwendungen zu führen, sondern sollen nur entsprechend des pflegerischen Vorbehals der zuständigen Pflegefachkraft **begründet und befristet werden**. Nachweise der speziellen Pflege (Behandlungspflege) werden nicht vereinfacht dokumentiert, sondern als Extrabögen beibehalten und bei Bedarf von der Pflegefachkraft angelegt.

Der Pflegeablauf eines Wohnbereichs und die monatliche Abrechnung in der ambulanten Pflege erfordern eine Durchführungsliste zur Übersicht. Doch das wenig sinnvolle Abzeichnen jeder einzelnen Tätigkeit und der Grundsatz »Was nicht dokumentiert wurde, gilt als nicht getan!« sind nach der vereinfachten Pflegedokumentation so pauschal formuliert nicht richtig. Routinemaßnahmen der Grundpflege (der direkten Pflege) sind aus rechtlicher Sicht nicht mehr zu dokumentieren.

Die Kasseler Erklärung zum Thema »Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht« der Juristischen Expertengruppe Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Januar 2014) formuliert: »Dokumentationslücken bzw. -fehler führen nicht automatisch dazu, dass ein sog. Haftungsfall eintritt, sondern können bei Eintritt eines Gesundheitsschadens zu Beweislastproblemen führen.«

Selbstverständlichkeiten sind also nicht dokumentationspflichtig. Standardisierte Zwischenschritte und Routinemaßnahmen müssen nicht dokumentiert werden (vgl. BGH VersR 1994, 386 (387); BGH NJW 1986, 2365; BGH, Urt. v. 02.06.1987, IV-ZR 174/86; OLG Braunschweig, Urt. v. 10.11.2011, Az. 1 U 29/09; OLG Oldenburg, Urt. v. 30.01.2008, RDG 2008, 242 ff.; Brandenburgisches OLG, Urt. v. 08.11.2007, Az. 12 U 53/07; OLG Hamm, Urt. v. 17.12.2007, I-3 U 102/07; OLG Oldenburg, Urt. v. 20.12.2006, Az. 5 U 108/05; OLG Düsseldorf, Urt. v. 15.05.2004 – I-15 U 60/03; Schmid, NJW 1987, 681 (683); OLG Brandenburg OLG-Report 2005, 489, 491; OLG Düsseldorf, MedR 1996, 79) und OLG Hamm AHRS III 6450/319; OLG München VersR 2007, 652 (653); OLG Frankfurt VersR 2007, 1276, 1377; OLG Hamburg, OLG-Report 2002, 255 OLG Köln, NJW 1999, 1790; BGH NJW 1993, 2375).

Außerdem heißt es in der oben erwähnten Kasseler Erklärung: »Im Zusammenhang mit einem Zeugenbeweis kann dann belegt werden, dass täglich entsprechende grundpflegerische Elemente stets so ausgeführt wurden (»Immer-so«-Beweis). Der »Immer-so«-Beweis dient dem Nachweis, dass die grundpflegerischen Elemente in ihrem Ob und Wie beschrieben werden können. Damit kann dann einem etwaigen Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden. Zahlreiche Urteile belegen, dass unter diesen Voraussetzungen die beweisrechtliche Situation nicht verschlechtert ist« (vgl. Grundsatzentscheidung des BGH, Urteil vom 18. März 1986 – IV-ZR 215/84; BGH, Urteil vom 2. Juni 1987 – IV-ZR 174/86; OLG Hamm, Urteil vom 21. April 2009 – 26 U 151/08; OLG Düsseldorf, Urteil vom 16. Juni 2004 – I-15 U 160/03; LG Bonn, Urteil vom 23. Dezember 2011 – 9 O 364/08).

Die Dokumentationspflicht erstreckt sich gemäß der Kasseler Erklärung nur auf die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie auf die wesentlichen Verlaufsdaten (vgl. Rechtsprechung aus dem Arzthaftungsrecht: OLG Brandenburg OLG-Report 2005, 489, 491; OLG Düsseldorf, MedR 1996, 79).

Nicht dokumentiert werden müssen insbesondere Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte (vgl. OLG Hamm AHRS III 6450/319; OLG München VersR 2007, 652 (653); OLG Frankfurt VersR 2007, 1276, 1377; OLG Hamburg, OLG-Report 2002, 255 OLG Köln, NJW 1999, 1790; BGH NJW 1993, 2375).

Im Rahmen der Behandlungspflege wird es für sinnvoll und notwendig erachtet, an der bisherigen Verfahrensweise festzuhalten. Das heißt also, hier wird weiterhin mit Einzelnachweisen und mit der fortlaufenden Abzeichnung der durchgeföhrten Maßnahmen durch diejenige Person, die sie erbracht hat, gearbeitet. Zudem erfolgen ggf. ergänzende Hinweise im Berichteblatt.

Im Bereich der Grundpflege (regelmäßig wiederkehrende Versorgungsabläufe) wird diese Verfahrensweise grundsätzlich bzw. regelhaft in Bezug auf die sogenannten Einzelleistungsnachweise im stationären Bereich (und täglichen schichtbezogenen Eintragungen im Berichteblatt) jedoch für nicht sinnvoll und notwendig erachtet.

Für die grundpflegerische Regelversorgung sind also keine Einzelleistungsnachweise erforderlich, sondern Standards im QM-Handbuch hinterlegt, die den Pflegefachkräften bekannt sind. Individuelle Erkenntnisse (z.B. aus Fallbesprechungen und Übergaben) fließen bei Bedarf mit ein. Hieraus kann sich dann folglich ein Einzelleistungsnachweis nach Durchführung ergeben. Die Entscheidung der PFK soll jedoch nicht regelhaft oder schematisch, sondern individuell, mit enger zeitlicher Befristung und für den einzelnen Fall festgelegtem Evaluationsdatum erfolgen. Nachweise der Behandlungspflege (spezielle Pflege) sind davon ausgenommen und sollten wie bisher gehandhabt werden.

Laut Abschlussbericht des Projekts »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung¹ der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege« (Beikirch et al., 2014, S. 27) wurde bewusst auf die Vorlage einer einheitlichen Musterdokumentation verzichtet, um die Vielfalt und die individuellen Gegebenheiten in den Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten zu erhalten und eine möglichst hohe Identifikation mit der Pflegedokumentation entstehen zu lassen.

»Überbordende Bürokratie und sinnentleertes Kästchenankreuzen sind für die meisten Beschäftigten in der Pflege der Motivationskiller Nr. 1«, meint der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Karl-Josef Lauermann (Büro des Beaufragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigten für Pflege, 2014). Das Modell soll zur Verschlankung der Pflegedokumentation perspektivisch auch den Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege offen stehen. Dazu ist derzeit noch fachlich zu klären, ob das Modell uneingeschränkt auf die Kurzzeitpflege übertragbar ist.

Der Bürokratieabbau in der Pflegedokumentation erfolgt mittels Begrenzung der Verschriftlichung des

¹ Mit Effizienzsteigerung soll nicht signalisiert werden, aufgrund der gewonnenen Zeit Pflegepersonal einzusparen. Es gilt damit die eigentliche Pflege des Menschen zu intensivieren. Der Ausdruck »vereinfachte Pflegedokumentation« wird hier daher deutlich favorisiert.

Pflegeprozesses von sechs auf vier Schritte/Elemente. Um konsequent aus der Perspektive der pflegebedürftigen Person zu arbeiten, wird der Pflegeprozess mit der vereinfachten Pflegedokumentation nicht mehr nach

Verena Fiechter und Martha Meier (1981) in sechs, sondern entsprechend des WHO-Modells in vier Elemente gegliedert.

Die vier Schritte/Elemente des Pflegeprozesses gemäß Strukturmodell zur vereinfachten Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Beikirch et al., 2014) lauten:

Erster Schritt: SIS (Strukturierte Informationssammlung)

Die SIS erfolgt entlang der sechs wissenschaftsbasierten Themenfelder (pflegerelevante Kontextkategorien) und entlang eines rationalen Verfahrens zur Risikoeinschätzung (Matrix) pflegesensibler Phänomene. Dabei schließt die PFK auch biografische Erkenntnisse mit ein. Die SIS erfolgt aus der Perspektive des Pflegebedürftigen und orientiert sich vom Aufnahmepunkt an Wahrnehmungen und Erwartungen der zu pflegenden Person, um ihre Individualität und Selbstbestimmung zu stärken. Die SIS umfasst vier Kategorien:

A Stammdaten

B Einstiegsfragen

C1 Pflegefachliche Einschätzung der Situation der pflegebedürftigen Person zum Zeitpunkt des Heimeinzugs oder des Erstgesprächs im häuslichen Bereich

C2 Risikomatrix (erste fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft zu pflegerelevanten Phänomenen wie Dekubitus, Sturz, Schmerz, Inkontinenz, Ernährung sowie individuell zu benennenden Phänomenen; s. Differenzialassessment und Plausibilitätsprüfung ► S. 22)

Zweiter Schritt: Individuelle Maßnahmenplanung

Bei dieser Ausarbeitung eines individuellen Maßnahmenplans auf der Grundlage der SIS handelt es sich um einen **Aushandlungsprozess** (als Ergebnis des Gesprächs mit der zu pflegenden Person). Dieser individuelle Maßnahmenplan ersetzt die bisherige Pflegeplanung.

Dritter Schritt: Berichteblatt (Verlauf)

Beim Berichteblatt liegt der Fokus **allein auf den Abweichungen**. Es erfolgt also bei der vereinfachten Pflegedokumentation in der Grundpflege (direkte Pflege) **keine Dokumentation von Routinetätigkeiten mehr**, sofern diese nicht von dem Pflege- und Maßnahmenplan abweichen. Anstatt der Begriffe »Pflegebericht« und »Pflegeverlaufsbericht« heißt es »Berichteblatt«, weil hier ausdrücklich nicht nur die Pflegefachkräfte, sondern alle am Pflegeprozess beteiligten (z. B. auch die Ärzte, zusätzliche Betreuungskräfte, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Seelsorger...) einen Bericht erstellen, der auf wichtige Abweichungen beschränkt ist und allen schnell ersichtlich ist.

Vierter Schritt: Evaluation

Festlegen der individuellen **Evaluationsdaten** (anlassbezogene Überprüfung des Maßnahmenplans/Risikomanagements, Pflegevisite, Fallbesprechungen).

Entbürokratisierungsbestrebungen in der Tages- und Kurzzeitpflege

Im September 2016 ist der Praxistest für die Umsetzung des Strukturmodells in der Tages- und Kurzzeitpflege angelaufen.

Besonderheiten zur Umsetzung der Entbürokratisierung in der Tagespflege sind:

- Es wird eine Empfehlung zu den erforderlichen Angaben für die Stammdaten geben.
- Für die Strukturierte Informationssammlung wird die SIS für die stationäre Pflege genutzt.
- Die Eingangsfrage (Feld B) wird um die Frage »Was führt Sie zu uns?« erweitert.
- Das Themenfeld 6 wird in »Erhalt/Förderung von Alltagsfähigkeiten bzw. Sicherstellung von Rückzugs- und Ruhebedürfnissen« umbenannt.

- Im Gegensatz zur Umsetzung in der ambulanten und stationären Pflege wird es drei Vorschläge für einen Maßnahmenplan geben, die im Rahmen des Praxistestes erprobt werden.
- Als neues Dokument wird es einen »Kommunikationsbogen« geben. Mit diesem wird ein systematischer Austausch von Informationen mit allen an der Versorgung beteiligten Personen (z. B. Angehörige, ambulanter Pflegedienst) erfolgen.

Besonderheiten zur Umsetzung der Entbürokratisierung in der Kurzzeitpflege sind:

Bei der Umsetzung des Strukturmodells in der Kurzzeitpflege sind diverse Besonderheiten zu berücksichtigen. Zum einen gibt es drei Patientengruppen mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen: