



Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Masterarbeit

Die neue Pflegereform – Erstellung eines Konzeptes
zur Umstellung auf die Richtlinien zur Einführung des
Strukturmodells unter Berücksichtigung des
Qualitätsmanagements am Beispiel der Kranken-
und Altenpflege Meerane

Eingereicht an der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften der
Westsächsischen Hochschule Zwickau zur Erlangung des akademischen
Grades eines Master of Science Gesundheitswissenschaften (konsekutiv)

Erstbetreuer: Hr. Prof. Dr. Pihl

Zweitbetreuer: Fr. Prof. Dr. Hirsch

Erstellt von:
Christin Fey
30130 /132233

Zwickau, den 19. Juli 2017

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis	IV
II Abbildungsverzeichnis.....	VI
III Tabellenverzeichnis.....	VII
IV Anlageverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1 Demographische Entwicklungen bis 2050	4
2.2 Auszug zum Pflegestärkungsgesetz I	6
2.3 Das Pflegestärkungsgesetz II	6
2.3.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff.....	10
2.3.2 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit mittels des NBA	11
2.3.3 Die Module des neuen Begutachtungsassessments (NBA).....	13
2.4 Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade.....	19
2.5 Entbürokratisierung der Pflegedokumentation	20
2.5.1 Der Pflegeprozess nach dem Strukturmodell.....	22
2.5.2 Aufbau der strukturierten Informationssammlung (SIS)	25
2.5.3 Anforderungen an das Qualitätsmanagement	30
3. Methodik.....	33
3.1 Konzeptentwicklung nach dem PDCA- Zyklus	33
3.2 Ist Analyse	34
3.3 Konzeptentwicklung	38
3.3.1 Identifizieren von Doppeldokumentation und anzupassenden Inhalten der Qualitätshandbücher.....	38
3.3.2 Anpassung Prozesse	39
4. Ergebnis	42

4.1 Empfehlungen für das Qualitätsmanagement – Dokumente für den Pflegeprozess	43
4.1.1 Aufnahmebogen.....	43
4.1.2 Maßnahmenplanung	44
4.1.3 Berichtsblatt für Abweichungen	45
4.2 Empfehlungen für das Qualitätsmanagements – Verfahrensanweisungen	46
4.2.1 Verfahrensanweisung zum Umgang mit der SIS	46
4.2.2 Verfahrensanweisung zur Maßnahmenplanung	50
4.2.3 Verfahrensanweisung zum Umgang mit dem Berichtsblatt	51
4.2.4 Verfahrensanweisung zum Umgang mit Evaluation.....	52
4.2.5 Verfahrensanweisung zur Pflegedokumentation.....	54
4.3 Empfehlungen für das Qualitätsmanagement – Konzepte und Protokolle	56
4.3.1 Pflegekonzept der Einrichtung	56
4.3.2 Pflegevisitenprotokoll	58
4.3.3 Stellenbeschreibung	59
4.3.4 Einarbeitungsplan	60
4.3.5 Einschätzung	63
5. Diskussion	64
5.1 Methodendiskussion	65
5.2 Ergebnisdiskussion	68
6. Fazit	71
V Literaturverzeichnis	VIII
VI Anlagen.....	73
Eigenständigkeitserklärung	XIV

I Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
Bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EA	Eingeschränkte Alltagskompetenz
ff.	fortfolgende
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NBA	neues Begutachtungsassessment
PD	Pflegedienst
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PDL	Pflegedienstleitung
PFK	Pflegefachkraft
PK	Pflegekraft
PSG	Pflegestärkungsgesetz
S.	Seite
SIS	Strukturierte Informationssammlung
SGB	Sozialgesetzbuch
Usw.	und so weiter
u.ä.	und ähnliches
vgl	vergleiche

QM

Qualitätsmanagement

z.B.

zum Beispiel

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gewichtung der Module des NBA.....	17
Abbildung 3: Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade	20
Abbildung 4: Der Pflegeprozess nach dem Strukturmodell	22
Abbildung 5: Darstellung Feld A und B.....	26
Abbildung 6: Darstellung des Elementes C1 – die sechs Themenfelder der SIS	27
Abbildung 7: Grafische Darstellung der Risikomatrix – Feld C2.....	29
Abbildung 8: PDCA-Zyklus nach Deming (Eigene Darstellung)	33
Abbildung 9: Grafische Darstellung des Ablaufes der Pflegedokumentation im ambulanten Pflegebereich.....	56
Abbildung 10: Pflegevisite	58
Abbildung 11 : Auszug aus dem Dokument „Einarbeitungsplan“.....	61

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zuwachs der Pflegebedürftigen bis 2020 und 2050	5
Tabelle 2: Pflegesachleistungen 2016 und 2017 im Vergleich	7
Tabelle 3: Geldleistungen 2016 und 2017 im Vergleich	7
Tabelle 4: Ermittlung des Pflegegrades.....	18
Tabelle 5: Kognition und Kommunikation	28
Tabelle 6: Mobilität und Bewegung	28
Tabelle 7: krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	28
Tabelle 8: Selbstversorgung.....	28
Tabelle 9: Leben in sozialen Beziehungen	29
Tabelle 10: Haushaltsführung.....	29
Tabelle 11: Inhaltliche Darstellung des Aufnahmebogens.....	44
Tabelle 12: Dokument zur Maßnahmenplanung.....	45
Tabelle 13: Verfahrensanweisung zur SIS	46
Tabelle 14: Verfahrensanweisung zur Maßnahmenplanung	50
Tabelle 15: Verfahrensanweisung zum Berichteblatt	52
Tabelle 16: Verfahrensanweisung zum Umgang mit Evaluation	53
Tabelle 17: Verfahrensanweisung zur Pflegedokumentation	54
Tabelle 18: Ergänzende Inhalte für das Pflegekonzept	57
Tabelle 19: Ergänzende Inhalte zur Stellenbeschreibung	59
Tabelle 20: Ergänzende Inhalte des Einarbeitungsplanes	61

IV Anlageverzeichnis

Anlage A1: Aufnahmebogen.....	73
Anlage A2: Strukturierte Informationssammlung (SIS) ambulant	75
Anlage A3: Maßnahmenplanung	78
Anlage A4: Berichteblatt	79
Anlage A5: Verfahrensanweisung zur SIS	80
Anlage A6: Verfahrensanweisung zur Maßnahmenplanung und Berichteblatt.	84
Anlage A7: Verfahrensanweisung zur Evaluation.....	86
Anlage A8: Verfahrensanweisung zur Pflegedokumentation.....	87
Anlage A9: Pflegekonzept der Kranken- und Altenpflege Meerane.....	96
Anlage A10: Pflegevisitenprotokoll	107
Anlage A11: Stellenbeschreibung Pflegefachkraft.....	110
Anlage A12: Einarbeitungsplan	113
Anlage A13: Einschätzung	115

1 Einleitung

Medizinischer Fortschritt, verbesserte Arbeitsbedingungen, Ernährung, Hygiene und vieles mehr lässt in Deutschland die Lebenserwartung steigen. Im Durchschnitt haben Männer eine Lebenserwartung von 78,2 Jahren und Frauen von 83,1 Jahren. Diese Entwicklung der immer zu ansteigenden Lebenserwartung zeigte sich bereits bei der Veröffentlichung der ersten Sterbetafel von 1871 bis 1881. Zu dieser Zeit lag die Lebenserwartung der Männer bei 35,6 Jahren und den Frauen bei 38,5 Jahren. Zwischen diesen beiden Betrachtungszeiträumen, hat sich die Lebenserwartung beider Geschlechter mehr als verdoppelt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016, S.12-14). Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass aller Voraussicht nach, die Lebenserwartung weiterhin steigen wird. Vorausberechnungen zeigen, dass die Lebenserwartung bis 2060 bei den Männern um sieben bis neun und bei den Frauen um sechs bis sieben Jahre ansteigen wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016, S.23). Die Statistiken über die Entwicklungen des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass sich die Gesellschaft verändert und in Zukunft mehr Menschen im Alter auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sein werden. Aktuell sind in Deutschland 2,9 Millionen Menschen pflegebedürftig (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S.6). Durch den demographischen Wandel, wird das Thema „Pflege“ an Bedeutung und Wichtigkeit gewinnen. 23 Prozent der Bevölkerung haben in ihrer Familie einen Angehörigen, der pflegebedürftig ist.

Mit der Einführung der Pflegestärkungsgesetze soll die Pflege in Deutschland auf ein neues Fundament gestellt werden. Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und das Pflegepersonal sollen gestärkt und unterstützt werden. Die Rahmenbedingungen des demografischen Wandels, werden durch die Pflegestärkungsgesetze berücksichtigt. Von großer Bedeutung ist es verbesserte Personalschlüssel, bessere Rahmenbedingungen für die Bezahlung von Pflegepersonal zu schaffen und die Bürokratie in der Pflege zu verringern (vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2017b, S. 6-7).

Die Pflegedokumentation ist ein wichtiger Bestandteil im Pflegebereich, welcher mit hohem Zeitaufwand verbunden ist. Dieser bürokratische Aufwand wird seit langer Zeit von Pflegekräften und Angehörigen beklagt. Mit der Einführung des Strukturmodells, soll der Dokumentationsaufwand stark reduziert werden und mehr Zeit für den Patienten bleiben (vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2017b, S.26). Aus diesen Gründen hat sich die Kranken- und Altenpflege Meerrane dafür entschieden, das Strukturmodell einzuführen und umzusetzen.

Dem Qualitätsmanagement (QM) kommt bei dieser Umstellung auf das Strukturmodell eine wichtige Rolle zu. Die Voraussetzungen für die Einführung der verschlankten Pflegedokumentation müssen bei der Umstellung des Qualitätsmanagement berücksichtigt werden. Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit noch erläutert wird, dient das Qualitätsmanagement zur haftungsrechtlichen Absicherung und muss bei der Umstellung wichtige Kriterien berücksichtigen (vgl. Beikirch et al., 2015, S.59ff.).

Ziel dieser Arbeit ist es, den ersten Schritt zur Umstellung auf das Strukturmodell zu realisieren unter der Fragestellung:

Wie und in welchem Umfang muss das Qualitätsmanagement der Kranken- und Altenpflege Meerrane angepasst werden, um den Kriterien des Strukturmodells zu entsprechen?

Für die Zielerreichung sollen Empfehlungen für das Qualitätsmanagement zur Anpassung an die Richtlinien des Strukturmodells, erstellt werden.

Im Theoretischen Teil der Arbeit werden zunächst die wichtigsten Neuerungen, durch die beschlossenen Pflegestärkungsgesetze, vorgestellt. Das beinhaltet den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsassessment (NBA), die Ermittlung und Überleitung zum Pflegegrad und schließlich die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation mit dem neuen Strukturmodell. Dabei beschränkt sich diese Arbeit ausschließlich auf den ambulanten Pflegebereich. Der Schwerpunkt dieser Arbeit konzentriert sich auf die Einführung des Strukturmodells und die daraus folgende Anpassung des Qualitätsmanagements.

Die Umsetzung des Themas erfolgt im Pflegedienst der „Kranken- und Altenpflege Meerane“. Die Geschäftsführerin und Pflegedienstleitung des Pflegedienstes ist Frau Kathrin Schünemann. Seit dem 1. Juli 1992 werden Patienten in Meerane durch diesen Pflegedienst versorgt. Die „Kranken- und Altenpflege Meerane“ zählt 2017 vier Pflegefachkräfte, drei Hauswirtschaftskräfte und zwei Büromitarbeiter. Erbracht werden Pflegeleistungen nach SGB XI, Behandlungspflege nach SGB V, Betreuungsleistungen nach §87b, hauswirtschaftliche Versorgung und Beratungsbesuche. Aktuell werden 65 Patienten versorgt und betreut. Insgesamt erbringt der Pflegedienst bei 25 Patienten Leistungen nach SGB XI, bei acht Patienten Leistungen der Verhinderungspflege, bei 49 Patienten Leistungen nach SGB V, bei 26 Patienten Betreuungsleistungen und bei 15 Patienten Hauswirtschaftliche Leistungen. Dabei nimmt die Mehrzahl der Patienten verschiedene Leistungen in Anspruch.

(Stand April 2017)

2 Theoretischer Hintergrund

Zum 1.1.1995 wurde in Deutschland die Pflegeversicherung, als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems, eingeführt. Seit dieser Einführung bis heute wurde die Pflege von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gestärkt. Im April 1995 traten die Leistungen für die ambulante Pflege nach SGB XI in Kraft. Die Regelung für die Leistungen der stationären Pflege folgte erst über ein Jahr später. Die Absicherung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit war bis dahin in der Sozialhilfe verankert. Seit 1999 ist ein stetiger Anstieg von Leistungsempfängern zu verzeichnen (vgl. Richter, 2016, S.19). Seit der Einführung der Pflegeversicherung bis zum Beschluss des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008, erfolgte keine Anpassung der Leistungsbeträge (vgl. Rothgang, 2015, S.806).

Auf Grund dieser Entwicklung, geht das Bundesgesundheitsministerium davon aus, dass die Pflegeversicherung eine zusätzliche Finanzierung bis 2020 von 23 Milliarden Euro und bis 2030 von nochmals 25 Milliarden Euro benötigt (vgl. Längen, Paschke, 2011, S.668 ff.).

2.1 Demographische Entwicklungen bis 2050

Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird nach Berechnungen des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung (DIW) bis 2020 um rund eine Million und bis 2050 um nochmal 1,8 Millionen zunehmen (vgl. Schulz et al., 2011, S.12). Bereits seit 1999 bis 2015 ist die Zahl der Pflegebedürftigen von 2.016.091 auf 2.860.293 gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017).

Aktuell kommen 22 Erwerbstätige auf einen Pflegefall. Da die Gruppe der Erwerbstätigen bis zu 20 Prozent abnimmt, wird bis 2050 diese Zahl von 22 auf neun sinken. Folglich müsste der Beitragssatz auf 4,4 Prozent ansteigen um die gleichen Pflegeleistungen wie heute, auch 2050 zu gewährleisten (vgl. Raffelhüschen, Vatter, 2011, S.664-665). Auch die Altersstruktur der Pflegebedürftigen wird sich in den nächsten Jahren stark verändern.

Nach Vorausschätzungen, soll sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen die 90 Jahre und älter sind, von 15 Prozent im Jahr 1999 bis 2050 auf 30 Prozent erhöhen. Erweitert man die Gruppe um die Pflegebedürftigen zwischen 80 und 90 Jahren, vergrößert sich die Gruppe auf 77 Prozent. In absoluten Zahlen stellt sich der Zuwachs an Pflegebedürftigen bis 2020 und 2050 wie folgt dar:

Tabelle 1: Zuwachs der Pflegebedürftigen bis 2020 und 2050

Altersgruppe	Zuwachs der Pflegebedürftigen bis 2020 in absoluten Zahlen	Zuwachs der Pflegebedürftigen bis 2050 in absoluten Zahlen
80- unter 85 Jährige	400.000	260.000
Über 85- unter 90 Jährige	200.000	700.000
90 Jahre und älter	270.000	830.000

(Quelle: Schulz et al, 2011, S. 12-15)

Durch die steigende Anzahl an Pflegebedürftigen, nimmt auch der Bedarf an Pflegepersonal zu. Nach Schätzungen werden bis 2020 160.000 und bis 2050 um weitere 280.000 Pflegekräfte benötigt. Außerdem ist ein Anstieg von Schwerstpflegebedürftigen zu erwarten, was einen erhöhten Zeitaufwand zur Folge hätte und ebenfalls den Personalbedarf ansteigen lässt (vgl. Schulz et al, 2011, S. 15-16). Bis 2050 könnte sich im Vergleich zu heute der Personalbedarf im Pflegebereich verdoppeln (vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2017b, S.-6-7).

Im Hinblick auf die Versorgungsform ist zwischen 2020 und 2050 mit einem Zuwachs von 73 Prozent im vollstationären und 56 Prozent im ambulanten Pflegebereich zu rechnen. Das bedeutet, dass die Zahl der Heimbewohner bis 2020 um 330.000 und bis 2050 um weitere 570.000 ansteigen wird (vgl. Schulz et al, 2011, S. 12-15). *„Damit steigt nicht nur der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit, sondern auch der Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger“* (Schulz et al., 2011, S.15).

2.2 Auszug zum Pflegestärkungsgesetz I

Zum 1. Januar 2015 trat das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) in Kraft. Ziel war es die ambulante Pflege zu stärken und einen Anreiz zu schaffen, das Pflegebedürftige länger in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden. Somit wurde das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen um vier Prozent erhöht (vgl. Gerlinger, 2016, S. 38). Weiterhin wurden die Leistungen der Tagespflege von der häuslichen Pflege getrennt. Somit konnten Pflegebedürftige beide Leistungsbereiche unabhängig von einander in Anspruch nehmen. Seit der Einführung des PSG I, erhalten alle Pflegebedürftigen zusätzliche Betreuungsleistungen. Der Personalschlüssel für die Betreuungskräfte nach Paragraph 87b SGB XI, wurden für stationäre und teilstationäre Einrichtungen von 1:24 auf 1:20 gesenkt.

Zum 1. Januar 2017 trat das PSG II in Kraft. Das PSG III wurde bereits verabschiedet (vgl. König, 2017, S.11).

2.3 Das Pflegestärkungsgesetz II

Der Deutsche Bundestag hat im November 2015 das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) beschlossen, welches zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist. Ab Januar 2017 erfolgte die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (vgl. Ahmann et al., 2016, S.142).

Mit der Einführung des Pflegestärkungsgesetzes wurden folgende Verbesserungen umgesetzt:

Neben der Erhöhung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen, steht jedem Pflegebedürftigen bis zu 40 Euro monatlich für Pflegehilfsmittel bzw. Verbrauchsprodukte zur Verfügung. Weiterhin können bis zu 4.000 Euro Zuschuss für Umbauten in der Häuslichkeit beantragt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S.14 ff.).

Tabelle 2: Pflegesachleistungen 2016 und 2017 im Vergleich

Pflegesachleistung bis 2016	Pflegesachleistung ab 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegestufe 0: 231€ • Pflegestufe 1: 468€ • Pflegestufe 1 mit EAK: 689€ • Pflegestufe 2: 1.144€ • Pflegestufe 2 mit EAK: 1298 • Pflegestufe 3: 1.612€ • Härtefall: 1.995€ 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegegrad 1: 0 € • Pflegegrad 2: 689€ • Pflegegrad 3: 1.298€ • Pflegegrad 4: 1.6.12€ • Pflegegrad 5: 1.995€

(Quelle: vgl. Kehl, 2016, S. 53 - eigene Darstellung)

Tabelle 3: Geldleistungen 2016 und 2017 im Vergleich

Geldleistung bis Dezember 2016	Geldleistung ab 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegestufe 0: 123€ • Pflegestufe 1: 244€ • Pflegestufe 1 mit EAK: 316€ • Pflegestufe 2: 458€ • Pflegestufe 2 mit EAK: 545€ • Pflegestufe 3: 728€ • Härtefall: 728€ 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegegrad 1: 0 € • Pflegegrad 2: 316€ • Pflegegrad 3: 545€ • Pflegegrad 4: 728€ • Pflegegrad 5: 901€

(Quelle: Kehl, 2016, S. 53 - eigene Darstellung)

Die Tabellen zeigen, dass die Beträge für die ambulanten Pflegesachleistungen und Geldleistungen, zum 1 Januar 2017 angestiegen sind und kein Pflegebedürftiger nach der Überleitung schlechter gestellt ist, als vor der Überleitung. Die Überleitung wird unter dem Punkt 2.4 näher erläutert. Zusätzlich steht jedem Pflegebedürftigen der ambulant versorgt wird, ein Entlastungsbetrag von 125 Euro im Monat zu. Dieser Betrag steht für die Erbringung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Verfügung. Damit werden die Betreuungsleistungen nach Paragraph 45b abgelöst.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten keine Pflegesachleistungen oder Geldleistungen. Sie haben lediglich Anspruch auf den Entlastungsbetrag von 125 Euro. Der Entlastungsbetrag kann nicht für Leistungen der Grundpflege genutzt werden (vgl. König, 2017, S.38). Andere Leistungserbringer, wie zum Beispiel eine Kurzzeitpflegeeinrichtung, können diesen Betrag ebenfalls verwenden.

Wie bisher können nicht ausgeschöpfte Beträge mit ins Folgejahr übernommen werden (vgl. König, 2017, S.61-62). Pflegebedürftige die bis 31. Dezember 2016 einen erhöhten Betreuungssatz von 208 Euro erhielten, erhalten nun den einheitlichen Satz von 125 Euro. Ausnahme sind Pflegebedürftige, bei denen bis Dezember 2016 Pflegestufe 3 mit eingeschränkter Alltagskompetenz oder ein Härtefall vorlag. Diese erhalten weiterhin den Satz von 208 Euro, wenn sie diesen auch im Dezember 2016 erhalten haben (vgl. König, 2017, S.62).

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Mit Einführung eines neuen Begutachtungssystems zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (NBA), wird die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen ermittelt. Die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) werden jetzt an den Antragsteller übergeben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S.14-21). Die Inhalte und der Ablauf des NBA werden unter Punkt 2.3.2 und 2.3.3 näher beschrieben.

Ab dem 1. Januar 2017 müssen die Gutachter des MDK nach Paragraph 18 Absatz 6a SGB XI über die Erfordernis der Hilfsmittel bei Pflegebedürftigen entscheiden (vgl. König, 2017, S.73). Damit wird der Ablauf von der Beantragung bis zur Bewilligung von Hilfsmitteln einfacher und schneller. Gibt der Gutachter im Begutachtungsverfahren eine Empfehlung, wird kein Rezept mehr vom Arzt benötigt. Voraussetzung dafür ist es, dass das Hilfsmittel die Ziele nach Paragraph 40 SGB XI erfüllt (vgl. König, 2017, S.75). In diesem Paragraphen ist geregelt das Hilfsmittel „zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der oder des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen“. (König, 2017, S.75).

Ist eines der drei Ziele erfüllt, wird kein ärztliches Rezept benötigt (vgl. König, 2017, S.75).

Stärkung von pflegenden Angehörigen

Pflegende Angehörige können bei Verhinderung wie Krankheit oder Urlaub bis zu sechs Wochen eine Vertretung für die Pflege in Anspruch nehmen. Diese Verhinderungspflege ist jährlich auf 1.612 Euro begrenzt. Zusätzlich kann bis zu acht Wochen jährlich Kurzzeitpflege genutzt werden.

Der volle Betrag der Verhinderungspflege kann in die Kurzzeitpflege übertragen werden, jedoch kann nur der halbe Betrag der Verhinderungspflege für die Kurzzeitpflege mitgenutzt werden.

Bis zu 40 Prozent von den Sachleistungen können für Unterstützungsangebote im Alltag genutzt werden. Der halbe Betrag von der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege mit genutzt und übertragen werden.

Pflegende Angehörige können eine Auszeit vom Beruf von bis zu sechs Monaten beantragen. Dabei besteht ein Anspruch, die Arbeitszeit auf 15 Wochenstunden zu reduzieren. Diese Familienpflegezeit ist auf zwei Jahre begrenzt. Zur finanziellen Unterstützung ein zinsloses Darlehen beantragt werden.

Ist in der Familie kurzfristig die Pflege für einen Angehörigen zu organisieren, können nach dem Pflegezeitgesetz, bis zu zehn Tage Auszeit vom Beruf genommen werden. Dabei besteht Anspruch auf Lohnfortzahlung von der Pflegeversicherung. Die Teilnahme an Pflegekursen, steht für pflegende Angehörige kostenlos zur Verfügung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S.14-21).

Beratung

Wenn der Pflegebedürftige seine Versorgung ohne einen Pflegedienst sicherstellt, ist er wie bisher auch verpflichtet, regelmäßig durch einen Pflegedienst einen Beratungsbesuch in Anspruch zu nehmen. Die Pflegegrade 2 und 3 müssen dies halbjährlich, Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich durchführen lassen.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind dazu nicht verpflichtet. Der Pflegedienst stellt damit fest, ob die Pflege zu Hause gesichert ist. Vereinbarung der Pflegebedürftige keine Beratungstermine, wird der Patient von der Pflegekasse angemahnt und hat die Berechtigung das Pflegegeld zu kürzen. Mit der Einführung des PSG II können nun auch Pflegebedürftige die bereits Sachleistungen erhalten einen Beratungseinsatz halbjährlich vereinbaren. Ein Beratungseinsatz wird von der Kasse bei Pflegegrad 1 bis 3 mit 23 Euro und bei Pflegegrad 4 und 5 mit 33 Euro vergütet (vgl. König, 2017, S.39).

Die Verschlankte Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der internen Qualitätssicherung im Pflegebereich. Mit der Zeit wurde der bürokratische Aufwand immer höher. Mit der Einführung des Strukturmodells soll der Dokumentationsaufwand reduziert werden, ohne dabei die Qualitätsstandards zu vernachlässigen. Anfang 2015 wurde das Strukturmodell in Deutschland implementiert und vom Projektbüro *„Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ (Ein-STEP)* begleitet. Das Projektbüro unterstützt die teilnehmenden Einrichtungen bei der Umsetzung des Strukturmodells (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017b, S.26).

2.3.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Bis zum Dezember 2016 wurde die Pflegebedürftigkeit anhand des Zeitaufwandes in Minuten für die Grundpflege ermittelt. Nach dem „alten“ Gesetz, ist eine Person pflegebedürftig, wenn der Hilfebedarf bei 90 Minuten im täglichen Wochendurchschnitt liegt und die Grundpflege mehr als 45 Minuten davon in Anspruch nimmt (vgl. Richter, 2016, S.21). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bleibt im Paragraph 14 und Paragraph 15 des SGB XI verankert. Die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist im Paragraph 14 und die Grade der Pflegebedürftigkeit und dessen Begutachtungsverfahren im Paragraph 15 festgelegt.

Mit der Zusammenfassung der Paragraphen 14 und 15 zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit, hinsichtlich Verrichtungen im Alltag und der eingeschränkten Alltagskompetenz haben Betroffene erstmalig den gleichen Anspruch auf Leistungen gemäß SGB XI (vgl. Richter, 2016, S.35).

Nach dem Gesetz haben Personen Anspruch auf Pflegeleistungen, bei denen eine körperliche oder psychische Schädigung vorliegt, und oder eine Beeinträchtigung der körperlichen, kognitiven oder psychischen Funktionen besteht. Diese Beeinträchtigungen können von den Betroffenen nicht selbstständig bewältigt werden und müssen dauerhaft bestehen, d.h. über sechs Monate. Ausnahme sind Personen, die sich in der letzten Lebensphase befinden und voraussichtlich innerhalb, in der Definition festgelegten sechs Monate, sterben (vgl. Richter, 2016, S.36-37).

Wie bisher müssen vier Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit erfüllt sein. Eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der körperlichen und geistigen Fähigkeiten muss vorliegen und diese können von den Betroffenen nicht selbst kompensiert werden. Die Beeinträchtigung muss länger als sechs Monate bestehen und der Schwere entsprechen, wie sie im §15 SGB XI beschrieben ist (vgl. Richter, 2016, S.36). Eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder eine Funktionsstörung ist Voraussetzung für die Pflegebedürftigkeit. Diese wurden in dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) strukturiert dargestellt (vgl. Richter, 2016, S.38).

2.3.2 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit mittels des NBA

Im Paragraph 15 SGB XI ist die Ermittlung des Pflegegrades festgelegt. Wie bisher erfolgt das Begutachtungsverfahren durch den MDK. Begutachtet wird ab 2017 die Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit.

Das NBA ist darauf ausgerichtet, wie selbstständig eine Person ist. Dabei wird zwischen selbstständig, Überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig und unselbstständig unterschieden.

Selbstständig ist eine Person, die Handlungen und Aktivitäten ohne personelle Unterstützung durchführen kann. Das trifft ebenfalls zu, wenn die Person diese Aktivitäten mit Hilfsmitteln durchführen kann.

Eine Person ist **überwiegend selbstständig**, wenn ein großer Teil der Aktivitäten selbstständig durchgeführt werden können. Die Person benötigt lediglich Hilfe um bestimmte Gegenstände zurechtzulegen.

Dieser Person müssen Gegenstände bereitgestellt werden, um diese selbstständig durchzuführen zu können. Das wäre zum Beispiel, dass die Pflegebedürftige Person am Waschbecken nicht an ihre Seife kommt, sondern ihr muss die Seife in die Hand gegeben werden. Waschen kann sie sich dann damit ohne Hilfe. Weiterhin wird die Aufforderung zur Durchführung einer Aktivität ebenfalls als überwiegend selbstständig bewertet (vgl. König, 2017, S.83-84).

Überwiegend unselbstständig ist eine Person, die nur einen kleinen Teil der Aktivitäten und Handlungen ohne Hilfe durchführen kann. Aber die Person verfügt über Ressourcen, um sich an den Handlungen zu beteiligen. Die Pflegekraft muss der Pflegebedürftigen Person Anleitung geben, motivieren und einige Schritte der Handlung übernehmen.

Die Pflegekraft muss eine Aktivität motivierend begleiten, Handlungsabläufe anstoßen, demonstrieren und lenken, beaufsichtigen und kontrollieren (vgl. König, 2017, S.86-87).

Unselbstständig sind Personen, die Handlungen und Aktivitäten nicht mehr selbstständig durchführen und steuern können. Es sind wenige oder gar keine Ressourcen mehr vorhanden (vgl. König, 2017, S.87).

In der Begutachtung werden diese wie folgt bewertet:

Selbstständig: 0 Punkte

Überwiegend Selbstständig: 1 Punkt

Überwiegend unselbstständig: 2 Punkte

Unselbstständig: 3 Punkte (vgl. König, 2017, S.88).

2.3.3 Die Module des neuen Begutachtungsassessments (NBA)

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wird die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit auf einer neuen Basis bewertet. Das Begutachtungsassessment erfasst den Grad der Selbständigkeit in sechs Modulen (vgl. König, 2017, S.30).

Die Grundlage der Module des NBA ist eine wissenschaftliche Analyse internationaler Instrumente, die zur Pflegebedarfsermittlung dienen (vgl. Beikirch et al, 2014 a, S.10).

Im Folgenden werden die Module des NBA einzeln dargestellt. Erfolgt die Bewertung nicht nach den oben beschriebenen Ausprägungen der Selbstständigkeit, werden diese dargestellt. Alle anderen Module werden wie unter Punkt 2.3.3 dargestellt, bewertet.

Modul 1: Mobilität

In dem ersten Modul der Mobilität wird die „*Fähigkeit zur Fortbewegung sowie zur Lageveränderung des Körpers*“ (Wingefeld et al, 2011, S.59) beschrieben. Da eine Einschränkung der Fortbewegung sich negativ auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Selbstständigkeit auswirkt, wird dieses Modul eigenständig bewertet. Das Modul beinhaltet wesentliche Aspekte der Mobilität im häuslichen Bereich. Dazu zählen: Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, aus sitzender Position aufstehen bzw. sich umsetzen, Fortbewegung innerhalb eines Wohnbereiches und das Treppensteigen (Vgl. Wingefeld, et al, 2011, S.59-60).

Eine Besonderheit in diesem Modul ist das Treppensteigen. Bei der Bewertung ist es irrelevant ob der Pflegebedürftige in seiner Häuslichkeit Treppen hat oder sie gar nicht benutzt, weil ein Fahrstuhl vorhanden ist. Es muss geprüft werden ob der Pflegebedürftige beim „fiktiven“ Treppensteigen personelle Unterstützung benötigt oder nicht.

Darüber hinaus gibt es bei dem ersten Modul eine besondere Bedarfskonstellation, welche dem Pflegebedürftigen automatisch den Pflegegrad 5 zugewiesen bekommt.

Wenn bei dem Pflegebedürftigen ein vollständiger Verlust seiner Greif,- Steh,- und Gehfunktion vorliegt, erhält dieser automatisch den höchsten Pflegegrad (vgl. König, 2017, S.90-91).

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul geht es um die kognitiven Einschränkungen, die folglich die Selbstständigkeit beeinträchtigen. Solche Einschränkungen können dazu führen, dass Betroffene in allen Lebenslagen Unterstützung benötigen (Vgl. Wingenfeld et al, 2011, S.64). In diesem Modul wird nicht die Selbstständigkeit erfasst, sondern ob die Fähigkeit vorhanden ist. Mit folgenden Ausprägungen:

0 Punkte = Fähigkeit vorhanden

1 Punkte= Fähigkeit größten Teils vorhanden

2 Punkt= Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

3 Punkte= Fähigkeit nicht vorhanden

(vgl. Richter, 2016, S. 66)

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Durch das Ansteigen von demenziellen Erkrankungen, spielt der Umgang mit problematischen Verhaltensweisen von Patienten eine zunehmende Rolle. Patienten mit psychischen Erkrankungen oder kognitive Beeinträchtigungen können ihr Verhalten entweder gar nicht oder nur zum Teil selbst steuern und an Veränderungen anpassen. Das Modul 3 ermittelt den Bedarf ob Pflegebedürftige Unterstützung wie zum Beispiel in Form von Beobachtung, Betreuung, Beschäftigung u.ä. benötigen (Vgl. Wingenfeld et al, 2011, S.69-70).

Anders als in den anderen Modulen, wird in diesem Modul die Häufigkeit erfasst. Bewertet wird die Häufigkeit des Auftretens einer Verhaltensweise und folgenden Ausprägungen:

0 Punkte = nie oder sehr selten

1 Punkt= selten (ein- bis dreimal innerhalb zwei Wochen)

3 Punkte = häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich aber nicht täglich)

5 Punkte= täglich (vgl. Richter, 2016, S. 68)

Modul 4: Selbstversorgung

Im Modul der Selbstversorgung werden alle Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschätzt, die in der vergangenen Begutachtung nach SGB XI ebenfalls erfasst wurden. Ausgenommen hierbei sind hauswirtschaftliche Tätigkeiten (vgl. Wingenfeld et al, 2011,S.77).

Die Kriterien Essen, Trinken und Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls werden separat bewertet.

Das Kriterium **Essen** wird wie folgt bewertet:

0 Punkte = selbstständig

3 Punkte = überwiegend selbstständig

6 Punkte = überwiegend unselbstständig

9 Punkte = unselbstständig

Trinken und Toilettenbenutzung:

0 Punkte = selbstständig

2 Punkte= überwiegend selbstständig

4 Punkte = überwiegend unselbstständig

6 Punkte = unselbstständig

(vgl. Richter, 2016, S.72)

Modul 5: Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Modul wird beurteilt, in wie weit eine Person selbstständig mit krankheits-und therapiebedingten Anforderungen umgehen kann. Das Modul 5 beschränkt sich auf einen Teil der Krankheitsbewältigung.

Das Modell nach Corbin und Strauss besteht aus drei Handlungsbereichen der Krankheitsbewältigung: Alltagsbezogene Arbeit (Berufs- und Familienleben), Biografiearbeit und krankheitsbezogene Arbeit.

Diese krankheitsbezogene Arbeit umfasst die Kontrolle von Erkrankungen, Symptomen und schließlich das Durchführen von therapeutischen Interventionen. Auf diesen letzten Teil konzentriert sich das Modul. Dabei geht es nicht um den Bedarf, den der Pflegebedürftige an Behandlungspflege hat, sondern ob er diese selbständig durchführen kann oder ob er personelle Unterstützung benötigt (vgl. Wingenfeld et al, 2011, S.84-85).

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

In diesem Modul geht es um den Unterstützungsbedarf, den der Pflegebedürftige zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte benötigt. Dies beinhaltet die Fähigkeit den eigenen Tagesablauf zu gestalten, zu planen und den Tag-Nacht-Rhythmus einzuhalten (vgl. Wingenfeld et al, 2011, S.93-94).

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Das Modul sieben setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Zum einen wird die außerhäusliche Mobilität begutachtet, wie zum Beispiel das Nutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln. Im anderen Teil wird das Gemeinschaftsleben beurteilt, wie die Teilnahme an religiösen Veranstaltungen (vgl. Wingenfeld et al, 2011, S.96).

Modul 8: Haushaltsführung

Das letzte Modul beinhaltet typische Arbeiten die im Haushalt anfallen. Zum anderen geht es in diesem Modul um die Regelung von geschäftlichen Angelegenheiten, wie das Erledigen von Behördengängen (vgl. Wingenfeld et al, 2011, S.100).

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erfolgt anhand der acht Module. Dabei ist zu beachten, das Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) mit Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) zusammenfassend betrachtet wird und gewichtet werden.

Jedes Modul fließt mit unterschiedlicher Gewichtung in die Ermittlung des Pflegegrades ein (vgl. König, 2017, S.30). Die Module 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) und Modul 8 (Haushaltsführung) fließen dabei nicht in die Gesamtbewertung ein (vgl. Ahmann et al., 2016, S.145 ff.).

Mit den gewonnenen Daten aus den Modulen 7 und 8 erstellt der MDK bei Bedarf Empfehlungen für Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen (vgl. Wingenfeld et al, 2011,S. 40-43).

Die Gewichtung der Module stellt sich wie folgt dar:

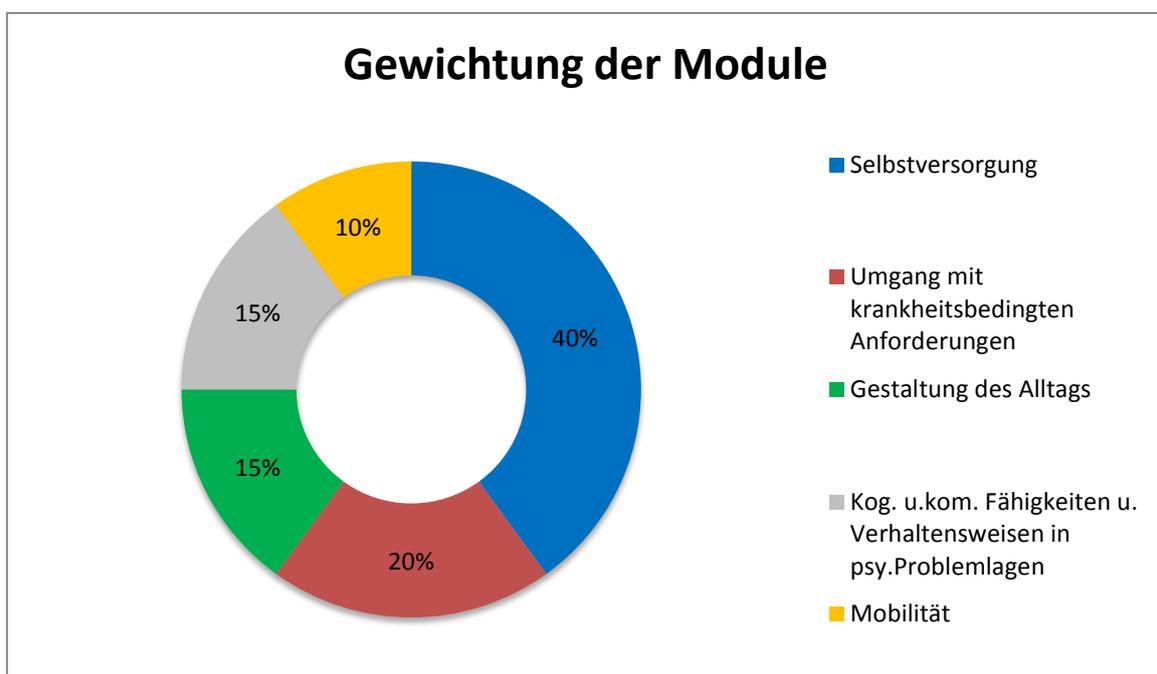


Abbildung 1: Gewichtung der Module des NBA

(Quelle: Wingenfeld et al, 2011, S.116)

Das Modul 4 „Selbstversorgung“ hat mit 40 Prozent den meisten Einfluss bei der Begutachtung der Pflegbedürftigkeit. Den zweitgrößten Einfluss mit 20 Prozent hat das Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“. Das Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ in der Grafik als Gestaltung des Alltags dargestellt geht mit 15 Prozent in die Bewertung ein. Wie eingangs erwähnt, werden das Modul 2 und Modul 3 zusammenfassend betrachtet und mit 15 Prozent bewertet. Das Modul 1 Mobilität geht mit dem niedrigsten Prozentsatz von 10% in die Gesamtbewertung ein (Vgl. Wingenfeld et al, 2011, S.113).

Zur Ermittlung des Pflegegrades, werden alle acht Module begutachtet. Dabei ergibt sich aus jedem Modul ein Einzelergebnis, welche später zu einem Gesamtergebnis zusammen geführt werden (vgl. Wingefeld et al, 2011, S.43).

Tabelle 4: Ermittlung des Pflegegrades

Gesamtpunkte	Pflegegrad
12,5 bis unter 27	Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
Ab 27 bis unter 47,5	Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
Ab 47,5 bis unter 70	Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
Ab 70 bis unter 90	Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten
Ab 90 bis 100	Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

(Quelle: Bundesministerium für Gesundheits, 2016b- eigene Darstellung)

Das Ergebnis zeigt, in welcher Art und in welchem Umfang die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bei dem Pflegebedürftigen vorliegt. Es wird zwischen Pflegebedürftigkeit und Hilfebedürftigkeit unterschieden. Hilfebedürftig sind Personen, die überwiegend Unterstützung im Bereich der Haushaltsführung (Modul 8) benötigen. Im Gegensatz dazu sind pflegebedürftige Personen auf Hilfe und Unterstützung in den Modulen eins bis sechs angewiesen (vgl. Wingefeld et al, 2011, S.43).

Weiterhin unterteilt sich das NBA in vier Abschnitte: Informationserfassung, Befunderhebung, Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und die Ergebnisdarstellung inklusive Empfehlungen. Im ersten Teil der **Informationserfassung** werden allgemeine Daten zur Person erhoben wie aktuelle Versorgungssituation, Pflegepersonen, Einschränkungen, Krankheiten usw.

Bei der **Befunderhebung** werden medizinische Befunde, wenn vorhanden, geprüft. Weiterhin wird Einsicht in frühere Gutachten genommen, wie beispielsweise vom Medizinischen Dienst, Ärzten oder auch Einrichtungen, um sich ein Bild von den Fähigkeiten des Pflegebedürftigen machen zu können.

Schließlich erfolgt die Begutachtung anhand der Module des NBA. Die Pflegebedürftigkeit wird eingeschätzt und ein Pflegegrad ermittelt. Weiterhin werden Fragen zu besonderen pflegerischen Bedarfskonstellationen gestellt und der Rehabilitationsbedarf ermittelt. Neben der Bestimmung des Pflegegrades kommt es bei der **Ergebnisdarstellung** zu individuellen Empfehlungen zur Verbesserung und Stabilisierung der häuslichen Versorgung (vgl. Wingenfeld et al, 2011, S. 40-43).

2.4 Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade

Pflegebedürftige, denen bereits vor 2017 eine Pflegestufe zugesprochen wurde, erhalten ab dem 01. Januar 2017, durch Überleitung, einen Pflegegrad. Dabei spielt die eingeschränkte Alltagskompetenz (EA) nach Paragraph 45a SGB XI, eine wichtige Rolle (vgl. König, 2017, S.31). Personen mit einer EA leiden an demenziellen Erkrankungen mit psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen. Daher erfolgt bei Pflegebedürftigen mit einer EA ein sogenannter „doppelter Stufensprung“. Bei Pflegebedürftigen ohne EA, erfolgt nur ein „einfacher Stufensprung“. Mit den festgelegten Überleitungsregeln nach Paragraph 140 Abs. 2 SGB XI 2017, soll kein Pflegebedürftiger weniger Leistungsanspruch erhalten, wie vor der Überleitung. Pflegebedürftige mit geistigen Beeinträchtigungen sollen den Pflegebedürftigen mit körperlichen Beeinträchtigungen gleichgestellt werden. Weiterhin wird mit dieser Überleitung vermieden, dass der MDK zahlreiche Neubegutachtungen durchführen muss (vgl. Richter, 2016. S. 135-137). Abbildung 3 stellt das Verfahren der Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade grafisch dar.

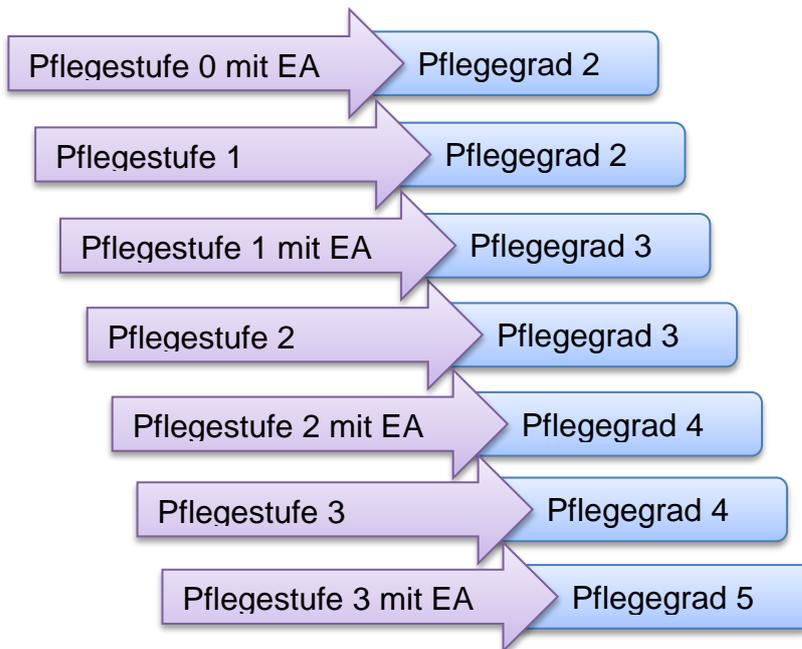


Abbildung 2: Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

(Quelle: Richter, 2016. S. 135 ff. – eigene Darstellung)

2.5 Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Der Dokumentationsaufwand im Pflegebereich steigt stetig an. Grund dafür sind Unsicherheit und Angst vor Prüfinstanzen, was zu Folge hat, das doppelt und dreifach dokumentiert wird. Für die ganze Dokumentation wurden laut dem Bundesamt für Statistik bis zu 2,7 Milliarde Euro ausgegeben (vgl. Ahmann et al., 2016, S.11).

Eines der aktuellsten und präsentesten Themen im Pflegebereich ist die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Die Pflegedokumentation ist bisher ein großer Bestandteil der täglichen Arbeit von Pflegekräften. Durch den immer größer werdenden Dokumentationsaufwand, bleibt weniger Zeit für den Patienten. Aus diesen Gründen, hat sich die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der jeweiligen Länder bei der Bundesregierung für ein weiteres Voranschreiten zum Thema Entbürokratisierung eingesetzt. Elisabeth Beikirch, die Ombudsfrau der Entbürokratisierung, hat die Wichtigkeit und das Vorankommen des Themas im Bundesministerium für Gesundheit angestoßen.

Im Anschluss daran wurden Richtlinien für die Entbürokratisierung erstellt und erprobt. Im Herbst 2013 startete der Praxistest „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“.

An diesem Test nahmen ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen teil (vgl. Beikirch et al, 2014 a, Anlage 6). Ziemlich schnell zeigten sich positive Effekte in der Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte. Die Zeitersparnis wurde durch die übersichtliche Darstellung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) und die schnelle Orientierung der Pflegekräfte erreicht. Weiterhin zeigten sich positive Hinweise hinsichtlich der Aufmerksamkeit der Pflegekräfte bei der Beobachtung der Patienten (vgl. Beikirch et al., 2015, S.36).

Die Geschichte des Strukturmodells begann bereits in den 90er Jahren. 1996 erstellten Ulrike Höhmann, Heidi Weinreich und Gudrun Gätschenberger einen Forschungsbericht über „Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege“. In diesem Bericht ging es um ein entwickeltes Modell zur professionellen Problem,- und Maßnahmenbeschreibung in der Pflege. Zunächst wurden Gewohnheiten und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen erfasst. Im Anschluss daran erfolgt der „professionelle Filter“. Das bedeutet, die Pflegekräfte bewerten die Pflegeprobleme des Pflegebedürftigen im Hinblick auf die vorliegenden Rahmenbedingungen (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.23).

„Die Methodik des Pflegeprozesses als Problemlösungs- und Entscheidungsinstrument findet sich sowohl im Strukturmodell allgemein als auch speziell in der darin integrierten SIS wieder“ (Beikirch, 2015b, S.23).

Mit der Einführung des Strukturmodells sind folgende Veränderungen zu beachten:

Dokumentiert werden lediglich Abweichungen von der erstellten Maßnahmenplanung. Die Maßnahmenplanung erfolgt nicht mehr anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Kompetenzen der Pflegekräfte werden gestärkt, durch das aktive und selbstständige Festlegen von Evaluationszeiträumen. Die Dokumentation soll reduziert werden, um mehr Zeit für den Patienten zu haben. Der Pflegeprozess wird von sechs Elementen auf vier Elemente begrenzt (vgl. Henke, 2015, S.18).

Leistungsnachweise müssen weiterhin abgezeichnet werden, da diese Grundlage für die Abrechnung sind. Das gleiche gilt für das Abzeichnen von Behandlungspflege, Lagerungspläne, Flüssigkeitsbilanzen, Ernährungsprotokoll usw. (vgl. Henke, 2015, S.15-17).

Mit der Einführung des Strukturmodells steht die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte im Vordergrund. Der personenzentrierte Ansatz konzentriert sich auf die Perspektiven, Wünsche und Erwartungen der Patienten. Die Pflegefachkraft schätzt den Patienten anhand der sechs Themenfelder der SIS ein (vgl. Ahmann et al., 2016, S.19).

2.5.1 Der Pflegeprozess nach dem Strukturmodell

Der Pflegeprozess des Strukturmodells besteht aus vier Elementen:

1. Die strukturierte Informationssammlung (SIS) und einem rationalen Verfahren zur Risikoeinschätzung mittels einer Matrix
2. Eine individuelle Maßnahmenplanung
3. Das Berichtblatt für das Dokumentieren von Abweichungen und
4. Die Evaluation (vgl. Beikirch et al. 2014 a, S.7).



Abbildung 3: Der Pflegeprozess nach dem Strukturmodell

(Quelle: Beikirch et al., 2014 a, S.7 – eigene Darstellung)

Die strukturierte Informationssammlung (SIS)

Die SIS wird bei dem Erstgespräch mit neuen Patienten eingesetzt. Wünsche und Vorstellungen des Patienten werden aufgenommen. Dabei geht es um den Patienten, wie er seine aktuelle Situation wahrnimmt und wie er sich die Pflege und Unterstützung vorstellt.

Das Erzählte soll schriftlich und ohne Interpretation festgehalten werden (vgl. Beikirch et al., 2014 a, S.9). Die Aussagen des Patienten sollen im Originalton festgehalten werden und während dessen sollte die Pflegefachkraft den Patienten so wenig wie möglich durch nachfragen unterbrechen. Ziel ist es, die Bedürfnisse, Werte und Gewohnheiten des Patienten kennenzulernen. Wenn der Patient die Fragen nicht beantworten kann, weil er körperlich oder geistig dazu nicht in der Lage ist, können dafür Angehörige oder Betreuer hinzugezogen werden (vgl. Beikirch et al, 2015, S.11).

Die Struktur der SIS ist an den Modulen des NBA angelehnt. Aus den acht Modulen wurden fünf für die SIS ausgewählt:

- ➔ Kognition und Kommunikation,
- ➔ Mobilität und Bewegung
- ➔ krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- ➔ Selbstversorgung und
- ➔ Leben in sozialen Beziehungen

Im ambulanten Pflegebereich, wurde SIS um das Feld „Haushaltsführung“ erweitert (vgl. Beikirch et al., 2014 a, S.10). Diese sechs Felder bilden die Themenfelder der SIS. Der Beginn erfolgt anhand einer Einstiegsfrage: *„Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“* (Ahmann et al., 2016, S.31) Dabei handelt es sich, wie oben schon erwähnt, um die Vorstellungen und Wünsche der Pflegebedürftigen. In den folgenden sechs Themenfeldern schätzt die Pflegefachkraft die Situation des Pflegebedürftigen fachlich ein und verknüpft diese *„mit den sich daraus ergebenden Risiken in Form der Risikoeinschätzung als Matrix sowie pflegesensitiven Phänomenen.“* (Beikirch et al, 2015, S.11).

Die Grundlage für die Planung der Pflege und Betreuung in Art und Umfang der Patienten, ist das Erstgespräch zwischen Patienten, Betreuer, Angehörigen und Pflegefachkraft. Im ambulanten Pflegebereich muss zusätzlich geklärt werden, welche Aufgaben von den Angehörigen übernommen werden.

Im Anschluss dokumentiert die Pflegefachkraft ihre Einschätzungen in die Themenfelder der SIS und schätzt das Risiko mittels Matrix ein (vgl. Beikirch et al, 2015, S.12).

Individuelle Maßnahmenplanung

Die Maßnahmenplanung erfolgt im ambulanten Pflegebereich anhand der im Pflegevertrag vereinbarten Leistungen und der gesammelten Informationen aus dem Erstgespräch. Anders als in der stationären Pflege, kann das Pflegepersonal auf das Abzeichnen von erbrachten Leistungen nicht verzichten, da diese Einzelnachweise die Grundlage für die Abrechnung mit der GKV sind. Die Dokumentation von Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V, wird wie bisher durchgeführt. Auch hier müssen erbrachte Leistungen abgezeichnet werden, da diese für die Abrechnung benötigt werden (vgl. Beikirch et al, 2015, S.14-15).

Die Maßnahmenplanung kann auf zwei verschiedene Weisen umgesetzt werden.

Die erste Möglichkeit besteht darin, dass für jeden Patienten ein Ablaufplan erstellt wird. Dies bedeutet, dass der Ablauf des Pflegeeinsatzes ausführlich beschrieben wird, mit allen Gegebenheiten in der Häuslichkeit und den Wünschen des Patienten. Oder die Maßnahmenplanung wird analog der sechs Themenfelder der SIS aufgebaut, mit zusätzlichen Hinweisen auf die jeweiligen Leistungskomplexe und internen Leitlinien (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S.22). *„Entlang dieser Strukturierung erfolgt die individuelle Maßnahmenplanung unter Berücksichtigung aller aus der SIS gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere auch der Informationen aus dem Feld B und zur Aufgabenteilung zwischen den Angehörigen und dem Pflegedienst.“* (Beikirch et al, 2015. S.15).

Berichteblatt (Verlaufsdokumentation)

Im Berichteblatt werden ausschließlich Abweichungen von der Maßnahmenplanung dokumentiert. Wichtige Voraussetzung ist es, dass die Pflegekraft die Maßnahmenplanung des Patienten kennt. Bei dem Dokumentieren von Abweichungen geht es um die routinemäßigen und sich wiederholenden Abläufen in der Grundpflege und Betreuung (vgl. Beikirch et al, 2015, S.16-17).

Evaluation

Je nach Gesundheitszustand des Patienten muss eine Evaluation der Pflegesituation stattfinden. Auch die Maßnahmenplanung und die SIS müssen in einem festgelegten Zeitraum überprüft werden. Den Zeitraum dafür legt die Einrichtung selbst fest. Wichtig ist lediglich, das schriftliche Festlegen im Qualitätsmanagement. Genauere Ausführungen dazu, werden in den nächsten Kapiteln erläutert. Die Pflegefachkraft legt selbstständig in bestimmten Kontexten, Evaluationsdaten fest. Aktives Setzen von Evaluationsdaten in Hinblick auf Abweichungen im Pflegebericht, kurzfristiges Setzen von Evaluationsdaten in Hinblick auf die Risikoeinschätzung und zu Beginn der Versorgung eines Patienten, wenn Risiken und Phänomene noch weiter beobachtet werden müssen, weil die Ausgangslage unklar ist (vgl. Beikirch et al, 2015, S.20).

2.5.2 Aufbau der strukturierten Informationssammlung (SIS)

Die SIS setzt sich aus vier aufeinander aufbauenden Elementen zusammen: das Element A, B, C1 und C2. Diese ermöglichen eine schnelle Orientierung und geben einen Überblick über die Pflegesituation des Patienten (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S.15).

Element A stellt den Einstieg in die SIS dar, indem allgemeine Daten erfasst werden. Es wird lediglich der Name des Patienten mit Geburtsdatum dokumentiert. Weiterhin stehen zwei Zeilen zur Verfügung. Einmal für das Abzeichnen der Pflegefachkraft, die diese SIS durchgeführt hat und ggf. zum Gegenzeichnen des Patienten oder deren Angehörigen (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S. 17).

Element B stellt die Einstiegsfrage bei Neuaufnahmen dar. Wie bereits unter 2.5.1 erläutert wurde, geht es um die Sichtweise des Patienten und um seiner Erwartungen und Vorstellung bei der Inanspruchnahme des Pflegedienstes. Da sehr häufig bei einem Erstgespräch die Angehörigen des Patienten anwesend sind, kann die Pflegefachkraft einen guten Eindruck bekommen, welche Rolle die Angehörigen einnehmen. Wichtig dabei ist es, dass die Pflegefachkraft, dem Patienten genügend Raum bei diesem Gespräch gibt.

Wünsche, Ängste und Erzählungen des Patienten werden im Originalton dokumentiert, ohne diese zu interpretieren und in Fachsprache zu übersetzen (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S. 18).

SIS - ambulant -				
Strukturierte Informationssammlung	Name der pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum	Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft	pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer
Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?				
B				

Abbildung 4: Darstellung Feld A und B

(Quelle: EinSTEP, 2015a)

Die oberen vier Zeilen, stellen das Feld A dar, um allgemeine Daten zu erfassen. Das Feld darunter bildet die Einstiegsfrage bei Neuaufnahme ab.

Die fachliche Einschätzung des Patienten erfolgt im **Feld C1**. Im ambulanten Pflegebereich setzten sich die SIS aus sechs Themenfeldern zusammen (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S. 19).

Diese Themenfelder „dienen der Informationsaufnahme und der pflegfachlichen Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person in den jeweiligen pflegerelevanten Kategorien einschließlich der Ressourcen und des Unterstützungsbedarfs“. (Beikirch, Roes, 2014 b,S.19) Weiterhin werden mögliche Risiken von der Pflegefachkraft angesprochen und Möglichkeiten zum entgegenwirken aufgezeigt (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S. 19).

Themenfeld 1 - kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Themenfeld 2 - Mobilität und Beweglichkeit
Themenfeld 3 - krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
Themenfeld 4 - Selbstversorgung
Themenfeld 5 - Leben in sozialen Beziehungen
Themenfeld 6 - Wohnen/Häuslichkeit

Abbildung 5: Darstellung des Elementes C1 – die sechs Themenfelder der SIS

(Quelle: EinSTEP, 2015a)

Die sechs Themenfelder sind an der Struktur des NBA angelehnt. Für das Element C1 wurden Leitfragen formuliert, die eine einheitliche Anwendung der SIS sicherstellen soll (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S. 20).

Tabelle 5: Kognition und Kommunikation

Themenfeld 1: Kognition und Kommunikation

„Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren und zu interagieren sowie Risiken und Gefahren, auch unter Beobachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu erkennen?“ (Beikirch, Roes, 2014 b, S. 20).

- nächtliche Unruhe, umherwandern, aggressiv-abwehrendes Verhalten
(Beikirch et al, 2015,S.29)

Tabelle 6: Mobilität und Bewegung

Themenfeld 2: Mobilität und Bewegung

„Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs, auch unter Beobachtung von Aspekten des herausfordernden Verhaltens, zu bewegen?“ (Beikirch, Roes, 2014 b, S. 20).

- Treppensteigen, stabile Sitzposition, Umsetzen, Positionswechsel im Bett, Aufstehen

Tabelle 7: krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Themenfeld 3 Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

„Inwieweit liegen für die Pflege- und Betreuung relevante krankheits- und therapiebedingte Anforderungen vor?“ (Beikirch, Roes, 2014 b, S. 20).

- Bewältigung von Risiken und Phänomenen wie Inkontinenz oder Schmerz
- Keine Diagnosen
- Umfang der benötigten Hilfe
(Beikirch et al, 2015,S.30)

Tabelle 8: Selbstversorgung

Themenfeld 4 Selbstversorgung

„Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der Lage z.B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken etc. selbstständig / mit Unterstützung zu realisieren?“ (Beikirch, Roes, 2014 b, S. 20).

Tabelle 9: Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 5 Leben in sozialen Beziehungen

„Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbstständig / mit Unterstützung gestalten?“ (Beikirch, Roes, 2014 b, S. 20).

Tabelle 10: Haushaltsführung

Themenfeld 6 Haushaltsführung

„Inwieweit kann die pflegebedürftige Person ihren eigenen Haushalt noch selbst/ mit Unterstützung organisieren?“ (Beikirch, Roes, 2014 b, S. 20).

Das **Element C2** stellt die Matrix zur Risikoeinschätzung dar. Durch ankreuzen, schätzt die Pflegefachkraft mögliche Risiken und Phänomene unter Berücksichtigung der sechs Themenbereiche ein (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S. 21). In der ambulanten Pflege muss, wenn die Notwendigkeit besteht, im Erstgespräch auf mögliche Risiken und Phänomene hingewiesen werden. Wenn der Patient keiner Beratung zustimmt, ist dies zu vermerken. Wenn eine Beratung erfolgt, ist dies in der Matrix (Element C2) anzukreuzen, auch wenn dahingehend keine Leistungserbringung durchgeführt wird (vgl. Beikirch, Roes, 2014 b, S.15 ff.).

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

Abbildung 6: Grafische Darstellung der Risikomatrix – Feld C2

(Quelle: EinSTEP, 2015a)

Zunächst muss die Pflegefachkraft entscheiden ob aktuell ein Risiko erkennbar ist und kreuzt dies mit „ja“ oder „nein“ für jedes der sechs Themenfelder an. Wenn die Pflegefachkraft zu der Entscheidung kommt das ein Risiko besteht, muss weiter fachlich entschieden werden ob diese Einschätzung für die

folgende Maßnahmenplanung eindeutig ist oder ob eine weitere Einschätzung (Interne Assessments) vorgenommen werden muss. Diese muss in der Spalte „weitere Einschätzung notwendig“ jeweils mit „ja“ oder „nein“ angekreuzt werden. Kommt die Pflegefachkraft zu der Entscheidung das ein bestimmtes Risiko nicht besteht, kann sie durch ein kurzfristiges festgelegtes Evaluationsdatum, ihre Risikoeinschätzung zeitnah überprüfen und erneut einordnen. Dieses Vorgehen kann ebenso für ein Risiko, welches mit „ja“ bewertet wurde, durchgeführt werden (vgl. Beikirch et al, 2015, S. 33-34). Im ambulanten Bereich wurde die Risikomatrix um das Feld „Beratung“ erweitert. Dort muss die Pflegekraft einschätzen ob eine Beratung zu einem Risiko notwendig ist oder bereits erfolgte. Das Ergebnis der Beratung, kann auf einem weiteren Bogen festgehalten werden (vgl. Bekirch, Roes, 2014 b, S.22).

Die Darstellung der SIS, befindet sich in der Anlage A2.

2.5.3 Anforderungen an das Qualitätsmanagement

Im QM muss festgelegt werden, welche Abläufe in der Grundpflege als „Immer-So-Leistungen“ gelten, wie z.B. Körperpflege am Waschbecken, Duschen, Baden, Toilettengang usw. Wenn diese Leistungen definiert sind, muss keine Dokumentation der Leistungen im Berichtblatt erfolgen. Jede Einrichtung entscheidet selbst, welche Leistungen als „Immer-So-Leistungen“ gelten sollen, mit der Prämisse dem Pflegepersonal unnötiges Dokumentieren zu ersparen (vgl. Beikirch et al., 2015, S.17).

Häufig wurde die Befürchtung, dass dies rechtliche Konsequenzen in einem Schadensfall nach sich ziehen könnte, denn „Was nicht dokumentiert ist, wurde nicht durchgeführt.“ Diese Aussage konnte mit mehreren Urteilen revidiert werden. Aus rechtlicher Sicht, müssen Routinemaßnahmen nicht täglich dokumentiert werden. Diese Aussage bezieht sich ausschließlich auf die Behandlungspflege. Haftungsrechtlich ist zu beachten, dass pflegerische Maßnahmen der Grundpflege und deren Durchführung einmalig schriftlich darzulegen sind.

Pflegepersonal und Betreuungskräfte kennen diese Leistungsbeschreibung des Patienten und bestätigen dies mit einer Gegenzeichnung. Die organisatorischen Strukturen und Abläufe sind im QM festgehalten.

Dokumentiert sein muss eine individuelle SIS und die sich daraus ergebenden Maßnahmenplanung, Abweichungen, spätere Evaluationsergebnisse und daraus neu entstehende oder abgeänderte Maßnahmen in der Planung.

In der ambulanten Pflege müssen allerdings die erbrachten Leistungen der Grund- und Behandlungspflege in einem Leistungsnachweis von der Pflegekraft abgezeichnet werden, da diese die Grundlage für die Abrechnung mit den GKV sind (vgl. Beirkich et al, 2014 a, Anlage 6. Bei Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V wird empfohlen die bisherige Vorgehensweise beizubehalten, d.h. die erbrachten Leistungen werden von der Pflegefachkraft, die sie erbringt, abgezeichnet. Bei besonderen Vorkommnissen, werden Hinweise im Pflegebericht dokumentiert (vgl. Beikirch et al, 2015, S.18).

Werden zur Risikoeinschätzung und ähnlichen ergänzende Dokumente zusätzlich verwendet (Zusatzbögen, Ergänzungsblätter), muss dies im QM-Handbuch hinterlegt sein und zugänglich sein. Diese Zusatzblätter sind individuell einsetzbar und mit individuellen Evaluationsdaten von der Pflegefachkraft zu versehen (vgl. Beikirch et al, 2015, S.15)

In der ambulanten Pflege kann auf Einzelnachweise nicht verzichtet werden. Aber eine *„knappe und aussagekräftige Pflegedokumentation“* und das Dokumentieren von Abweichungen im Pflegebericht ist ausreichend (vgl. Beirkich et al, 2014 a, Anlage 6).

Kasseler Erklärung

Erste Kasseler Erklärung erschien im Januar 2014 und die zweite im November 2015. Mit der ersten Kasseler Erklärung wurde bestätigt, das es bei der Umsetzung des Strukturmodells aus juristischer Sicht abgesichert ist.

Die Trennung von Grundpflege und Behandlungspflege ist bei der Umsetzung entscheidend und stand bei der zweiten Kasseler Erklärung im Mittelpunkt (vgl. Ahmann et al., 2016, S.157 -158).

Im Haftungsfall kann mit dem „Immer-so-Beweis“ und dem Zeugenbeweis belegt werden, dass grundpflegerische Maßnahmen täglich und stets wie beschrieben ausgeführt wurden. Eine detaillierte Leistungsbeschreibung ist dabei Voraussetzung (vgl. Ahmann et al., 2016, S.160-161).

„Der sog. „Immer-so“-Beweis dient dem Nachweis, dass die grundpflegerischen Element in ihrem Ob und Wie beschrieben werden können. Damit kann dann einem etwaigen Dokumentationsmangel fachlich und organisatorisch begegnet werden.“ (EinSTEP, 2014).

Weiter heißt es: *„In einer haftungsrechtlichen Prozesssituation ist es ausreichend, wenn nachgewiesen ist, dass alle Mitarbeiter, die mit der Versorgung einer Verbraucherin bzw. eines Verbrauchers zu tun haben, in die betreffende individuelle Maßnahmenplanung eingeführt worden sind und wenn entsprechende Verfahrensanleitungen im Qualitätsmanagement hinterlegt sind und es regelmäßige Schulungen hierzu gibt.“ (EinSTEP, 2015).*

3. Methodik

3.1 Konzeptentwicklung nach dem PDCA- Zyklus

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995, rückte das Thema Qualitätsmanagement in der Pflege in den Mittelpunkt. Denn das Qualitätsmanagement war und ist Bestandteil der Versorgungsverträge, die zwischen den Kassen und den Leistungserbringern geschlossen werden. Damit verpflichteten sich die Pflegeeinrichtungen nach Paragraph 80 SGB XI, heute Paragraph 113 SGB XI, für Ihre Einrichtung ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (vgl. Lobinger et al, 2013, S.9).

Ein neu eingeführter Prozess, wie die Einführung des Strukturmodells, müssen die Neuerungen zuerst geplant werden. Nach der Planung erfolgt die Umsetzung der Neuerungen, die überprüft werden müssen und wenn nötig angepasst werden (vgl. Lobinger et al, 2013, S.8). Die Grundlage für diesen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, ist der PDCA- Zyklus nach W.E. Deming. Der PDCA Zyklus setzt sich aus vier Phasen zusammen: Plan, Do, Check, Act. Diese vier Phasen stellen den Qualitätsregelkreis dar.



Abbildung 7: PDCA-Zyklus nach Deming (Eigene Darstellung)

Voraussetzung für den Beginn des PDCA Zyklus ist es, Ziele zu formulieren. In der Plan-Phase werden die Verbesserungen geplant, die anschließend in der Do-Phase ausgeführt werden. In der Check-Phase geht es um die Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen. Wenn bei der Umsetzung Probleme auftreten, werden diese in der Act-Phase angepasst und der Zyklus wird erneut durchlaufen (vgl. Brunner, 2014, S.6-7).

Die Durchführung der Ist-Analyse, Zielformulierung und die Planung der Umsetzungen erfolgt in der Plan-Phase des PDCA Zyklus. In der Do-Phase werden die Planungen umgesetzt. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Planungen und die erneute Anpassung, kann in dieser Arbeit nicht dargestellt werden.

3.2 Ist Analyse

Ziel der Ist-Analyse ist es, eine Übersicht über das Qualitätsmanagement der Kranken- und Altenpflege zu bekommen. Um im weiteren Schritt zu beurteilen, welche Inhalte des Qualitätsmanagements angepasst werden müssen und inwieweit die Pflegedokumentation effizienter gestaltet werden kann.

Die Ist-Analyse erfolgt zunächst hinsichtlich der Struktur der Qualitätshandbücher der Kranken- und Altenpflege Meerane. Im Weiteren wird der aktuelle Ablauf bei Aufnahme eines neuen Patienten, im Hinblick auf die auszufüllenden Dokumente, dargestellt.

Bei der Kranken- und Altenpflege Meerane liegen zwei Qualitätshandbücher vor. Das erste Buch beinhaltet zunächst die Geschichte des Unternehmens und eine Personalübersicht. Der Personalübersicht folgen die jeweiligen Urkunden und Zertifikate der Mitarbeiter, die Stellenbeschreibungen, Einarbeitungsplan, Einschätzungen, Organigramm und letztlich der aktuelle Weiterbildungsplan. Im zweiten Teil des ersten Buches ist das Pflegeleitbild und ein ausführliches Pflegekonzept dargestellt. Der dritte Teil beinhaltet die Notfall-Standards, in denen der Umgang mit Patienten, die sich in lebensbedrohlichen Zuständen befinden, geregelt ist. Die internen Prophylaxen und Pflegestandards sind am Ende des ersten Buches hinterlegt.

Im zweiten Qualitätshandbuch erfolgt die Fortsetzung mit den Erläuterungen zu den internen Expertenstandards und den gesamten Dokumenten, die der Pflegedienst für die Pflegedokumentation benötigt. Weiterhin ist eine Musterdokumentation mit Pflegevertrag hinterlegt. Im letzten Teil des zweiten Buches findet das Pflegepersonal die wichtigsten Hinweise zum Thema Hygienemanagement, welches in einem separaten Hygienemanagementordner weiter geführt wird.

Die Kranken- und Altenpflege Meerane arbeitet ausschließlich mit einer Dokumentation in Papierform. Aktuell befindet sich der Pflegedienst in der Übergangsphase zum Strukturmodell. Die Pflegedienstleitung hat bereits erste Schritte zur Umstellung unternommen. Das Dokument zur strukturierten Informationssammlung wurde eingeführt. Die Pflegefachkräfte des Pflegedienstes nahmen an einer Weiterbildung zum Thema Strukturmodell weitergebildet. Der Prozess zum Identifizieren der Dokumente, in denen aktuell doppelt dokumentiert wird, wurde noch nicht vollständig durchgeführt. Des Weiteren fand die nötige Anpassung des Qualitätsmanagements noch nicht statt.

Um die Dokumente, in denen Fakten doppelt aufgenommen und dokumentiert werden, zu identifizieren, muss der aktuelle Ablauf der Dokumente bei Aufnahme eines neuen Patienten dargestellt werden.

Bevor ein Patient aufgenommen wird, vereinbart die Pflegedienstleitung mit den Patienten und den Angehörigen einen Termin zum Ersthausbesuch. In diesem Erstgespräch, stellt die PDL den Pflegedienst vor und informiert über die anfallenden Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten. Weiterhin nimmt sie den Pflegebedarf, Wünsche und Erwartungen des Patienten auf und dokumentiert dies in dem Formular **Pflegeanamnese**. Der Umfang der Leistungen und die Aufgabenteilung zwischen Pflegedienst und Angehörigen wird außerdem angesprochen. Wird ein Vertragsabschluss von den Patienten und deren Angehörigen gewünscht, erfolgt die weitere Einsatzplanung mit Schlüsselübergabe.

Danach erfolgt die technische Erfassung am PC, die die Grundlage für die Zusammenstellung der Pflegedokumentation bildet (Vgl. Interne Dokumente, Verfahrensanweisungen für die ambulante Pflege, Ersthausbesuch).

1. Biografiebogen

Der Biografiebogen ist das erste Dokument, welches von den Pflegekräften ausgefüllt wird. Dieser enthält Angaben zum Lebenslauf des Patienten. Es wird nach Familie, Geschwister, Schule, Berufsleben, Wohnungssituation, Krisen und Erkrankungen im Leben des Patienten gefragt. Im Anschluss werden frühere Gewohnheiten und Interessen aufgenommen und seine jetzigen Möglichkeiten dazu aufgeführt.

2. Aufnahmebogen und SIS

Im Anschluss an den Biografiebogen wird der Aufnahmebogen ausgefüllt. Dieser enthält im ersten Teil Angaben zur Person des Patienten, wie Name, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkasse, Hausarzt und Angaben zu Angehörigen oder Betreuer. Im Zweiten Teil wird der allgemeine Zustand des Patienten erhoben. Das umfasst Körpergröße und Gewicht, Diabetes, Blutdruck, Puls, Allergien, psychischer Eindruck (verwirrt, depressiv, desorientiert, ängstlich, erregt). Als nächsten Schritt erfolgt die Risikoerfassung. Die Pflegekraft kreuzt an ob ein Risiko in den Bereichen Kontraktur, Dekubitus, Harninkontinenz, Schmerz und Mangelernährung besteht, ob ein Assessment durchgeführt werden muss und eine Bratung dazu erforderlich ist. Analog dazu wird die SIS ausgefüllt.

3. Durchführungsplanung

In der Durchführungsplanung wird Schritt für Schritt beschreiben, welche Maßnahmen wann und wie, beim Patient vor Ort durchzuführen sind. Wenn Angehörige Maßnahmen übernehmen, werden diese ebenfalls in der Durchführungsplanung festgehalten.

4. Beratungsprotokoll

Wenn die Pflegekraft beim Ausfüllen des Aufnahmebogens Risiken beim Patienten erkannt hat und er diesbezüglich beraten werden muss, kommt das Beratungsprotokoll zum Einsatz.

In diesem Protokoll wird das Risiko, bzw. die Risiken wie oben erwähnt angekreuzt und die Inhalte des Gespräches schriftlich dokumentiert.

5. Assessments und Ergänzungsblätter

Wenn die Pflegefachkraft ein Risiko beim Patienten feststellt, wird ein Assessment durchgeführt. Sie umfasst Assessments bei chronischen und akuten Schmerzen, Dekubitus, Sturz, Ernährung und Inkontinenz. Darüber hinaus werden bei Bedarf folgende Dokumente genutzt: Trinkprotokoll, ärztliches Verordnungsblatt, Wunddokumentation, Bewegungsplan, Ein- und Ausfuhrbilanzierung, Sturzprotokoll, Ernährungsprotokoll, Vitalwerte und Pflegeüberleitung. Zu Beginn der Versorgung, wird stets ein Trinkprotokoll, ein Sturzrisikoassessment und ein Mini-Nutritional-Assessment durchgeführt.

6. Pflegeverlauf

Im Pflegeverlauf werden alle besonderen Vorkommnisse dokumentiert. Zum Beispiel wenn der Patient gestürzt ist oder er Leistungen abgelehnt hat. Weiterhin werden bestimmte Maßnahmen, wie Haare waschen, Bett überzogen u.ä. dort dokumentiert.

Parallel dazu erfolgt durch die Verwaltungsmitarbeiter die Aufnahme des Patienten im Computerprogramm ACS ambulant. Mit diesem Programm wird ein **Stammblatt** und die jeweiligen **Leistungsnachweise** für den Patienten erstellt. Zusätzlich zu dem Leistungsnachweis für Pflegeleistungen nach SGB XI wird ein **Leistungsbericht** ausgefüllt, in dem die Pflegeleistungen mit zugehöriger Uhrzeit dokumentiert werden (Vgl. Interne Dokumente, Verfahrensanweisungen für die Pflege, Pflegedokumentation).

3.3 Konzeptentwicklung

3.3.1 Identifizieren von Doppeldokumentation und anzupassenden Inhalten der Qualitätshandbücher

Wie im theoretischen Teil beschrieben muss die Funktionalität und die Zweckbestimmung aller Dokumente für die Pflegedokumentation überprüft werden.

Dies umfasst ebenfalls vorhandene Verfahrensanweisungen, Protokolle, Stellenbeschreibungen, Leistungsbeschreibungen für grundpflegerische Abläufe und andere Darstellungen im Qualitätshandbuch (vgl. Beikirch et al, 2015,S.39). Auf Basis der Ist- Analyse erfolgt zunächst die Identifikation von Doppeldokumentation in der Pflegeplanung.

Mit dem Ausfüllen des Aufnahmebogen werden Biografische Daten, wie Name, Geburtsdatum, Adresse, Anschrift, Hausarzt, Daten von Angehörigen, und Versicherungsdaten doppelt mit dem Stammbblatt erfasst. Weiterhin erfolgt in diesem Dokument eine Risikoerfassung mit Hinweisen auf Assessments und Beratung, analog der schon eingeführten SIS. Allerdings wird dieses Dokument verwendet um erste Daten vom Patienten zu erfassen. Dieses Datenblatt benötigt der Verwaltungsmitarbeiter, um die Patientendaten im Computerprogramm anzulegen.

Leistungsbericht

Im Leistungsbericht dokumentieren die Pflegekräfte, zusätzlich zu dem Abzeichnen des Leistungsberichtes für die SGB XI Leistungen, welche Maßnahmen sie durchgeführt haben und zeichnen dies nochmals ab. Der Leistungsbericht doppelt sich somit zum Teil mit Maßnahmenplanung und dem Abzeichnen des Leistungsberichtes.

Biografiebogen

Mit der SIS lassen sich alle wichtigen biografischen Daten erfassen, die aktuell mit dem zusätzlichen Biografiebogen doppelt erfasst werden. Mit der Nutzung der SIS, sind weitere biografische Erfassungen nicht mehr notwendig (vgl. Beikirch et al, 2014 a, S.29).

Weitere identifizierte Inhalte des Qualitätshandbuches, welche an die Gegebenheiten des Strukturmodells angepasst werden müssen.

Pflegekonzept

Das aktuelle Pflegekonzept des Pflegedienstes orientiert sich noch pflegerischen Leitlinien von L. Juchli. Im folgenden Abschnitt wird das Pflegemodell von L. Juchli kurz vorgestellt und auf die Aktivitäten des täglichen Lebens näher eingegangen.

Pflegeprozess

Dargestellt sind die sechs Phasen des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier. Zusätzlich sind zu jeder Phase die jeweiligen Schritte zur Durchführung beschrieben.

Arbeitsweise und Organisation

In diesem Kapitel wird der Ablauf bei Neuaufnahme eines Patienten dargestellt, welche Daten erhoben werden müssen und welche Dokumente dazu benötigt werden.

Verfahrensanweisung Pflegedokumentation

Die aktuelle Verfahrensanweisung stellt den „alten“ Ablauf zum Vorgehen der Pflegedokumentation dar. Das Strukturmodell ist bei diesem Ablauf noch nicht berücksichtigt.

3.3.2 Anpassung Prozesse

Wie der PDCA – Zyklus beschreibt, müssen Veränderungen der Prozesse zunächst geplant werden (vgl. Brunner, 2014, S.6-7). Anhand der Identifizierung von Doppeldokumentation und Ermittlung der zu überarbeitenden Inhalte des QM-Handbuches, kann nun in der „Plan-Phase“ beschrieben werden, welche Dokumente bearbeitet und angepasst werden müssen (vgl. Ahmann et al., 2016, S.116). Es müssen einheitliche Regelungen im QM existieren. Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung, wie Pflegevisiten und die Bestimmung von Evaluationszeiträumen, müssen festgelegt werden. Das

betrifft ebenso das Einarbeitungskonzept, Stellenbeschreibungen und Konzepte der Einrichtung (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.59). Durch die Anpassung der Prozesse im QM, wird die Umsetzung des Strukturmodells unterstützt und juristisch abgesichert (vgl. Ahmann et al., 2016, S.116).

Pflegekonzept

Das Pflegekonzept muss an die Gegebenheiten des Strukturmodells angepasst werden. Der Pflegedienst pflegt mit der Umstellung nach dem Strukturmodell, welches sich im Pflegekonzept widerspiegeln muss. Von Bedeutung ist der personenzentrierte Ansatz. Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen des Patienten stehen im Vordergrund des Modells (vgl. Ahmann et al., 2016, S.120).

Pflegeprozess

Ebenfalls muss die Darstellung des Pflegeprozesses und deren Beschreibung an die vier Phasen (SIS, Maßnahmenplanung, Berichteblatt und Evaluation) des Pflegeprozesses nach dem Strukturmodell angepasst werden.

Arbeitsweise und Organisation

Der Ablauf der Dokumente, die für die Pflegeplanung genutzt werden, muss bei dem neuen Ablauf berücksichtigt werden.

Verfahrensanweisung Pflegedokumentation

Der Ablauf der Pflegedokumentation verändert sich mit dem Strukturmodell in ihrer Reihenfolge, genutzte Formulare und Inhalte. Neu erstellte Dokumente werden ergänzt. Identifizierte Dokumente, bei denen eine Doppeldokumentation vorlag, werden weggelassen. Weiterhin müssen Verfahrensanweisungen zum Umgang mit der SIS, Maßnahmenplanung, Berichteblatt und Evaluation erstellt werden. Diese dient zur Orientierung für die Pflegekräfte und stellt die Transparenz der Abläufe sicher (vgl. Ahmann et al., 2016, S.119).

Einarbeitungskonzept

Bei dem Einarbeitungskonzept muss die neue Pflegedokumentation berücksichtigt werden. Die neue Pflegekraft muss in den Umgang mit der SIS, Risikomanagement, Berichteblatt und Evaluation eingewiesen werden. Die Pflegekraft muss sich mit allen Gegebenheiten vertraut machen, das eigenständige Festlegen von Evaluationszeiträumen, fachliche Entscheidungen im Bereich Risikoeinschätzung geben, die konsequente Orientierung an Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten und das wahrnehmen von Veränderungen (vgl. Ahmann et al., S. 14ff.).

Stellenbeschreibung

Mit der Einführung des Strukturmodells verändern sich die Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter, dies muss in den Stellenbeschreibungen abgeändert werden (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.65-66). Die Pflegekräfte sind verantwortlich für den Pflegeprozess und die Anwendung von SIS, Maßnahmenplanung und Evaluation (vgl. Ahmann et al., 2016, S.116).

Einschätzung

Die Einschätzung der Mitarbeiter erfolgt, neben vielen anderen Punkten, auch hinsichtlich der Führung der Pflegedokumentation. Neue Dokumente des Pflegeprozesses, müssen hier berücksichtigt werden.

4. Ergebnis

Der Ergebnisteil stellt die „Do-Phase“ des PDCA-Zyklus dar. Die geplanten Anpassungen umzusetzen und diese für die Kranken- und Altenpflege individuell zu gestalten und anzupassen, ist das Ziel der Umsetzungsphase. Wie bereits erwähnt, müssen für die verschlankte Pflegedokumentation aktuelle Verfahrensanweisungen für wiederkehrende Maßnahmen der Grundpflege vorliegen, die als „Immer-so-Leistungen“ gelten. Das heißt, die Pflegehandlungen müssen nachvollziehbar beschrieben werden, wer macht wann was und wie. Bei der Kranken- und Altenpflege Meerane liegen aktuelle Verfahrensanweisungen für grundpflegerische Maßnahmen vor und befinden sich in einem separaten Ordner. Die schriftliche Kenntnisnahme der Mitarbeiter fehlt in diesem Ordner, welche noch nachzuholen ist. Verfahrensanweisungen müssen den Pflegekräften zugänglich gemacht werden und schriftlich zur Kenntnis genommen sein. Die schriftliche Kenntnisnahme der Verfahrensanweisungen zu grundpflegerischen Maßnahmen, bildet den „immer-so-Beweis“ (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.59). Diese vorhandenen VA werden lediglich durchnummeriert, damit die Pflegekräfte bei der Erstellung der Maßnahmenplanung, einfacher Bezug auf die jeweilige VA nehmen können (vgl. Gerber et al, 2015, S.10).

Zusätzlich müssen VA für die neuen Elemente des Pflegeprozesses erstellt werden. Dies umfasst VA zum Umgang mit der SIS, der Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung, dem Berichtblatt und Evaluation. Diese sollen den Mitarbeitern Unterstützung bei der Umsetzung geben. Darüber hinaus dienen Sie als haftungsrechtliche Absicherung, damit internen Prozesse transparent dargestellt werden (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.28-38).

Die Zusammenführung der Sicht des Pflegebedürftigen (bzw. der Angaben der Angehörigen, ggf. auch des Betreuers) mit der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft sowie der Dialog und der damit verbundene Verständigungsprozess zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegefachkraft bilden die Grundlage der Maßnahmenplanung für die individuelle Pflege und Betreuung. (Gerber et al, 2015. S.12).

Weiterhin muss im QM festgelegt werden, in welchen Zeitabschnitten die Maßnahmenplanung des Patienten evaluiert werden sollt, wenn über einen längeren Zeitraum keine Abweichungen dokumentiert wurden sind (vgl. Beikirch et al, 2015, S.19-20).

4.1 Empfehlungen für das Qualitätsmanagement – Dokumente für den Pflegeprozess

Wie unter dem Punkt 3.2.1 erläutert, wurden mehrere Dokumente identifiziert, wo eine doppelte Dokumentation vorlag.

Um die Effizienz der Pflegedokumentation zu steigern, ist es zu empfehlen die Dokumente **Leistungsbericht** und **Biografiebogen** aus der Pflegedokumentation zu entfernen, um weitere Doppeldokumentation zu vermeiden. Das sollte in einer Dienstbesprechung den Mitarbeitern kommuniziert werden.

4.1.1 Aufnahmebogen

Der Aufnahmebogen soll weiterhin als Erfassungsdokument genutzt werden, um den Verwaltungsmitarbeitern die nötigen Informationen zum Patienten bei Neuaufnahme zukommen zu lassen. Das erleichtert das Anlegen des Patienten im Computersystem.

Tabelle 11: Inhaltliche Darstellung des Aufnahmebogens

Persönliche Daten	<ul style="list-style-type: none"> - Name des Patienten - Geburtsdatum - Familienstand - Anschrift - Telefonnummer - Hausarzt
Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> - Name - Telefonnummer - Verwandtschaftsgrad
Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> - Besteht eine Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder amtliche Betreuung? - Name und Telefonnummer
Kostenträgerdaten	<ul style="list-style-type: none"> - Name der Krankenkasse - Versicherungsnummer - Pflegegrad

Dieses Dokument wurde für den Zweck, der Ersterfassung relevanter Daten, angepasst. Die doppelte Risikoerfassung entfällt und es werden nur Daten des Patienten erfragt, welche für die Abrechnung und ähnliches relevant sind. Das fertige Dokument befindet sich in der Anlage A1 Aufnahmebogen.

4.1.2 Maßnahmenplanung

Wie im theoretischen Teil unter Punkt 2.5.1 erläutert, gibt es zwei Darstellungsformen der Maßnahmenplanung. Der Pflegedienstleitung wurden beide Varianten vorgestellt. Die Erstellung des Maßnahmenplanes, soll mittels eines detaillierten Ablaufplanes des Pflegeeinsatzes dargestellt werden. Das aktuelle Dokument zur Maßnahmenplanung enthält lediglich zwei Spalten „Maßnahmen“, zum beschreiben des Versorgungsablaufes. Anders als bei der SIS wird für die Maßnahmenplanung kein einheitliches Dokument vorgegeben. Dies muss vom QM zunächst erarbeitet werden.

Eine schnelle Orientierung über den aktuellen Pflegezustand des Patienten zu erhalten, ist Ziel bei der Erstellung des Dokumentes (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.20).

Das Dokument zur Maßnahmenplanung stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 12: Dokument zur Maßnahmenplanung

- Kopfzeilen für die Erfassung von Name und Geburtsdatum des Patienten
- Erstellungsdatum der Maßnahmenplanung mit Handzeichen der Pflegefachkraft
- Erste Spalte für die Erfassung der Grundbotschaft des Patienten, für die Darstellung von Wünschen und Vorlieben des Patienten
- Spalten für die Beschreibung des Pflegeeinsatzes
- Erweiterung um die Spalten „geplante Einsatzzeit“, „Hilfsmittel“ und „Evaluation“
- Ergänzung der Spalte „Verfahrensanweisungen (VA)“ um bei der Maßnahmenplanung Bezug auf Verfahrensanweisungen zu grundpflegerischen Handlungen zu nehmen

(Quellen: Ahman et al., 2016, S.52 in Verbindung mit Gerber et al, 2015, S.19 und Beikirch et al, 2015b, S.49)

Das fertig erstellte Dokument, befindet sich in der Anlage A 3: Maßnahmenplanung.

4.1.3 Berichtblatt für Abweichungen

Das Berichtblatt für die Dokumentation von Abweichungen wurde neu erstellt. Die Erstellung des neuen Dokumentes orientierte sich an dem noch aktuellen „Bericht zum Pflegeverlauf“. Die Kopfzeilen zu Angaben des Patienten wurden von Name, Geburtsdatum, Straße, Postleitzahl, Ort, Pflegebeginn auf Name und Geburtsdatum des Patienten reduziert. Das fertig erstellte Dokument befindet sich in der Anlage A4: Berichtblatt.

4.2 Empfehlungen für das Qualitätsmanagements – Verfahrensanweisungen

Die SIS soll unverändert übernommen werden (vgl. Gerber et al., 2015, S.11). Eine Verfahrensanleitung sollte den Ablauf darstellen und wie dieser angepasst werden kann. Sinnvoll ist es, diese Anleitungen mit den Pflegekräften zusammen zu erstellen bzw. anzupassen (vgl. Masemann, Messer, 2011, S.13).

4.2.1 Verfahrensanweisung zum Umgang mit der SIS

Bei der Erstellung dieser Verfahrensanweisungen müssen bestimmte Vorgaben beachtet werden, um die Abläufe transparent darzustellen und haftungsrechtlich abzusichern. Von großer Wichtigkeit ist die schriftliche Kenntnisnahme der Pflegekräfte zu den Verfahrensanweisungen (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.28-38). Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft nicht die Umsetzung der SIS, sondern ob die Pflegekraft individuelle, pflegerelevante Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeit des Patienten erfasst hat (vgl. Gerber et al, 2015, S.16-17).

Die folgende Darstellung soll einen kurzen Überblick zur VA im Umgang mit der SIS geben. Die vollständige VA ist im Anhang A4 dargestellt. Der Umgang mit der Maßnahmenplanung, Berichteblatt und Evaluation, wird in einer separaten VA dargestellt.

Tabelle 13: Verfahrensanweisung SIS

Dokumentationselement	Maßnahmen (Vorgehen)
Allgemein	<ul style="list-style-type: none">- Durchführung nur durch eine Pflegefachkraft- Einstieg in den Pflegeprozess- Einsatz im Erstgespräch- Darstellung der Sichtweise des Patienten im Originalton- Vorstellungen, Gewohnheiten, Bedürfnisse, Unterstützungsbedarf und Wünsche des Patienten

	<ul style="list-style-type: none"> - Hinzuziehen von Angehörigen und Betreuer - Erfassung der Pflege- und Betreuungssituation - Hilfe,- und Pflegebedarf des Patienten - Ressourcen - Einschätzen von möglichen und tatsächlichen Risiken - Fertigstellung innerhalb sieben Tage nach Aufnahme
Feld A	<p>Erfassung relevanter Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name des Patienten - Datum des Erstgesprächs - Handzeichen durchführende PK - Unterschrift Patient, Angehörigen oder Betreuer
Feld B	<p>Eingangsfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was bewegt Sie im Augenblick? - Was brauchen Sie? - Was können wir für sie tun?
Feld C1 – sechs Themenfelder	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung der pflegefachlichen Perspektive - Einschätzung der Patientensituation → Ressourcen → Unterstützungsbedarf - Ansprechen von Risiken und daraus entstehende Maßnahmen - Festhalten von unterschiedlichen Sichtweisen zur Risikoeinschätzung - Erfassen von biografischen Daten, Gewohnheiten, Selbstkompetenz, Autonomie, ärztlichen Verordnungen - Klären von Zusammenarbeit mit Angehörigen - Ist ein Themenfeld nicht relevant, wird dies vermerkt
1 Kognitive und	<ul style="list-style-type: none"> - zeitliche, persönliche, örtliche Orientierung - Erkennen von Risiken und Gefahren

kommunikative Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - herausfordernde Verhaltensweisen - Entscheidungen treffen - Handlungen ausführen
2 Mobilität und Beweglichkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung - sitzen, stehen, gehen, Treppensteigen, Transfer - Positionswechsel, Lagewechsel - Teilnahme an der Alltagswelt
3 Krankheitsbezogene Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung der gesundheitlichen Situation/Einschränkungen und Belastungen und deren Folgen - individuelle Belastungsfaktoren, therapeutische Settings, Unterstützungsbedarf bei Bewältigen von Risiken und Phänomenen (Schmerz, Inkontinenz) -Kompensation beschreiben
4 Selbstversorgung	<p>Selbstständige Durchführung oder Realisierung mit Unterstützung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körperpflege, Ankleiden, Ausscheiden, Essen, Trinken - Inkontinenzversorgung
5 Leben in sozialen Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> - Gestaltung des Alltags, Tagesablauf - Ruhen und schlafen - Interaktion mit Personen
6 Haushaltsführung	<ul style="list-style-type: none"> - Regelung der Zusammenarbeit zwischen PD und Familie - Bewältigung des Haushaltes - Einkaufen, Kochen, Waschen
Risikoerfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung des Risikos in Zusammenhang mit den TF → Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung

	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidungsspielraum bei bestehenden Risiko: <ul style="list-style-type: none"> → Beobachtung → Durchführung von Assessments → Anpassung des Maßnahmenplans - Beratung wird angekreuzt, wenn in einem Bereich eine Aufklärung zu Risiken/Phänomenen erfolgt
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Quellen: Beikirch, 2015b, S.18-23 in Verbindung mit Ahmann et al., 2016, S.35ff.).

Ablauf der Risikoeinschätzung:

Das Risiko ist für jeden Patienten individuell einzuschätzen (vgl. Gerber et al, 2015, S.14.) Bei der Neuaufnahme des Patienten muss die Pflegefachkraft entscheiden, ob bei dem Patienten ein Risiko erkennbar ist. Ihre Einschätzung (ja oder nein) erfolgt anhand festgelegter Risiken in Verbindung mit den Themenfeldern. Wenn ein Risiko besteht, ist weiter fachlich zu entscheiden, ob das Risiko eindeutig ist oder ob es weiterer Einschätzung bedarf. Wenn eine weitere Einschätzung notwendig ist, ist dies in der Matrix anzukreuzen und das passende Assessment durchzuführen.

Wenn aber keine weitere Einschätzung notwendig ist, weil das Risiko eindeutig besteht, ist die Einschätzung abgeschlossen. Im nächsten Schritt muss die Pflegefachkraft bestimmen, ob das Risiko mit einem Evaluationsdatum versehen wird, um dies zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal erneut einzuschätzen (vgl. Gerber et al, 2015, S.14). Wenn die Pflegefachkraft zu der Entscheidung kommt, dass ein Risiko Einfluss auf die Pflege und Betreuung hat, muss diese entsprechend angepasst werden (vgl. Ahmann et al., 2016, S.121). Die fertig erstellte VA befindet sich in der Anlage A 5 Verfahrensweisung zur SIS.

4.2.2 Verfahrensanweisung zur Maßnahmenplanung

Bei der Erstellung der Maßnahmenplanung wird der Pflegeeinsatz handlungsanleitend und detailliert beschrieben, sodass bei der Vertretung der Bezugspflegekraft, die Pflege und Betreuung genauso durchgeführt werden kann. Formulierungen von Problemen, Ressourcen und Zielen tauchen in der Maßnahmenplanung nicht auf, da sie mit der SIS bereits erhoben wurden.

Ausgangspunkt für die Erstellung sind alle Erkenntnisse und Vereinbarungen, die sich auf dem Verständigungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und Pflegefachkraft ergeben haben. Die Ergebnisse aus der Risikoermittlung werden bei der Planung berücksichtigt. Zu Beginn werden Wünsche, Vorlieben, Besonderheiten, die relevant für die Versorgung des Patienten sind, in einer „Grundbotschaft“ kurz zusammengefasst (vgl. Ahmann et al., 2016, S.48-52).

Die folgende Tabelle soll einen Überblick über die Inhalte der VA geben:

Tabelle 14: Verfahrensanweisung zur Maßnahmenplanung

- Maßnahmenplanerstellung von der zuständigen Pflegefachkraft
- Grundbotschaft
- Wünsche, Vorstellungen, Rituale des Patienten
- Wunschzeiten für bestimmte Maßnahmen
- Erkenntnisse aus der SIS und Verständigungsprozess
- Fertigstellung innerhalb vier Wochen nach Patientenaufnahme
- Festlegen von: → Leistungen der Grundpflege, Betreuung und Hauswirtschaft, die regelmäßig erbracht werden sollen → Leistungen der Behandlungspflege → Maßnahmen die sich auf dem Risikomanagement ergeben → zeitlich befristete Maßnahmen mit einem Evaluationsdatum in der Spalte „Evaluation“ versehen
- Welche Hilfsmittel werden bei der Versorgung benutzt? → in der Spalte „Hilfsmittel“ eintragen
- Wird die Maßnahme auf Patientenwunsch erbracht oder aus fachlicher Sicht? - Maßnahmen die mehrmals am Tag in gleicher Form erbracht werden, werden

einmal beschrieben und in der weiteren Planung mit Kürzeln versehen

- Maßnahmen müssen handlungsleitend beschrieben werden, das heißt „Wer, Was, Wie, Wo und Wann“ muss dargestellt sein

- Bei beschriebenen Maßnahmen, zu denen Standards vorliegen, in der Spalte „Verfahrensanweisung VA“ Bezug nehmen durch die Nummer des Standards

- In der letzten Spalte „Verfahrensanweisung VA“ soll zu der beschriebenen Maßnahme, die dazugehörige VA mit Nummer hinterlegt werden

(Quelle: Beikirch et al, 2015b, S.49 ff.)

„Die konkrete Maßnahmenplanung aus den Erkenntnissen der SIS und eventuell daran angeknüpfte Evaluationsdaten sind entscheidend für das angestrebte Ergebnis aus der Grundlage der Verständigung zwischen der pflegebedürftigen Person und der Pflegefachkraft“ (Beikirch et al, 2015b, S.51).

Der medizinische Dienst der Krankenkassen, überprüft nicht die Darstellungsweise der Maßnahmen, sondern die Nachvollziehbarkeit und ob die Maßnahmenplanung zu den Bedürfnissen des Patienten passt (vgl. Gerber et al, 2015, S.19-22).

4.2.3 Verfahrensanweisung zum Umgang mit dem Berichteblatt

Das Berichteblatt dient zum Dokumentieren von Abweichungen, Beobachtungen und krankheitsbedingten Ereignissen. Alle Mitarbeiter des Pflegedienstes, die Leistungen beim Patienten erbringen können darauf dokumentieren (vgl. Ahmann et al., 2016, S.54).

Aktuelle Verfahrensanweisungen zu Maßnahmen der Grundpflege sind vorhanden und somit ist das Dokumentieren dieser Maßnahmen nicht noch einmal notwendig (vgl. Gerber et al, 2015, S.24).

Tabelle 15: Verfahrensanweisung zum Berichtsblatt

-In dem Berichtsblatt dokumentieren alle Pflegekräfte und auch Mitarbeiter die Betreuungsleistungen erbringen
- Ausschließliches Dokumentieren von Abweichungen von dem Maßnahmenplan
- Beobachtungen
- krankheitsbezogene Ereignisse
- Weiterhin abgezeichnet werden müssen: → alle Leistungsnachweise (Leistungen des SBG XI und V) → Nachweise für Betreuungsleistungen
- Zusatzblätter wie Assessments und Protokolle

(Quelle: Beikirch et al, 2015b, S.21-22)

Die VA zur Maßnahmenplanung und zum Berichtsblatt wurde zusammengefasst und diese befinden sich in der Anlage A 6: Verfahrensanweisung zur Maßnahmenplanung und Berichtsblatt.

4.2.4 Verfahrensanweisung zum Umgang mit Evaluation

In dieser VA wird festgelegt, wann eine routinemäßige Evaluation der SIS, des abgeleiteten Risikomanagements und der Maßnahmenplanung erfolgen muss. Unter dem Hintergrund, dass einen definierten Zeitraum keine Eintragungen Berichtsblatt gab. Es gibt jedoch keine pflegewissenschaftlichen allgemeingültigen Angaben wann diese Evaluation erfolgen soll. Deswegen bedarf es einer internen Festlegung (vgl. Gerber et al, 2015, S. 26).

Die Evaluationsintervalle können unterschiedlich sein. Abhängig vom Gesundheitszustand und Pflegebedarf des Patienten. Das aktive Setzen von Evaluationsdaten in verschiedenen Kontexten, die unten aufgelistet sind, liegt in der Verantwortlichkeit der Pflegefachkräfte (vgl. Ahmann et al., 2016, S.55-56).

„Es erfolgt eine Ablösung von einem routinemäßigen unreflektierten schematischen Umgang mit Assessments, diversen Skalen sowie Trink- und Essprotokollen. Stattdessen erfolgt eine gezielte fachliche Entscheidung durch die Pflegefachkraft im Umgang mit Element 4 Evaluation und Zusatzdokumenten unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Pflegebedürftigen.“ (Ahmann et al., 2016, S.56).

Tabelle 16: Verfahrensanweisung zum Umgang mit Evaluation

<p>Evaluation im Kontext</p>	<p>1) Abweichungen im Berichteblatt 2) Risikoeinschätzung mit unklaren Ausgangslagen, bspw. zu Beginn der Versorgung → zeitlich befristet Beobachtung 3) Routinemäßige Evaluation von SIS und Maßnahmenplan bei stabiler Pflegesituation 4) Anlassbezogene Evaluation bei akuten Situationen z.B. veränderter Pflegezustand nach einem Krankenhausaufenthalt</p>
<p>Fachliche Entscheidung</p>	<p>→ die SIS neu ausfüllen → Anpassung zutreffende Themenfelder der SIS → Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich ist</p>
<p>QM – Festlegung von routinemäßiger Evaluation bei stabiler Pflegesituation</p>	<p>- SIS: 1x jährlich - Pflegevisiten 2x jährlich → bei Veränderung des Pflegegrades schon eher - Maßnahmenplanung: 2x jährlich - Anlassbezogene Evaluation, nach einem Krankenhausaufenthalt wird die SIS, Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung immer evaluiert - Evaluationen bei Abweichungen aus dem Berichteblatt, bei unklaren Ausgangslagen im Kontext Risikoeinschätzung legt die Pflegefachkraft selbstständig, für den Patienten ein individuelles, Evaluationsdatum fest</p>

(Quellen: Ahmann et al., 2016, S.56 in Verbindung mit Beikirch et al, 2015b, S.22). Diese VA befindet sich in der Anlage A7: Verfahrensanweisung zur Evaluation.

4.2.5 Verfahrensanweisung zur Pflegedokumentation

Die VA zur Pflegedokumentation besteht bereits und stellt den Ablauf der Dokumente bei Neuaufnahme des Patienten dar und welche Dokumente zum Einsatz kommen. Diese VA wird um die neuen Dokumente erweitert. In der Tabelle werden ausschließlich die Neuerungen dieser VA darstellt.

Für die SIS, Maßnahmenplanung und Berichteblatt wurden separate Verfahrensanweisungen erstellt. Um doppelte Inhalte in dieser VA zu vermeiden, wird lediglich ein Vermerk zur passenden VA hinterlegt. Da die anderen VA zum Pflegeprozess sehr umfangreich sind, werden diese zur Übersichtlichkeit getrennt im Qualitätshandbuch und in dieser Arbeit dargestellt.

Die vollständige Anleitung befindet sich in der Anlage A 8: Verfahrensanweisung zur Pflegedokumentation.

Tabelle 17: Verfahrensanweisung zur Pflegedokumentation

Dokument	Maßnahmen
Aufnahmebogen	Erfassen von relevanten Patientendaten vor Beginn der Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> - Name und Geburtsdatum - Familienstand - Adresse und Telefonnummer - Daten zum Hausarzt (Name, Anschrift, Telefonnummer) - Namen und Telefonnummern von Angehörigen oder Betreuer - Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung - Versicherungsdaten (Krankenkasse, Versicherungsnummer, Pflegegrad)
SIS	- Durchführung nach der VA „Umgang mit der SIS“

	- Ergänzungen von verschiedenen Pflegekräften in der SIS, sind mit Handzeichen zu versehen
Maßnahmenplanung	- Durchführung nach der VA „Umgang mit der Maßnahmenplanung“
Berichtblatt	- Durchführung nach der VA „Umgang mit dem Berichtblatt“ - Dokumentieren von Abweichungen
Assessments und Zusatzbögen (allgemein)	- Assessments werden bei Neuaufnahme nur dann durchgeführt, wenn bei der Risikoeinschätzung ein Risiko nicht eindeutig ist und es einer weiteren Einschätzung bedarf. - Wenn eine weitere Einschätzung notwendig ist, ist dies in der Risikomatrix anzukreuzen und das passende Assessment durchzuführen. - Trinkprotokoll, Ernährungsprotokoll, Bewegungsplan Anwendung bei: → akuten Situationen → stark veränderten Pflegezustand → problematische Situationen (Gewichtsverlust, Sturzrisiko) Dauer der Anwendung: Individuell nach Patientenzustand, ärztliche Absprache - Dokumentation der Ergebnisse in der SIS/Maßnahmenplanung

(Quelle: Gerber et al., 2015, S.19-20)

Die folgende grafische Darstellung des Ablaufes der Pflegedokumentation, wird zur Verdeutlichung der VA mit genutzt. Die Grafik ermöglicht einen schnellen Überblick über Ablauf, Dokumente und Inhalte.

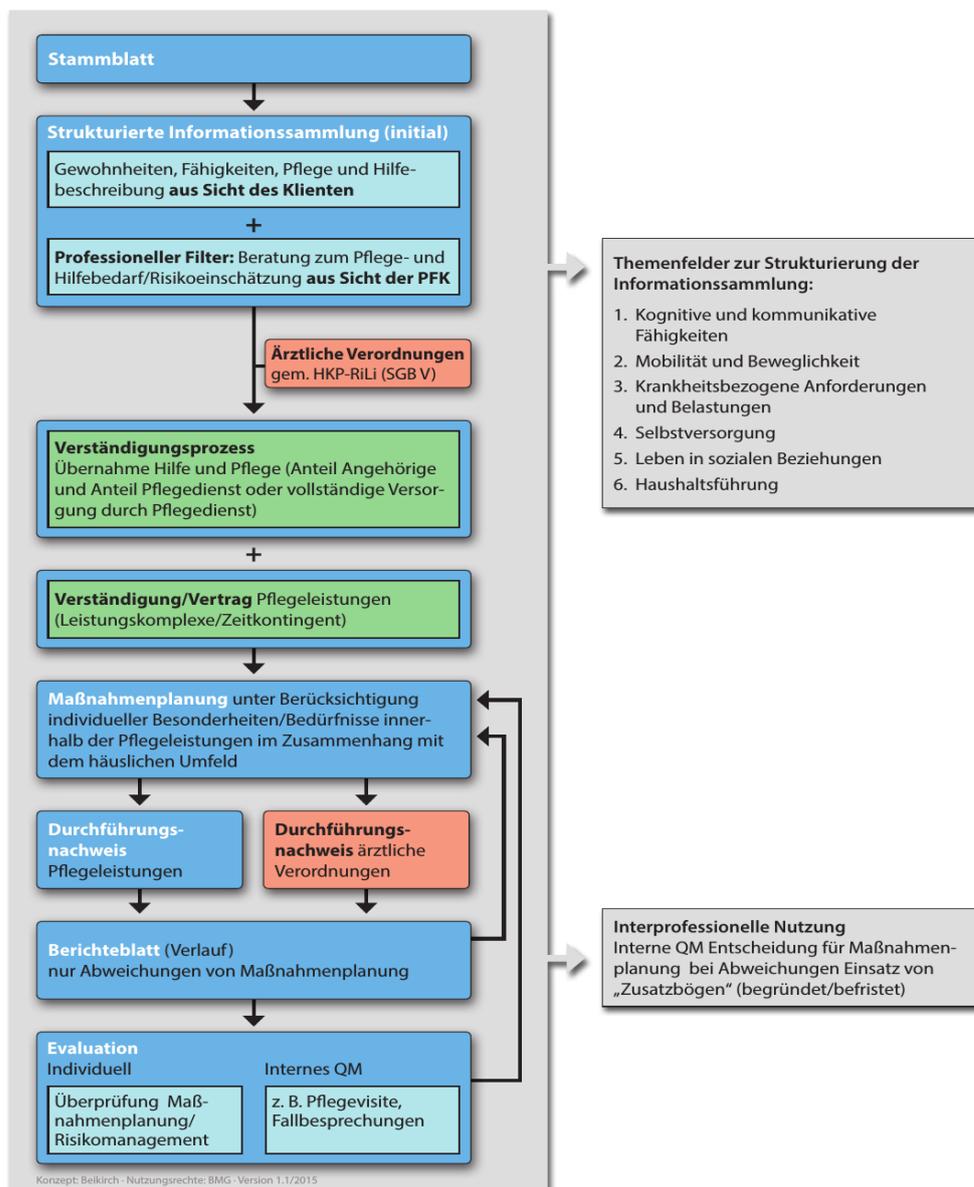


Abbildung 8: Grafische Darstellung des Ablaufes der Pflegedokumentation im ambulanten Pflegebereich

(Quelle: EinSTEP, 2015b)

4.3 Empfehlungen für das Qualitätsmanagement – Konzepte und Protokolle

4.3.1 Pflegekonzept der Einrichtung

Das beschriebene Pflegekonzept nach L. Juchli muss nun durch das Strukturmodell ersetzt werden. Um die Struktur beizubehalten, enthält das Pflegekonzept folgende Ausprägungen zum Strukturmodell:

Tabelle 18: Ergänzende Inhalte für das Pflegekonzept

Wieso hat sich der Pflegedienst für das Strukturmodell entschieden?	<ul style="list-style-type: none"> - Abbau von Bürokratie - Mehr Zeit für den Patienten - Die Selbstständigkeit des Patienten und seine Wünsche und Vorstellungen stehen im Mittelpunkt
Allgemeine Fakten zum Strukturmodell (Modell- Patient)	<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche und Vorstellungen des Hilfebedarfs aus Patientensicht (Personenzentrierter Ansatz) - Dokumentation des Hilfebedarfs - Erfassen der Selbstständigkeit des Patienten
Inhalte der SIS erwähnen und kurz beschreiben	<p>Themenfelder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kognition und Kommunikation - Mobilität und Bewegung - krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen - Selbstversorgung - Leben in sozialen Beziehungen - Haushaltsführung
Darstellung des Pflegeprozesses nach dem Strukturmodell	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturierte Informationssammlung → Grundlage für die Pflegeplanung → Dokumentieren der fachlichen Einschätzung der Themenfelder - Maßnahmenplanung → vereinbarte Leistungen laut Pflegvertrag - Berichtblatt - Evaluation
Arbeitsweise und Organisation	<p>Darstellung der Dokumentationsmappe mit Inhalten. Es müssen die neuen Dokumente ergänzt und abgeschaffte gestrichen werden</p>

(Quellen: Beikirch et al., 2015, S. 11ff. in Verbindung mit Ahmann et al., 2016, S.120)

Das fertig ausformulierte Pflegekonzept, befindet sich in der Anlage A9: Pflegekonzept der Kranken- und Altenpflege Meerane.

4.3.2 Pflegevisitenprotokoll

Die Pflegevisite ist ein wichtiges Instrument zur internen Qualitätssicherung um des Pflegeprozess zu evaluieren. Mit der Pflegevisite werden erbrachte Leistungen und die Zufriedenheit des Patienten überprüft. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse, Vorstellungen und der gewünschte Grad an Unterstützung (vgl. Hellmann, Rößlein, 2012, S. 6 ff.). Dies wurde bei der Anpassung berücksichtigt. Bei den Gründen für die Durchführung der Visite, wird der Punkt „Häufige Abweichungen im Berichtsblatt“ ergänzt. Begründung der Anpassung wird um die Wünsche und Vorstellungen des Patienten zum Unterstützungsbedarf erweitert. Unter dem Punkt neun des Dokumentes wird die Frage aufgeführt, ob die Notwendigkeit besteht, die Pflegeplanung anzupassen. Ergänzt wird, ob die Maßnahmenplanung oder SIS angepasst werden muss. Weiterhin ist dieser Punkt in ATL Bereiche unterteilt. Diese werden durch die Themenfelder der SIS ersetzt.

9. Anpassung der Pflegeplanung erforderlich ? JA NEIN

Im ATL-Bereich :	
<input type="radio"/> Essen und Trinken	<input type="radio"/> Körpertemperatur regulieren
<input type="radio"/> Waschen und Kleiden	<input type="radio"/> Beschäftigung
<input type="radio"/> Bewegen	<input type="radio"/> Für Sicherheit sorgen
<input type="radio"/> Wachsein und Schlafen	<input type="radio"/> Sinn finden
<input type="radio"/> Atmen	<input type="radio"/> Kommunikation
<input type="radio"/> Ausscheiden	<input type="radio"/> Mann / Frau sein

Begründung

Änderung der Pflegesituation _____

Wünsche des Pat./Angehörigen _____

Wünsche des Pat./Angehörigen _____

Abbildung 9: Pflegevisite

(vgl. Interne Dokumente, Dokumente für die Pflegedokumentation, Pflegevisite).

Da die Unterteilung zum Ankreuzen sinnvoll ist und beibehalten werden soll, müssen die ATL Bereiche durch die Themenfelder der SIS ergänzt werden.

Unter Punkt D „Ist die Dokumentation vollständig geführt“ werden die Dokumente schließlich ebenfalls angepasst. Das vollständige Protokoll befindet sich in der Anlage A 10: Pflegevisitenprotokoll.

4.3.3 Stellenbeschreibung

Wie unter Punkt 4.1 dargestellt, ändern sich mit der Einführung des Strukturmodells die Verantwortlichkeiten der Pflegefachkräfte (vgl. Beikirch et al, 2015b, S.65-66). Diese Verantwortlichkeiten müssen in den Stellenbeschreibungen ergänzt werden. Die Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozesses ist die Aufgabe der Pflegefachkräfte (vgl. Gerber et al., 2015, S.10).

Folgende Aufgabenbereiche wurden in der Stellenbeschreibung ergänzt:

Tabelle 19: Ergänzende Inhalte zur Stellenbeschreibung

- Erstellung einer individuellen Strukturierten Informationssammlung unter Berücksichtigung von Wünschen, Gewohnheiten und Vorstellungen des Patienten und deren Angehörigen laut Verfahrensanweisung
- Erfassung der Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege- und Hilfebeschreibung aus Patientensicht
- Einschätzung der Selbstständigkeit des Patienten anhand der Themenfelder
- Einschätzung von Risiken mittels Matrix laut Verfahrensanweisung → Entscheidung ob das Risiko beobachtet und später evaluiert werden muss → Entscheidung für das Durchführen von Assessments → Entscheiden über die Anpassung der Maßnahmenplanung
- Erstellung eines individuellen Maßnahmenplanes aus den Erkenntnissen der SIS
- Fokus liegt auf dem Dokumentieren von Abweichungen aus dem Maßnahmenplan - Dabei erfordert das genau Beobachtung der Reaktionen des Patienten um Veränderungen zu erkennen
- Selbstständiges Festlegen von Evaluationsdaten im Hinblick auf Abweichungen vom Maßnahmenplan und Risikoeinschätzung

(Quellen: Ahmann et al., 2016, S.116 ff.)

Die Pflegefachkraft erstellt die SIS und setzt diese um. Sie hat den Entscheidungsfreiraum für Risikoentscheidungen. Stellt die PFK ein Risiko fest, kann sie entscheiden ob Maßnahmen zu planen sind, ob ein Assessment durchgeführt wird oder ob der Patient für eine befristete Zeit beobachtet werden soll. Die Pflegefachkraft kennt die Pflegestandards und setzt diese richtig ein. Die Stellenbeschreibung der Pflegedienstleitung wird um folgende Punkte ergänzt:

- Planung der anzunehmenden SIS
- Unterstützung der Pflegekräfte bei der Umsetzung der SIS
- Kontrolle der ausgefüllten SIS (vgl. Ahmann et al., 2016, S.121).

Die Ergänzte Stellenbeschreibung befindet sich in der Anlage A 11: Stellenbeschreibung für die Pflegefachkraft.

4.3.4 Einarbeitungsplan

Bei der Umstellung der Dokumente „Einarbeitungsplan“ und „Einschätzung“ muss die Annahme, dass der neue Mitarbeiter noch keine Erfahrung im Umgang mit Strukturmodell hat, berücksichtigt werden. Aus diesen Gründen sollte bei dem ersten Punkt „Einführung“ geklärt werden, ob Erfahrung mit dem Strukturmodell besteht.

Einarbeitungsplan

1. Einführung

- Vorstellung des Pflegedienstes und der Mitarbeiterstruktur
- Erläuterungen von Pflegeleitbild, Pflegeplanung und Pflegedokumentation
- Ist der neue Mitarbeiter mit dem Strukturmodell vertraut?
- Planung des Arbeitsablaufes des Pflegedienstes
- Vorlage und Erläuterung der Stellenbeschreibung
- Grundsätzliche Anforderungen an Auftreten und Verhalten der Mitarbeiter
- Erläuterung der Hygienevorschriften
- Dienstkleidung
- Sicherheitsgrundsätze gegenüber dem Patienten
- Umgang und Verwahrung von Schlüsseln, Dokumentationen, Informationen und Daten
- Verschwiegenheitsgrundsätze gegenüber betriebsfremden Personen und Einrichtungen sowie im Team
- Handlungsabläufe des Personals von der Verordnung zur Pflege oder Behandlung bis zur Beendigung der Pflegemaßnahme
- Handlungsgrundsätze der Mitarbeiter in Notsituationen
- Zusammenarbeit mit Ärzten
- Informationspflicht der Mitarbeiter gegenüber dem zuständigen Arzt bei Pflegeproblemen

(Vgl. Interne Dokumente, Einarbeitungsplan).

Abbildung 10 : Auszug aus dem Dokument „Einarbeitungsplan“

Wenn Erfahrung mit dem Strukturmodell besteht, läuft der Einarbeitungsplan wie bisher ab. Wenn der neue Mitarbeiter noch keine Erfahrung mit der verschlankten Dokumentation hat, muss dies im weiteren Ablaufplan berücksichtigt werden.

Die praktische Einarbeitung ist für zwei Wochen geplant. Dies soll zunächst so beibehalten werden.

Tabelle 20: Ergänzende Inhalte des Einarbeitungsplanes

Einführung	Ist die Pflegekraft mit dem Strukturmodell vertraut?
Praktische Einarbeitung 1. – 2. Tag	- Theoretische Darstellung des Ablaufes der Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell
3. – 7. Tag	- Erläuterung des Ablaufes anhand eines praktischen Beispiels (fertiggestellte SIS und

	Maßnahmenplan eines Patienten)
8. – 14. Tag	- Selbstständiges Dokumentieren bei bekannten Patienten (Bei Abweichungen, dokumentieren im Berichtblatt, Abzeichnen von Leistungsberichten und Protokollen)
Einschätzung 15. – 16. Tag	- Bei neuer Patientenaufnahme gemeinsames durchlaufen des Pflegeprozesses - Durchführung mit Unterstützung - Benötigt die Pflegekraft noch weitere Unterstützung? - Teilnahme an einer Weiterbildung prüfen

Wichtig im ersten Schritt ist es, dem Mitarbeiter einen theoretischen Input zu geben. Der Ablauf kann anhand einer schon bestehenden Pflegedokumentation praktisch dargestellt werden. So bekommt der Mitarbeiter ein Gefühl für das Ausfüllen der SIS, Erstellung der Maßnahmenplanung und der Dokumentation im Berichtblatt und der Evaluation.

Falls zu diesem Zeitpunkt keine Neuaufnahmen geplant sind, beschränkt sich das praktische Arbeiten auf das Dokumentieren von Abweichungen, Abzeichnen der Leistungsberichte und Protokolle. Sobald eine neue Patientenaufnahme geplant ist, sollte der Mitarbeiter unter Anleitung und Unterstützung eines anderen Mitarbeiters, die SIS ausfüllen und den Maßnahmenplan erstellen. Parallel sollte geklärt werden, ob der Mitarbeiter an einer Weiterbildung zum Strukturmodell teilnehmen soll. Ebenfalls sollte nach der ersten erstellten Pflegedokumentation, besprochen werden, wie weiter zu verfahren ist. Der Einarbeitungsplan befindet sich in der Anlage A12: Einarbeitungsplan.

4.3.5 Einschätzung

Das Protokoll zur Mitarbeiterereinschätzung enthielt hinsichtlich der Pflegedokumentation nur einen Punkt: „Führen der Pflegedokumentation“. Für die Anpassung des Protokolls wurden die Schritte des Pflegeprozesses einzeln dargestellt, um diese auch einzeln einschätzen zu können. Mit der aktuellen Einschätzung lässt sich nicht feststellen ob der Mitarbeiter die gesamte Pflegedokumentation nicht ordnungsgemäß ausführen kann oder nur einen Prozessschritt. Das Protokoll wurde so angepasst, dass die Schritte Erstellung der SIS, Maßnahmenplanung, Risikoeinschätzung, Umgang mit dem Berichteblatt und Evaluation bewertet werden kann. Das Protokoll zu Einschätzung befindet sich in der Anlage A13: Einschätzung.

Im weiteren Vorgehen sollten alle Dokumente, Verfahrensanweisungen und Protokolle in einer Dienstbesprechung vorgestellt und implementiert werden. Haben die Pflegekräfte während der praktischen Anwendung des Dokumentes Verbesserungsvorschläge, werden diese an die verantwortliche Person herangetragen und in der Check-Phase des PDCA-Zyklus dementsprechend angepasst. Das überarbeitete Dokument wird in der Act-Phase erneut implementiert und durchläuft den Prozess erneut.

5. Diskussion

Bedingt durch den demografische Wandel und die immer zu ansteigenden Anzahl an Pflegebedürftigen, steht die Pflegeversicherung unter Kosten- und Legitimitätsdruck (vgl. Kehl, 2016, S.51). *„Vielfach wurde ihre Finanzierung als nicht nachhaltig beschrieben und das Leistungsspektrum als unzureichend kritisiert.“* (Kehl, 2016, S.51). Das PSG II berücksichtigt kaum, dass Personen im Fall einer Pflegebedürftigkeit, sich gegen die professionelle Versorgung entscheiden. Dieses Thema wurde bei dieser Reform nicht ausreichend diskutiert (vgl. Kehl, 2016, S.51). *„Das Ziel der effektiven Förderung informeller Pflege droht somit unerreichbar zu werden.“* (Kehl, 2016, S.51).

Durch veränderte Familienstrukturen und Arbeitsmarktentwicklungen ist davon auszugehen, dass die Erbringung von informeller Pflege weiter abnimmt. Größtenteils wird die Pflege von Ehepartnern, Töchtern bzw. Schwiegertöchtern erbracht. Mit der Abnahme der Geburtenziffern, der höheren Anzahl an Scheidungen und der steigenden Frauenerwerbsbeteiligung wird in Zukunft die Verfügbarkeit von Familienmitgliedern, die Pflege erbringen, weiter abnehmen (vgl. Kehl, 2016, S. 62,63).

„Da die traditionellen Ressourcen im Angehörigen-Umfeld schmelzen, gilt es, Unterstützung inner- und außerhalb der Familien zu fördern. Eine in diesem Sinne feinjustierte Pflege bedarf nicht zwingend großangelegter Finanzierungsreformen.“ (Kehl, 2016, S.51).

Unter dem Punkt 2.3.2 wurde die Ermittlung des Pflegegrades, mittels des neuen Begutachtungsassessments dargestellt.

Nach dieser neuen Bewertung wird das Anleiten durch die Pflegekraft beim Patienten niedriger bewertet als wenn die Pflegekraft Handlungen vollständig übernimmt. Nach dem alten Begutachtungsmodell erreichte man mit der Anleitung von Patienten mehr Minuten als mit der vollen Übernahme. Damit erreichte der Patient eine höhere Pflegestufe. Am besten wird dies sichtbar bei der Bewertung der Nahrungsaufnahme.

Die Höchstpunktzahl von neun Punkten werden vergeben, wenn die Pflegekraft dem Patienten das Essen reicht. Wenn die Pflegekraft den Patienten jedoch anleiten muss, werden nur sechs Punkte vergeben. Die Anleitung eines Patienten, ist mit einem viel höheren Zeitaufwand verbunden, als die volle Übernahme einer Maßnahme. Dies wird bei dem neuem Begutachtungsverfahren nicht berücksichtigt (vgl. König, 2017, S.88).

5.1 Methodendiskussion

Die Umstellung des Qualitätsmanagement auf die Richtlinien des Strukturmodells, orientiert sich hauptsächlich an den theoretischen Vorgaben, die als Handlungsleitlinie vom Projektbüro zur Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, erstellt wurde. Erst mit der Einführung und Umsetzung der Neuerungen können Erfahrungswerte gesammelt werden und daraufhin können Dokumente, Verfahrensanweisungen, Protokolle usw. noch individueller gestaltet werden (vgl. Ahmann et al., 2016, S.104). Bei der Erstellung der Verfahrensanweisungen und Dokumenten für den Pflegeprozess, wurden die Pflegekräfte nicht mit einbezogen. Da diese Formulare zur Unterstützung der Pflegekräfte gedacht sind, ist es sinnvoll im weiteren Vorgehen zusammen mit den Mitarbeitern des Pflegedienstes nach der Umsetzung alle Dokumente zu verbessern und anzupassen.

Für die Umsetzung des Strukturmodells, gibt es kein festgelegtes Vorgehen. Jede Einrichtung muss dies individuell festlegen. Um dies bestmöglich umzusetzen, benötigt die Kranken- und Altenpflege Meerane Erfahrungswerte. Erst danach kann das Vorgehen weiter optimiert werden (vgl. Ahmann et al., 2016, S.104).

Allerdings wird in der Literatur belegt, dass durch die Einführung des Strukturmodells die Mitarbeiterzufriedenheit steigt und nachweislich zu einer Zeiteinsparung führt (vgl. Beikirch et al. 2015, S.36). Aber ob sich das Ergebnis auch in der Kranken- und Altenpflege zeigt, lässt sich im Rahmen dieser Arbeit nicht feststellen.

Mit einer Zufriedenheitsbefragung der Pflegekräfte, nach einem definierten Zeitraum, hätte man die Möglichkeit mit dem Vergleich vorhergehender Befragungen festzustellen, ob die Zufriedenheit der Mitarbeiter gestiegen ist.

Die Ergebnisse von internationalen Studien zum Thema Verbesserung der Pflegedokumentation zeigen, dass die konsequente Schulung der Pflegekräfte zur Pflegedokumentation einen positiven Einfluss auf die Qualität hat (vgl. Obioma, 2017, S.1ff.). Ein evidenzbasiertes Projekt untersuchte die Auswirkungen eines Umschulungsprogramms auf die Qualität der Dokumentation einer Pflegeeinrichtung in Zentral-Texas. Nach einer speziellen Weiterbildung und Vermittlung von Informationen, konnte eine deutliche Verbesserung der Dokumentation festgestellt werden (vgl. Obioma, 2017, S.1ff.). Dabei sprach der Autor Empfehlungen für Schulungen zur Strukturierung der Pflegedokumentation und das Optimieren von organisatorischen Abläufen aus (vgl. Obioma, 2017, S.11 ff.).

Das Vermitteln und Bereitstellen von ungenauen Informationen zu Abläufen der Dokumentation, kann negative Auswirkungen nach sich ziehen. Für eine gute Pflegedokumentation sind regelmäßige Reflexionen und die Vollständigkeit der Unterlagen von Bedeutung. Weiterhin ist es wichtig, dass die Pflegekräfte alle Informationen zu Begriffen und Definitionen kennen und diese auch anwenden können (vgl. Obioma, 2017, S.11-12).

Mehrere Forscher haben bei der Befragung von Pflegekräften, Barrieren bei der Pflegedokumentation identifiziert. Oftmals waren die Ursachen, die unzureichende Darstellung von Standards und Leitlinien, Schwierigkeiten bei der Formulierung der Pflegeplanung und mangelnde Kenntnisse zum Pflegeprozess. Weiterhin gaben Pflegekräfte die Masse an Dokumentation, Zeitnot und mangelnde Unterstützung von Vorgesetzten als Barrieren an. Dabei soll eine effiziente Pflegedokumentation dazu beitragen, das Ziel der professionellen Pflege in der Praxis zu erreichen (vgl. Obioma, 2017, S.20).

Die gleichen Ergebnisse zeigten sich, bei einer Befragung an einem Universitätsklinikum in Afrika, bei der 250 Pflegekräfte zu den Barrieren bei der Pflegedokumentation befragt wurden sind. 88,7 Prozent von 250 Befragten gaben an, dass es Barrieren bei der Pflegedokumentation gibt. Lediglich 13 Prozent sagten das es keine Barrieren gibt.

Am häufigsten, mit 41,7 Prozent, gab das Pflegepersonal an, das Zeitmangel die primärste Barriere bei der Pflegedokumentation sei.

Eine weitere Ursache war der Mangel an Wissen, mit 23,3 Prozent (vgl. Hussainat Taiye, 2015, S. S.4-5).

Eine weitere Studie zur Verbesserung der Pflegedokumentation zeigt die gleichen Ergebnisse. Die Weiterbildung der Pflegekräfte und die Veränderungen von Organisationsstrukturen waren auch hier als Strategien zur Verbesserung der Dokumentation erfolgreich. Schlechte Vorbereitung und Schulungen von Pflegekräften in Bezug auf den Pflegeprozess, hatten einen negativen Einfluss auf die Qualität Pflegedokumentation.

Laut den Autoren Blair und Smith der Studie „Nursing documentation: Frameworks and barriers“, 2012 benötigt das Pflegepersonal, stetige Weiterbildung zur Verbesserung und Aufrechterhaltung von Standards in der Pflege. Dies hatte einen ebenso positiven Effekt auf die Patientenversorgung (vgl. Obioma, 2017, S.20).

Das schwedische VIPS-Modell, stellt ein Modell zur Verbesserung der Pflegedokumentation dar. Dabei werden die Pflegeunterlagen systematisch strukturiert und mit Schlüsselwörtern hinterlegt, um die Pflegekräfte bei der Informationssammlung zu unterstützen (vgl. Obioma, 2017, S.17 ff.). Es stellt ein praktisches Lexikon dar. Dabei wird für jede Kategorie (Kommunikation, Ernährung usw.) mit Schlüsselwörtern, Definitionen und Beispielen hinterlegt. Ziel ist es eine einheitliche Pflegesprache bei der Patientenversorgung zu gewährleisten (vgl. Hussainat Taiye, 2015, S. 2-3). Die erste Ebene an Schlüsselwörtern bezieht sich auf den Pflegeprozess, die zweite Ebene an Schlüsselwörtern beziehen sich auf die Krankengeschichte des Patienten, Pflegestatus usw. Das VIPS-Modell wurde mit großem Interesse und

Anerkennung von den Pflegekräften in Schweden aufgenommen (vgl. Hussainat Taiye, 2015, S. 2-3). Und erhöhte das Verständnis des Pflegepersonals zum Pflegeprozess (vgl. Obioma, 2017, S.22).

5.2 Ergebnisdiskussion

Die erstellten Dokumente und Verfahrensanweisungen orientieren sich stark an den literarischen Vorgaben. Nach der Umsetzungsphase muss geprüft werden, ob die individuellere Anpassung notwendig ist.

Dies gilt für alle Dokumente, Protokolle und Verfahrensanweisungen, die im Rahmen dieser Arbeit erstellt wurden sind. Möglicherweise, müssen weitere Dokumente angepasst werden, die in dieser Arbeit nicht identifiziert wurden.

Bei der Erstellung des Dokumentes zur Maßnahmenplanung entschied sich die Pflegedienstleitung, für die Erstellung eines detaillierten Ablaufplanes des Pflegeeinsatzes. Die aktuelle Erstellung der Maßnahmenplanung läuft nach dem gleichen Prinzip ab. In der Praxis hat sich jedoch eine andere Variante als sehr positiv erwiesen, nämlich die Strukturierung der Maßnahmenplanung anhand der Themenfelder und der Leistungskomplexe (vgl. Ahmann et al., 2016,S.50-51). Die Pflegekräfte erfahren ganz praktisch, welche Einzelleistungen den Leistungskomplexen zugeordnet sind. Damit sind die Pflegekräfte in der Lage, ihre Arbeit zu kontrollieren und den Patienten weitere Leistungen anzubieten (vgl. Ahmann et al., 2016, S.103). *„Es geht nicht darum, möglichst viele Leistungen zu erbringen, sondern diese transparent zu machen.“* (Ahmann et al., 2016, S.103).

In der Literatur gibt es keine pflegewissenschaftlichen allgemeingültigen Angaben dazu, wann eine Evaluation im Rahmen des Strukturmodells erfolgen soll. Dabei bedarf es einer internen Regelung, die im Ergebnisteil dieser Arbeit erfolgte (vgl. Gerber et al, 2015, S. 26). Die Festlegung der routinemäßigen Evaluationen von SIS und Maßnahmenplanung orientiert sich am aktuellen Vorgehen.

Aber auch hier sind Erfahrungswerte wichtig, ob die aktuell festgelegten Evaluationsdaten der SIS und der Maßnahmenplanung umsetzbar sind oder ob eine weitere Anpassung notwendig ist (vgl. Ahmann et al., 2016, S.104).

Es ist schwierig einen individuellen und allgemein gültigen Einarbeitungsplan zu schaffen. Berücksichtigt werden muss, dass nicht jeder neue Mitarbeiter mit dem Strukturmodell vertraut ist. Das Vorgehen des Planes unterscheidet sich somit in neue Mitarbeiter, mit Erfahrung und ohne Erfahrung, im Umgang mit dem Strukturmodell. Ob der erstellte Einarbeitungsplan, in der Praxis so umgesetzt werden kann, müssen Erfahrungswerte entscheiden (vgl. Ahmann et al., 2016, S.104). Eventuell ist es notwendig zwei Pläne zu erstellen. Einen für bereits erfahrene und einen für unerfahrene Mitarbeiter.

Für die Einarbeitung von unerfahrenen Pflegekräften, wird mehr Zeit benötigt, um sie mit dem Strukturmodell vertraut zu machen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit der Einführung der Pflegestärkungsgesetze die demografischen Entwicklungen angegangen werden sollen. Mit der Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, eines neuen Begutachtungsverfahrens, Erhöhung der Leistungen und vielen anderen Neuerungen, soll die Pflege gestärkt werden (vgl. Bundesamt für Gesundheit, 2017b, S.6-7). Eines der beschlossenen Themen um die Pflege zu stärken, ist die Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation durch Entbürokratisierung. Durch die Einführung eines neuen Pflegemodells, müssen alle Strukturen des Qualitätsmanagements überprüft und angepasst werden. Die Identifizierung dieser Inhalte und das Hinterfragen der Funktionalität aller genutzten Dokumente, erfolgte im Rahmen dieser Arbeit (vgl. Beikirch et al., 2015, S.36ff.).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit: „Wie und in welchem Umfang muss das Qualitätsmanagement der Kranken- und Altenpflege Meerane angepasst werden, um den Kriterien des Strukturmodells zu entsprechen?“ lässt sich sagen, dass die Dokumente zur Erfassung von biografischen Daten und Dokumente in denen eine doppelte Datenerfassung erfolgte, dementsprechend angepasst wurden, um einen Mehraufwand zu vermeiden. Weiterhin erfolge die Neuerarbeitung von Dokumenten für den neuen Pflegeprozess. Zu den neuen Dokumenten, wurden Verfahrensanweisungen für den Umgang erstellt und bestehende Verfahrensweisung angepasst. Durch die neuen Gegebenheiten des Strukturmodells, erfolge weiterhin eine Anpassung aller relevanten Protokolle, Stellenbeschreibungen und Konzepten des Qualitätshandbuches.

6. Fazit

Für das weitere Vorgehen der Kranken- und Altenpflege Meerane sollten alle Mitarbeiter im Rahmen mehrerer Dienstbesprechungen, mit den neu erstellten bzw. angepassten Dokumente und Verfahrensanweisungen vertraut gemacht werden. Durch die schon absolvierte Weiterbildung zum Strukturmodell, ist bereits das nötige Wissen zum bei den Pflegekräften vorhanden. Der neue Ablauf der Pflegedokumentation bei Neuaufnahme eines Patienten, wurde nun so angepasst, dass keine Doppeldokumentation mehr stattfindet. Weiterhin müssen die Pflegekräfte bei Neuaufnahme keine Trinkprotokolle und ähnliches mehr ausfüllen, wenn kein Risiko besteht. Nach der aktuellen VA zur Pflegedokumentation, mussten die Pflegekräfte bei Neuaufnahme immer drei Assessments ausfüllen, was nun entfällt und Zeitersparnis bringt.

Mit der Einführung aller Neuerungen muss gemeinsam mit den Pflegekräften in der Probephase, die Tauglichkeit der neuen Dokumente und Verfahrensanweisungen überprüft werden. Mit den gewonnenen Erfahrungswerten, kann das Qualitätsmanagement noch individueller gestaltet werden (vgl. Ahmann et al., 2016, S104). Die Verfahrensanweisungen müssen gemeinsam so angepasst werden, dass alle Inhalte und Definitionen klar beschrieben sind und folglich keine Unklarheiten im Umgang mit dem Strukturmodell entstehen (vgl. Obioma, 2017, S.20ff.).

Im Rahmen des Risikomanagements empfiehlt es sich nach der Probephase der Umsetzung, für jedes Risiko und Phänomen bei dem ein Expertenstandard vorliegt, ein Umsetzungsstandard zu erstellen. So kann ein einheitlicher Ablauf dieser Maßnahmen sichergestellt werden (vgl. Ahmann et al., 2016, S.44).

Diese oben erwähnten Studien zur Verbesserung der Pflegedokumentation zeigen, wie wichtig das stetige Schulen des Pflegepersonals ist. Bei der Einführung des Strukturmodells in der Kranken- und Altenpflege Meerane muss dies berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass eventuelle Barrieren bei der Dokumentation überwunden werden.

Durch regelmäßige Reflexionen, können die Pflegekräfte Sicherheit im Umgang mit dem Strukturmodell erhalten (vgl. Obioma, 2017, S.11-12).

Um die Pflegekräfte weiter zu unterstützen, könnte das Vorgehen des VIPS-Modells hilfreich sein, indem gemeinsam Schlüsselwörter für jedes Themenfeld erarbeitet werden. Dies wäre nach einer Prophase gemeinsam mit allen Teammitgliedern zu erörtern, ob dies den Pflegekräften bei Neuaufnahme zusätzliche Unterstützung geben könnte.

V Literaturverzeichnis

Ahmann, M., Ahmann, H.-J., Pelzer, A. (2016) Praxisratgeber: das Strukturmodell für die Pflegedokumentation. Weniger Bürokratie- Mehr Zeit für die direkte Pflege gewinnen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Beikirch, E., Breloer-Simon, G., Rink, Roes, M. (2014 a). Abschlussbericht „Praktische Anwendung des Strukturmodells-Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Berlin /Witten: Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit.

Beikirch, E., Roes, M. (2014 b). Anlageband zum Abschlussbericht. Einsehbar unter: https://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/anlagenband_zum_abschlussbericht_2014.pdf

Beikirch, B., Karla K., Roes, M. (2015-Version 1.1). Handlungsanleitung zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär), der integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der Matrix zur Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. Berlin: Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit. Einsehbar unter: https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/HA-Strukturmodell-09032015-EBfin_Hinweis_20161024.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017a)
Die Pflegestärkungsgesetze. Alle Leistungen zum Nachschlagen. 4. Auflage, Paderborn: Bonifatius GmbH. Online einsehbar: http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/fileadmin/user_upload/Unterseite_Informationsmaterial/Downloads/BMG_Leistungen_Broschuere_Aktualisiert_April2017.pdf Zugriff am: 13.06.2017

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017b) Die Pflegestärkungsgesetze. Das Wichtigste im Überblick. 4. Auflage, Paderborn: Bonifatius GmbH. Online einsehbar: http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/fileadmin/user_upload/Unterseite_Informationsmaterial/Downloads/BMG_Pflegestaerkungsgesetze_April2017.pdf Zugriff am 13.06.2017

Bundesministerium für Gesundheit (2016 a) Drittes Pflegestärkungsgesetz im Kabinett beschlossen. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/psg-iii-kabinett.html> Zugriff am: 28.06.2017.

Bundesministerium für Gesundheit (2016 b) So funktioniert die Berechnung der fünf Pflegegrade. Online: http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/fileadmin/user_upload/Unterseite_Informationsmaterial/Downloads/BMG_Infografik_Berechnung_Pflegegrade.pdf Zugriff am: 01.07.2017

Brunner, Franz J. (2014). Japanische Erfolgskonzepte. KAIZEN, KVP, Lean Production Management, Total Productive Maintenance Shopfloor Management, Toyota Production Management, GD3 - Lean Development. München /Wien: Carl Hanser Verlag.

EinSTEP (Hrsg.). (2014) Juristische Expertengruppe Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Januar 2014). Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. Online: https://www.einstep.de/fileadmin/content/documents/Kasseler_Erklaerung_Pflegedoku_HaftR_21_01_2014.pdf (Zugriff am: 10.04.2017)

EinSTEP (Hrsg.). (2015) Juristische Expertengruppe zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Zweite Kasseler Erklärung der juristischen Expertengruppe zur Bedeutung der Einzelleistungsnachweise für Maßnahmen der Grundpflege in der (teil-) stationären Versorgung (November 2015). Online: https://www.einstep.de/fileadmin/content/documents/Kasseler_Erklaerung_2_Nov_2015_fin.pdf (Zugriff am: 10.04.2017)

Gerber, H., Muck, T., Brüggemann, J. (2015) Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Version 3. SEG 2 Sozialmed. Expertengruppe „Pflege“ der MDL-Gemeinschaft.

Hellmann, S., Rößlein, R. (2012) Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. 3. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Henke, F. (2015). Formulierungshilfen zur Pflegeplanung. Dokumentation der Pflege und Betreuung nach ATL, ABEDL und entbürokratisierten SIS-Themenfeldern mit Hinweisen aus Expertenstandards, NBA und MDK-Richtlinien. 8. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Masemann, S., Messer, B. (2011) Standards für wahre Experten. Wie ambulante Pflegekräfte mit Expertenstandards und Verfahrensanweisungen umgehen sollten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Kutz, R. (2014). Patientenorientiertes Qualitätsmanagement. Hamburg: Disserta Verlag.

König, J. (2017). Das neue Begutachtungsinstrument. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK: gezielt vorbereiten-souverän meistern. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

König, J. (2014). Dokumentationswahnsinn in der Pflege- es geht auch anders. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. Online:

Lobinger, W., Haas, J., Groß, H. (2013). Qualitätsmanagement in der Pflege. 2. Auflage. München: Carl Hanser Verlag.

Obioma, C. (2017) Improving the Quality of Nursing Documentation in Home Health Care Setting. Walden Dissertations and Doctoral Studies. Online: <http://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4603&context=dissertations>. Zugriff am: 01.07.2017

Richter, Ronald (2016). Die neue soziale Pflegeversicherung – PSG II. Pflegebegriff, Vergütung, Potenziale. Hannover: Vincentz Network.

Schulz, E., Leidl, R., König, H. (2011) Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016) Sterbetafel 2013/2015 Methoden- und Ergebnisbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (2017) Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. Online: http://www.gbe-bund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=66399942&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=138&p_aid=79274021 Zugriff am: 25.06.17

Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B., /Hrsg. GKV Spitzenverband (2011) Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2: Berlin.

Fachzeitschriften

Gerlinger, T. (2016). Rückblick auf die Gesundheitspolitik im Jahr 2015. Zeitschrift für Sozialreform - De Gruyter Oldenburg, 62 (1), S.35-47.

Hussainat Taiye, B. (2015) Knowledge and Practice of Documentation among Nurses in Ahmadu Bello University Teaching Hospital (Abuth) Zaria, Kaduna State, Journal of Nursing and Health Science, 4 (6 Version 1), S. 1-6.

Kehl, K. (2016). Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen. Zeitschrift für Sozialreform – De Gruyter Oldenburg, 62 (1), S. 49-78.

Raffelhüschen, B., Vatter, J. (2011): „Pflegereform: Ausgangspunkte und Weichenstellungen“, Wirtschaftsdienst- Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 91(10), S. 664–667.

Lüngen, M., Paschke, E. (2011) Was muss getan werden, um Pflegebedürftigen zu helfen? Und was nicht? Wirtschaftsdienst- Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 91(10), S. 668-670.

Rothgang, H. (2015). Was lange währt, wird endlich teuer: Pflegestärkungsgesetz II. Wirtschaftsdienst- Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 95 (12), S. 806.

Grafische Darstellungen

Ein-STEP (2015a) Graphische Darstellung der SIS ambulant (2015) Online:
https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/SIS-ambulant_A3_V2.0_2017.pdf Zugriff am: 10.4.2017

Graphische Darstellung Schaubild SIS ambulant (2015b) Schaubild
Strukturmodell ambulant. Online:
<https://www.einstep.de/fileadmin/content/documents/Schaubild-Strukturmodell-ambulant-Jan2017.pdf> Zugriff am: 10.04.17

VI Anlagen



Anlage A1 Aufnahmebogen

Aufnahmebogen

Schlüsselnummer:

Versorgungsbeginn:

Persönliche Daten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> getrennt lebend
Anschrift	08393 Meerane
Telefonnummer	
Hausarzt	
Telefonnummer	

Bezugspersonen		
Name	Verwandtschaftsgrad	Telefonnummer

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
<input type="radio"/> Ja Bevollmächtigter / Betreuer : _____

Nein

Kostenträgerdaten	
Krankenkasse	
Versicherungsnummer	
Pflegegrad	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> Nur HKP

Anlage A2: Strukturierte Informationssammlung (SIS) ambulant

SIS - ambulant -
 Strukturierte Informationssammlung Name der pflegebedürftigen Person _____ Geburtsdatum _____ Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft _____ pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer _____

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

Themenfeld 1 - kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 - Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 - krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Themenfeld 4 - Selbstversorgung

Themenfeld 5 - Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 - Wohnen/Häuslichkeit

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

	Dekubitus				Sturz				Inkontinenz				Schmerz				Ernährung				Sonstiges			
	weitere Einschätzung notwendig		Betreuung		weitere Einschätzung notwendig		Betreuung		weitere Einschätzung notwendig		Betreuung		weitere Einschätzung notwendig		Betreuung		weitere Einschätzung notwendig		Betreuung		weitere Einschätzung notwendig		Betreuung	
	ja	nein	ja	nein																				
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten																								
2. Mobilität und Beweglichkeit																								
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen																								
4. Selbstversorgung																								
5. Leben in sozialen Beziehungen																								

Bestell-Nr. RZ.663

Anlage A 3: Maßnahmenplanung

Maßnahmenplanung

Erstellungsdatum:..... Handzeichen:.....

Name des Patienten:..... geboren am:.....

Grundbotschaft (Wünsche, Vorlieben):

Geplante Einsatzzeit	Maßnahmenbeschreibung	Evaluation	Hilfsmittel	VA

Anlage A 5 Verfahrensanweisung zur SIS

Qualitätshandbuch	Umgang mit der Strukturierten Informationssammlung (SIS)	
Seite 1 von 4	Verfahrensanweisung	Kennzeichnung
Dokumentationselement	Maßnahmen (Vorgehen)	Zuständigkeit
Allgemein	<p>Die Strukturierte Informationssammlung (SIS) ist der Einstieg in den Pflegeprozess und wird im Rahmen des Erstgespräches eingesetzt</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der SIS wird die Sichtweise des Patienten zu seiner Lebenssituation und Pflegesituation mit Wünschen, Bedürfnissen und Vorstellungen dargestellt - Gewohnheiten, Wünsche und wie der Patient seinen Bedarf an Unterstützung wahrnimmt, werden im Originalton festgehalten - Pflegekraft soll den neuen Patienten mit seinen Bedürfnissen, Werten und Gewohnheiten kennenlernen und den Unterstützungsbedarf aus Patientensicht zu erfassen - Wenn der Patient aus gesundheitlichen Gründen keine Aussagen treffen kann, ist es von Bedeutung Aussagen von Familienmitgliedern oder Betreuern einzuholen - <i>Zusätzlich zu den Informationen des Patienten erfasst die Pflegekraft die Pflege und Betreuungssituation:</i> <ul style="list-style-type: none"> → <i>Beschreiben des Hilfe, und Pflegebedarfes und der Ressourcen</i> → <i>Einschätzen von möglichen Risiken oder tatsächlichen Risiken aus Perspektive der Pflegekraft</i> → <i>Information an den Patienten über die Ergebnisse der Einschätzungen der PK in wertschätzender Weise</i> - Verständigung zwischen Patienten und PK bildet die Grundlage für die Entscheidungen zu Art und Umfang der individuellen Festlegung der Pflege und Betreuung - Falls es Abweichungen in der Auffassung zur Maßnahmen für 	Nur PFK

	<p>die Risikominimierung gibt, wird dies dokumentiert und in der Maßnahmenplanung und Evaluation besondere Bedeutung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klären der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegedienst bei der Hilfe und Pflege von vertraglich vereinbarten Leistungskomplexen und Zeitkondigenten - Ablauf frei wählbar - Fertigstellung innerhalb von sieben Tagen nach Patientenaufnahme - Ergänzungen werden mit Handzeichen der PFK versehen 	
Feld A	<p>Erfassung relevanter Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name des Patienten - Datum des Erstgesprächs - Handzeichen durchführende PK - Nach Beengung: Unterschrift Patient, Angehörigen oder Betreuer - SIS vom Patienten, Angehörigen oder Betreuer ebenfalls unterschreiben lassen als Zeichen des gegenseitigen Einverständnis (Bestätigung) 	
Feld B	<ul style="list-style-type: none"> - Eingangsfrage <p><i>Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für sie tun?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei eingeschränkten Patienten kann die Frage auch mit Angehörigen/Betreuer besprochen werden → muss vermerkt werden - tatsächliche, wörtliche Rede im Originalton ungefiltert und nicht interpretiert - Angaben zu Problemen, Wünschen und Unterstützungsbedarf aus seiner Sicht werden dargestellt - Kennt oder sieht der Patient Risiken bei sich selber? - Aufnehmen von Informationen von Angehörigen 	
Feld C1 – sechs Theme	<ul style="list-style-type: none"> - Darstellung der pflegefachlichen Perspektive - Dokumentation der pflegefachlichen Einschätzung und Beobachtung zum Unterstützungsbedarf des Patienten im 	

Themenfelder	<p>Zusammenhang mit dem häuslichen Umfeld, Ressourcen des Patienten, Thematisieren von Risiken und dem Erfassen von biografischen Informationen anhand der Themenfelder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Themenfelder haben direkten Bezug zur Risikomatrix - wenn in einem Themenfeld ein Risiko angesprochen wird, der Patient aber anders einschätzt oder mit den Vorschlägen zur Risikobegrenzung nicht einverstanden ist, ist dies zu vermerken <p>- Beschreibung der Themenfelder: Inwieweit ist der Patient in der Lage ist...</p>	
Themenfeld 1	<ul style="list-style-type: none"> - zeitliche, persönliche, örtliche Orientierung des Patienten - Ist der Patient in der Lage Risiken und Gefahren zu erkennen - herausfordernde Verhaltensweisen: nächtliche Unruhe, Weglauftendenz, aggressiv-abwehrendes Verhalten beschreiben - Entscheidungen treffen - Handlungen ausführen 	
Themenfeld 2	<ul style="list-style-type: none"> - ist der Patient in der Lage sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung zu bewegen? - fachliche Einschätzung der PK ob der Patient durch Bewegung an der Alltagswelt teilnehmen kann - sitzen, stehen, gehen, Treppensteigen, Transfer - Positionswechsel auf dem Stuhl, Lagewechsel im Bett 	
Themenfeld 3	<ul style="list-style-type: none"> - in wie weit benötigt der Patient Unterstützung bei ihrer gesundheitlichen Situation/Einschränkungen und Belastungen und deren Folgen - individuelle Belastungsfaktoren, therapeutische Settings, Unterstützungsbedarf bei Bewältigen von Risiken und Phänomenen (Schmerz, Inkontinenz) - Kompensation beschreiben 	
Themenfeld 4	<p>Ist der Patient in der Lage Körperpflege, Ankleiden, Ausscheiden, Essen, Trinken selbstständig oder mit Unterstützung realisieren kann</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkontinenzversorgung - Ziel: Unterstützung der Autonomie, Selbstverwirklichung und 	

	Kompetenz	
Themenfeld 5	<p>Beschreibung und Erfassung inwieweit der Patient an Aktivitäten im näheren Umfeld seiner Häuslichkeit und im außerhäuslichen Bereich gestalten kann oder dazu Unterstützung benötigt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestaltung des Tagesablaufes und des Alltags - Ruhen und schlafen - Interaktionen mit Personen 	
Themenfeld 6	<ul style="list-style-type: none"> - Regelung der Zusammenarbeit zwischen PD und Familie - Bewältigung der Arbeit im Haushalt - Einkaufen, kochen, Wäsche waschen, sauber machen 	
Risikoerkennung	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung des Risikos in Zusammenhang mit den Themenfeldern → Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung - Entscheidung bei bestehenden Risiko: <ul style="list-style-type: none"> → Beobachtung → Durchführung von Assessments → Anpassung des Maßnahmenplans - Beratung wird angekreuzt, wenn in einem Bereich eine Aufklärung zu Risiken/Phänomenen erfolgt <p>Ablauf der Risikoeinschätzung:</p> <p>Das Risiko ist für jeden Patienten individuell einzuschätzen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei der Neuaufnahme ist zu entscheiden ob ein Risiko vorliegt 2. Die ist mit ja/nein in der Matrix für jedes Risiko in Verbindung mit dem Themenfeld anzukreuzen 3. Ist das Risiko eindeutig oder ist eine weitere Einschätzung notwendig? 4. Wenn eine weitere Einschätzung notwendig ist, ist dies in der Matrix anzukreuzen und ein passendes Assessment durchzuführen → ist keine weitere Einschätzung notwendig und das Risiko eindeutig besteht, ist die Einschätzung abgeschlossen 5. Bestimmen ob das Risiko mit einem Evaluationsdatum 	

	versehen werden muss, um dies später erneut einzuschätzen 6. Hat ein Risiko Einfluss auf die Pflege und Betreuung? → Anpassung der Maßnahmenplanung	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anlage A 6: Verfahrensanweisung zur Maßnahmenplanung und Berichtblatt

Verfahrensanweisung zum Umgang mit Maßnahmenplanung und Berichtblatt

Allgemeine Hinweise zum Dokument	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung des Maßnahmenplanes nur durch die PFK - Ausfüllen der Kopfzeile: <ul style="list-style-type: none"> → Erstellungsdatum mit Handzeichen → Name und Geburtsdatum des Patienten → Kurze Darstellung der Grundbotschaft: Wünsche, Vorlieben des Patienten (oberste Zeile) - In der Maßnahmenplanung können Verweise auf Verfahrensanweisungen der Grundpflegestandards genommen werden - Einsatzzeit , benutzte Hilfsmittel und Evaluationsdatum in die jeweiligen Spalten zur Maßnahme dokumentieren 	Nur PFK
Festlegen von:	<ul style="list-style-type: none"> - Ausgangspunkt für die Erstellung sind alle Erkenntnisse und Vereinbarungen, die sich auf dem Verständigungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und Pflegefachkraft ergeben haben. Die Ergebnisse aus der Risikoermittlung werden bei der Planung berücksichtigt - Leistungen der Grundpflege, Betreuung, Hauswirtschaft die regelmäßig erbracht werden - Leistungen der Behandlungspflege - Maßnahmen des Risikomanagements 	

	<ul style="list-style-type: none"> - zeitlich befristet Maßnahmen - Maßnahmen zur individuellen Unterstützung - Wird die Maßnahme auf fachlicher Sicht oder auf Patientenwunsch hin erbracht? - Maßnahmen die mehrmals am Tag in gleicher Form erbracht werden, werden einmal beschrieben und im Weiteren in der Planung wird darauf nur verwiesen - Welche Ressourcen und Ziele hat der Patient? - Informationen von Angehörigen oder Betreuern in die Planung einbeziehen 	
Ablauf	<ul style="list-style-type: none"> - Der Pflegeeinsatz (24 Stunden) beim Patienten wird handlungsanleitend beschrieben (Wer, Was, Wie, Wo und Wann) mit allen Gegebenheiten in der Häuslichkeit - Fertigstellung innerhalb vier Wochen nach Patientenaufnahme - Wünsche, Vorstellen, Rituale und Wunschzeiten fließen mit ein - Festlegen von Leistungen nach vereinbarten Pflegevertrag und den oben aufgelisteten Leistungen - Maßnahmen die mehrmals am Tag in gleicher Form erbracht werden, werden einmal beschrieben und in der weiteren Planung mit Kürzeln versehen - Benutzte Hilfsmittel den Maßnahmen zuordnen - zeitlich befristete Maßnahmen werden mit einem Evaluationsdatum versehen - Bei der Maßnahmenbeschreibung, bei denen VA vorliegen, in der Spalte „VA“ Bezug nehmen 	
Grundsätze für das Dokumentieren von	<ul style="list-style-type: none"> - In dem Berichtblatt dokumentieren alle Pflegekräfte und auch Mitarbeiter die Betreuungsleistungen erbringen - Ausschließliches Dokumentieren von Abweichungen 	

Abweichungen	der wiederkehrendes Maßnahmen der Grundpflege, Beobachtungen und krankheitsbezogene Ereignisse - Ziel: schnelle Erfassung von Veränderungen Abweichungen	
	Dokumentieren von - Beobachtungen - krankheitsbezogene Ereignisse	
	Weiterhin abgezeichnet werden müssen: -alle Leistungsnachweise (Leistungen des SBG XI und V) - Nachweise für Betreuungsleistungen - Zusatzblätter wie Assessments und Protokolle	

Anlage A7: Verfahrensanweisung zur Evaluation

Verfahrensanweisung zum Umgang mit Evaluation

Prinzipien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktives Setzen von Evaluationsdaten bei Abweichungen im Berichtsblatt 2. kurzfristiges und befristetes Setzen von Evaluationsdaten in Hinsicht auf Risikoeinschätzung → unklare Ausgangslagen bei Neuaufnahme 3. Anlassbezogene Evaluation bei akuten Situationen, die sich eventuell auf die Themenfelder auswirken können (nach Krankenhausaufenthalt) 4. Festlegen von Evaluationsdaten bei stabilen Pflegesituationen 	PFK
Fachliche Entscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ist das Ausfüllen der kompletten SIS notwendig? - Müssen einzelne Themenfelder der SIS 	

	neu ausgefüllt oder angepasst werden? - Ist die Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich?	
Festgelegte routinemäßige Evaluationszeiträume	- SIS: 1x jährlich - Pflegevisiten 2x jährlich → bei Veränderung des Pflegegrades schon eher - Maßnahmenplanung: 2x jährlich - Anlassbezogene Evaluation, nach einem Krankenhausaufenthalt wird die SIS, Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung immer evaluiert - Evaluationen bei Abweichungen aus dem Berichtsblatt, bei unklaren Ausgangslagen im Kontext Risikoeinschätzung legt die Pflegefachkraft selbstständig, für den Patienten ein individuelles, Evaluationsdatum fest	

Anlage A 8: Verfahrensanweisung zur Pflegedokumentation

Qualitätsmanagementhandbuch	Pflegedokumentation	PD K. Schünemann
Seite 87 von 5	Verfahrensanweisung	Kennzeichnung: VA 03
<p>(1) Ziele</p> <p>Durch ein systematisches Vorgehen gemäß in dieser Verfahrensanweisung beschriebenen Prozess sollen folgende Ziele erreicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor. • Die Dokumentationsregeln werden eingehalten. • Sicherung der Pflegequalität und Transparenz der geleisteten Pflege. • Absicherung gegenüber haftungsrechtlichen Ansprüchen. • Nutzung der Pflegedokumentation als internes und externes Kommunikationsmittel 		

- Die Einhaltung der Vorgaben dieser Verfahrensanweisung wird regelmäßig überprüft.

(2) Geltungsbereich

Diese Verfahrensanweisung gilt für die Bereiche Pflege und Hauswirtschaft.

(3) Verantwortung und Zuständigkeiten

- siehe Profilchart und Prozessbeschreibung -

(4) Abkürzungen

PDL Pflegedienstleitung bzw. Stellvertretung

MA Mitarbeiter

(5) Verteiler

Pflegedienstleitung, Mitarbeiter im Pflege- und Hauswirtschaftsbereich

(6) Mitgeltende Dokumente

- Ausgefüllte Mustermappe
- VA 17 – Dienstübergabe
- VA 05 – Pflegevisite
- VA 30 – Umgang mit der SIS
- VA 31 – Maßnahmenplanung
- VA 32 – Berichtblatt
- VA 33 - Umgang mit Evaluation

<u>Version:</u> 0	erstellt	geprüft / bearbeitet	freigegeben
Datum	10 / 2006	07/2017	
Unterschrift	© Lauterbach & McCabe Unternehmensberatung GbR		

Qualitätsmanagementhandbuch	Pflegedokumentation	PD K. Schünemann			
Seite 89 von 5	Verfahrensanweisung	Kennzeichnung VA03			
Ziele (Wohin?)	Maßnahme / Gestaltung (Wie?)	E	D	I	K
Es liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor.	<ul style="list-style-type: none"> Im Pflegedienst arbeitet nach dem Strukturmodell Es liegt eine ausgefüllte Mustermappe vor, welcher alle zu verwendenden Formulare und Informationen zum Ausfüllen dieser zu entnehmen sind. Die Mustermappe ist im Dienstzimmer für jeden Mitarbeiter einsehbar. Vorgaben zum Führen der Dokumentationsblätter → s. nachfolgende Seiten 	PDL	MA		PDL
Die Dokumentationsregeln werden eingehalten	<ul style="list-style-type: none"> Die Pflegedokumentation wird chronologisch und folgerichtig geführt Jeder Eintrag wird mit einem Handzeichen versehen Die Pflegedokumentation spiegelt die ganzheitliche und individuelle Betrachtungsweise der Patienten wider Die Pflegedokumentation wird objektiv, verständlich und in einer sachlichen Ausdrucksform Es wird zeitnahe dokumentiert Die Pflegedokumentation ist überschaubar, lesbar und urkundenecht Mehrfachdokumentationen sind vermieden 		MA		PDL
Die Einhaltung der Vorgaben dieser Verfahrensweisung wird regelmäßig überprüft.	<ul style="list-style-type: none"> Die Überprüfung der Einhaltung der Regeln und Vorgaben dieser Verfahrensweisung findet im Rahmen der Pflegevisiten statt s. VA 05 „Pflegevisite“ 		PDL	MA	
Die Pflegedokumentation wird als internes und externes Kommunikationsmittel genutzt.	<ul style="list-style-type: none"> s.VA 17 „Dienstübergabe“ 		MA		PDL

Qualitätsmanagementhandbuch ...	Pflegedokumentation	PD K. Schünemann			
Seite 90 von 5	Verfahrensweisung	Kennzeichnung: VA 03			
Dokumentations- element	Maßnahmen	E	D	I	K
Aufnahmebogen - Erfassen von Stammdaten	<p>Patientendaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name des Patienten • Geburtsdatum • Familienstand • Anschrift • Telefonnummer <p>Hausarzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name, Telefonnummer, ggf. Anschrift) <p>Bezugspersonen, Vorsorgebevollmächtigte, amtliche Betreuung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwandtschaftsgrad, Name und Telefonnummer <p>Versicherungsdaten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name der Krankenkasse, Versicherungsnummer, Pflegegrad 		PDL BP		PDL
Strukturierte Informations- sammlung (SIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung innerhalb von 7 Tagen nach Patientenaufnahme • Ergänzungen in der SIS werden mit Handzeichen versehen • Inhalte der SIS: Vorstellungen, Wünsche, Bedürfnisse, Gewohnheiten des Patienten, Sichtweise und Unterstützungsbedarf aus Sicht des Patienten im Originalton, Aufnahmen von Aussagen der Angehörigen/Betreuer, Erfassen des Hilfebedarfes des Patienten, Ressourcen, Einschätzen von Risiken • Detaillierte Vorgehensweise lt. VA 30 • Evaluation 1x jährlich bei stabilen Gesundheitszustand • Anlassbezogene Evaluation nach Krankenhausaufenthalt • 		PDL BP		PDL
Risikoeinschätzung	<p>- Einschätzung des Risikos in Zusammenhang mit den Themenfeldern</p> <p>→ Dekubitus, Sturz, Inkontinenz, Schmerz, Ernährung</p> <p>- Entscheidungsspielraum bei bestehenden Risiko:</p> <p>→ Beobachtung</p> <p>→ Durchführung von Assessments</p> <p>→ Anpassung des Maßnahmenplans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detaillierte Vorgehensweise lt. VA 30 		PDL BP		

Assessments und Zusatzblätter	<ul style="list-style-type: none"> • Die folgenden Assessments werden nur ausgefüllt, wenn bei Risikoeinschätzung ein Risiko nicht eindeutig feststellbar ist und es einer weiteren Einschätzung bedarf • Dies ist in der Risikomatrix unter „weitere Einschätzung“ anzukreuzen • Durchführung bei: <ul style="list-style-type: none"> → akuten Situationen → stark veränderten Gesundheitszustand → problematischen Situationen (Gewichtsverlust, Sturz) 		PDL BP		
Dekubitusrisiko-skala	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführen nur bei unklaren Risiko oder bei veränderten Gesundheitszustand und akuten Situationen • Häufigkeiten einer erneuten Einschätzungen werden individuell für den Patienten festgelegt → ggf. Änderung / Anpassung der Pflegeplanung vornehmen • Dokumentation der Ergebnisse in der SIS/Maßnahmenplanung • Siehe Expertenstandard 		BP		PDL
Sturzrisiko-assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführen nur bei unklaren Risiko oder bei veränderten Gesundheitszustand und akuten Situationen • Eine erneute Einschätzung des Sturzrisikos erfolgt nach einem Sturz oder bei Veränderungen der Pflegesituation • Dokumentation der Ergebnisse in der SIS/Maßnahmenplanung 		BP		PDL
Mini Nutritional Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführen nur bei unklaren Risiko oder bei veränderten Gesundheitszustand und akuten Situationen • Eine erneute Einschätzung des Ernährungszustandes erfolgt in individuellen Zeitabständen und bei Veränderungen der Pflegesituation • Dokumentation der Ergebnisse in der SIS/Maßnahmenplanung 		BP		PDL

Qualitätsmanagementhandbuch ...		Pflegedokumentation		PD K. Schünemann			
Seite 92 von 5		Verfahrensweisung		Kennzeichnung: VA 03			
Dokumentations- element	Maßnahmen	E	D	I	K		
Miktionsprotokoll	<ul style="list-style-type: none"> Liegen Anzeichen für eine Harninkontinenz vor, ist gemeinsam mit dem Hausarzt zu entscheiden, ob ein Miktionsprotokoll geführt werden soll In der Regel wird das Miktionsprotokoll für 7 Tage geführt, danach erfolgt eine Auswertung mit ggf. Anpassung der notwendigen Maßnahmen 	BP A	BP MA		PDL		
Schmerz- einschätzung	<ul style="list-style-type: none"> Leidet der Patient unter akuten oder chronisch-tumorbedingten Schmerzen, wird eine Schmerzeinschätzung durchgeführt Inhalte: Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität (Messung mittels Schmerzskala), Schmerzqualität, Zeitliche Dimension, Verstärkende und lindernde Faktoren, Auswirkungen auf das Alltagsleben Ergebnis der Schmerzeinschätzung wird in der SIS/Maßnahmenplanung dokumentiert Eine erneute Einschätzung der Schmerzen bzw. der Schmerzintensität erfolgt im Rahmen der Verlaufskontrolle nach ärztlicher Anordnung 		BP		PDL		
Trinkprotokoll	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung nur bei den akuten Situationen, veränderter Pflegezustand, problematische Situationen (Kreislaufzusammenbruch bei starker Hitze) • Bei Durchführung ist am Ende eines Tages die Gesamtmengen zu errechnen • Ergebnis der Messung ist im Berichtblatt/Maßnahmenplanung/SIS zu dokumentieren • Die weitere Führung des Trinkprotokolls erfolgt nach ärztlicher Absprache 		BP MA		PDL		
Maßnahmen- planung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgangspunkt für die Erstellung der Maßnahmenplanung sind alle Erkenntnisse aus der SIS und Vereinbarungen, die sich auf dem Verständigungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und Pflegefachkraft ergeben haben. • Fertigstellung der Maßnahmenplanung innerhalb von 4 Wochen nach Patientenaufnahme • Detaillierte Durchführung nach VA 31 • Der festgelegte Pflegeplan ist für alle Mitarbeiter verbindlich! • Die Überprüfung der Maßnahmenplanung 2 x jährlich bei stabilen Gesundheitszustand • Anlassbezogene Evaluation nach Krankenhausaufenthalt in Verbindung mit der SIS 		BP		PDL		
Leistungs- nachweise	<ul style="list-style-type: none"> • alle durchgeführten Maßnahmen/ Maßnahmenkomplexe werden durch den durchführenden Mitarbeiter zeitnah abgezeichnet • Datum und tageszeitliche Zuordnung muss ersichtlich sein • Am Ende des Monats überprüft und unterschreibt der Patient die Leistungsnachweise 		MA		PDL		
Berichtblatt	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentiert werden im Berichtblatt: → Abweichungen von der Maßnahmenplanung → Beobachtungen 		MA		PDL		

	<p>→ krankheitsbezogene Ereignisse</p> <p>Es wird wertungsfrei dokumentiert, d.h. was beobachtet wurde und nicht was interpretiert wird!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist auf wertschätzende und professionelle Formulierungen zu achten • Es wird wertungsfrei dokumentiert, d.h. was beobachtet wurde und nicht was interpretiert wird! 				
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Qualitätsmanagementhandbuch ...	Pflegedokumentation	PD K. Schünemann			
Seite 94 von 5	Verfahrensweisung	Kennzeichnung: VA 03			
Dokumentations- element	Maßnahmen	E	D	I	K
Überleitungs- bogen	<ul style="list-style-type: none"> • Der Überleitungsbogen liegt in jeder Patientenmappe und ist bereits mit den Stammdaten auszufüllen. • Bei jeder Verlegung ist der Überleitungsbogen auszufüllen! 		MA		PDL
Ärztliches Verordnungsblatt	<ul style="list-style-type: none"> • Jede ärztliche Anordnung ist wie folgt zu dokumentieren: Welche Maßnahme? Wann? Wie? Wie oft? Womit? • Die Verordnung ist durch den betreffenden Arzt abzuzeichnen; ist dies nicht möglich (z.B. bei Verordnungen aus dem Krankenhaus) muss die eintragende Pflegefachkraft abzeichnen und Angaben zur Quelle der Verordnung machen • Bedarfsmedikamente: Für jedes Bedarfsmedikament ist der konkrete Bedarfsfall zu dokumentieren (z.B. „bei Blutzucker ab ... mmol/l) 		PFK		PDL
Wund- dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Für jede Wunde wird das Wundblatt angelegt, die Wunde eingezeichnet und bei mehreren Wunden nummeriert • Angaben auf dem Wundblatt: Art der Wunde, Ort und Zeitpunkt der Entstehung der Wunde, Grunderkrankungen, störende Faktoren bei der Wundheilung, Größe, Lage, Tiefe, Stadium, evtl. Taschenbildung, Beschreibung der Wundränder und Wundumgebung • Wird der Patient gleichzeitig durch eine Wundschwester versorgt, trägt diese ebenfalls auf dem Wundblatt ein • Die ärztliche Verordnung zur Wundversorgung wird auf dem ärztlichen Verordnungsblatt dokumentiert → Verweis auf dieses 		PFK		PDL
Bewegungsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Wird beim Patienten in der Risikoeinschätzung ein Dekubitusrisiko festgestellt, ist von der Pflegefachkraft zu entscheiden ob ein Bewegungsplan notwendig ist • Eigenbewegungen werden berücksichtigt. • Geeignete Lagerungsformen sind insbesondere die 30°-Schräglagerung, die 135°-Schräglagerung, die schiefe Ebene, die 5-Kissen- und 3-Kissen-Lagerung, die V-, A-, T- und I-Lagerung. • Die Art der Bewegung / Lagerung ist mit Uhrzeit zu dokumentieren • Die Angehörigen sind beim Führen des Bewegungsplanes einzubeziehen 		MA		PDL
Ein- und Ausfuhr- bilanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Eine Ein- und Ausfuhrbilanzierung wird nach ärztlicher Anordnung durchgeführt (Angehörige einbeziehen!) • Am Ende eines Tages sind die Gesamtmengen zu errechnen 	A	MA		PDL
Sturzprotokoll	<ul style="list-style-type: none"> • Nach jedem Sturz des Patienten ist das Sturzprotokoll anzulegen • Inhalte: Zeitpunkt des Ereignisses, Situationsbeschreibung („Sturz“ oder „liegend vorgefunden“), Ort des Sturzes, Aktivitäten und Zustand vor dem Sturz, Folgen des Sturzes und eingeleitete Maßnahmen • Um Mehrfachdokumentationen zu vermeiden, im Berichtblatt wird lediglich das Ereignis mit Verweis auf das Sturzprotokoll dokumentiert. 		MA		PDL
Ernährungs- protokoll	<ul style="list-style-type: none"> • Je nach Ergebnis des Mini Nutritional Assessments wird nach ärztlicher Rücksprache bei folgenden Patienten ein Ernährungsprotokoll angelegt: bei bedeutenden Gewichtsverlusten (z.B. 5 % in einem Monat, 7,5 % in 3 Monaten) oder bei Feststellung einer Unterernährung (Body Maß Index – BMI von < 18,5 kg/m²) 		MA		PDL

Fixierung	<ul style="list-style-type: none"> • Auf dem Formular Fixierung erfolgt die Dokumentation der Einzelmaßnahmen • Die Dokumentation der Einzelmaßnahmen ist nicht notwendig bei selbst Einwilligungsfähigen oder bei Bewegungsunfähigen 		PFK		PDL
Vitalwerte	<ul style="list-style-type: none"> • Auf diesem Formular werden Blutdruck, Puls, Blutzucker, Gewichtsverläufe, Temperatur, ... dokumentiert 		PFK		PDL

Geschichte

Es war einmal

Als im November 1989 die Wende das DDR-Gesundheitswesen nahezu auf den Kopf stellte, war ich seit einem halben Jahr als Gemeindeschwester in der Poliklinik tätig. Zehn Jahre zuvor hatte ich im Meraner Krankenhaus in der Chirurgie als Krankenschwester begonnen.

Nach der Weiterbildung zur Fachschwester für Chirurgie und zwei Kindererziehungsjahren (1983 und 1988) konnte ich keine Nachtschichten mehr realisieren. Ich bewarb mich in der Poliklinik Meerane und wurde im Juni 1989 angenommen. Als Dienstfahrzeug gab man mir ein Moped vom Typ Schwalbe und ließ die neue Gemeindeschwester auf die Stadt los. Die Arbeit gefiel mir, weil sie vielseitig und interessant war.

Kurz nach der Wende löste sich dann die Poliklinik auf und alle Gemeindeschwestern wurden zu Mitarbeitern der Stadtverwaltung. Sechs Monate später verkaufte uns dann die Stadt an den Kreisverband der Volkssolidarität. Für uns Gemeindeschwestern änderte sich fast nichts.

Zur Erinnerung möchte ich allerdings erwähnen, wie dieser Trägerwechsel damals ablief. Zunächst kam die Kündigung durch die Stadtverwaltung (Kündigungsschutz oder Sozialauswahl waren damals ohnehin Fremdwörter). Nach einer Woche Arbeitslosigkeit stellte uns die Volkssolidarität als Gemeindeschwestern befristet für ein Jahr ein. Die Besonderheit dabei bestand darin, dass wir trotz Kündigung (auch als Arbeitslose) ganz normal weiter arbeiteten. Das ganze hatte irgendetwas mit Fördermitteln zutun.

Nun waren wir alle Gemeindeschwestern in der Sozialstation der Volkssolidarität. Die Partnerstadt Lörrach spendierte ein Auto und unsere Mopeds wurden verschrottet. Alles begann sich langsam zu normalisieren. Aber die Unsicherheit, die von der befristeten Beschäftigung ausging, blieb. Und so reifte langsam die Idee der Selbständigkeit. Zunächst wurden die täglichen Einzelleistungen zu Hause erfasst und mit den Leistungssätzen der Krankenkassen hochgerechnet. Nach wenigen Wochen des intensiven Rechnens im „stillen Kämmerlein“ stand fest: die selbständige Krankenpflege müsste sich rechnen.

Nun begann der Papierkrieg. Um von den Krankenkasse einen Vertrag als Leistungserbringer zu erhalten waren schon damals einige bürokratische Hürden zu überwinden. Neben den Nachweisen zur beruflichen Qualifikation und der Berufserfahrung musste u.a. auch ein polizeiliches Führungszeugnis und eine Vertretungsvereinbarung mit einem anderen Pflegedienst vorgelegt werden. Letzteres war nicht weiter schwierig, da sich fast zeitgleich mehrere Gemeindeschwestern für den Schritt in die Selbständigkeit entschieden hatten.

Auch die Zustimmungserklärung durch das Gesundheitsamt stellte kein Problem dar. Allerdings fragte die damalige Amtsärztin : „Glauben Sie wirklich, dass Sie davon leben können ?“

Ja, ich glaubte fest daran und ich weiß seit nunmehr 15 Jahren, dass ich Recht hatte.

Kathrin Schünemann
Pflegedienstleiter

Juli 2007

Zahlen zur Geschichte

Am 1. Juli 1992 nahm unser Pflegedienst unter dem Namen Kranken- & Altenpflege Meerane seine Tätigkeit auf. Der Anfang war nicht leicht, denn als Selbständige ohne Mitarbeiter hieß das: arbeiten rund um die Uhr ohne Rücksicht auf Wochenenden oder Feiertage. Die Anzahl unserer Patienten wuchs stetig und so war die Arbeit allein kaum noch zu schaffen. Wieder begann das große Rechnen. Diesmal ging es allerdings um die Frage, ob ein Mitarbeiter finanziert werden kann. Nachdem sich abzeichnete, dass dies möglich ist, konnte am 1. Juni 1994 unsere erste Mitarbeiterin ihre Tätigkeit aufnehmen. In den Jahren 1995; 1997; 1999; 2002; 2004 und 2007 folgten weitere Einstellungen. Zusätzlich nahm 1997 die erste Hauswirtschafterin stundenweise ihre Tätigkeit auf. 2002 stellten wir die zweite Hauswirtschafterin ein.

Eine Ergänzung unseres Angebotes stellt auch der Vertrag mit der Firma Fresenius Kaba Deutschland Bad Homburg dar. Nach einer entsprechenden Weiterbildung sind wir exklusiv Partner für PEG - Sonden - Patienten. Das heißt wir beraten, betreuen und beliefern Patienten, die eine Magensonde erhalten haben.

In den neunziger Jahren hatte der Bereich der Verwaltung noch etwas im Hintergrund gestanden, da der Aufwand sich hauptsächlich auf die Buchführung und Lohnzahlung konzentrierte.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung stieg der verwaltungstechnische Aufwand ständig und so wurde 1999 eine Verwaltungsstelle notwendig.

Im August 2005 schlossen wir den ersten Lehrvertrag ab und sind seither Ausbildungsbetrieb. Insgesamt haben wir bisher 10 Arbeitsplätze geschaffen.

Im gesamten Zeitraum erbrachten wir etwa 110000 Behandlungspflegen nach SGB V für die Krankenkassen. Seit Gründung der Pflegekassen vor 12 Jahren stehen rund 87600 Pflegeleistungen nach SGB XI für unseren Pflegedienst zu Buche.

In diesen Jahren haben wir insgesamt 17 Autos geleast und sind damit ca. 765000 km gefahren.

Um die Statistik abzurunden sei am Rande erwähnt, dass 4 Mitarbeiterinnen Nachwuchs bekommen haben und 2 nach der Erziehungszeit ihre Tätigkeit wieder aufnahmen.

Unter unserem Motto „Pflege ist Vertrauenssache“ bemühen wir uns um ein Höchstmaß an Verständnis für unsere Patienten in Verbindung mit der bestmöglichen Betreuung. Damit die Qualität unserer Arbeit den hohen Anforderungen gerecht wird, sind alle Mitarbeiter im Weiterbildungsplan erfasst. Interne und externe Veranstaltungen wechseln sich dabei ab. Neben den Lehrgängen für Erste Hilfe beim DRK in Crimmitschau od. Glauchau besuchen wir Weiterbildungsveranstaltungen bei Firmen oder auf Pflegemessen. Aber auch Qualifizierungslehrgänge gehören dazu. So absolvierte ich den Lehrgang zum Pflegedienstleiter und den dazu gehörenden Fortbildungskurs. Eine Mitarbeiterin qualifizierte sich zur Praxisanleiterin, eine andere absolvierte eine Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten und eine Mitarbeiterin nahm an der Ausbildung zum Hygienebeauftragten teil.

In den monatlichen Dienstbesprechungen werden interne Weiterbildungen durchgeführt. Einmal jährlich gibt es u.a. das Thema Arbeitsschutz, das die Ingenieurgesellschaft für Arbeitsschutz Glauchau durchführt.

Juli 2007

Lage, Ausstattung & Beschreibung

Der Sitz der Geschäftsräume der **Kranken- & Altenpflege Meerane** befindet sich im Erdgeschoß:

An der Steilen Wand 33 in 08393 Meerane

und ist Montag – Freitag zwischen 08:00 und 16:00 Uhr erreichbar. Telefonische Kontakte sind in dieser Zeit über **03764 / 16861** möglich. Außerhalb der Geschäftszeiten ist der Anschluss auf den Anrufbeantworter geschaltet. Dort erfährt der Anrufer die Handy-Nummer der diensthabenden

Mitarbeiterin. In der Regel handelt es sich um **0172 – 522 99 62**. Unabhängig davon ist der Festnetzanschluss außerhalb der Geschäftszeiten in die, im Haus befindlichen, Wohnräume der Pflegedienstleiterin umgestellt. Die 24 – Stunden – Erreichbarkeit ist jederzeit gewährleistet.

Die Geschäftsräume sind neben den Telefon- und Faxanschlüssen auch mit Internetanschluss ausgestattet.

Die Geschäftsstelle selbst besteht aus 2 Büroräumen, einem Lagerraum und einem WC. Der erste Büroraum (ca. 20 m²) dient als Arbeitsraum für die PDL und wird außerdem für Schulungen und zu Geschäftskontakten mit Kunden und Firmen genutzt. Hier ist auch die Patientenkartei und das Abrechnungsregister untergebracht. Der 2. Büroraum (ca.13 m²) umfasst die PC-, Kommunikations- und Drucktechnik. Hier befindet sich die Buchhaltung und die Leistungs- und Lohnabrechnung. Weiterhin befinden sich hier 2 Stahlschränke für medizinischen Bedarf, ein Kühlschrank und eine Waschmaschine. Der 3. Raum (9 m²) ist das Lager für Hilfsmittel und PEG – Sonden - Bedarf.

Jedem Mitarbeiter steht zur Erfüllung seiner Aufgaben ein Dienstfahrzeug zur Verfügung. Desweiteren ist jede Pflegekraft mit Pflegetasche und einem Handy ausgestattet. Der Inhalt der Pflegetasche umfasst das Mitarbeiterhandbuch, ein Blutzuckermessgerät, Blutdruckmessgerät,

Stethoskop, Untersuchungshandschuhe, Thermometer, Verbandstoffe, Fixierbinden, Pinzetten, Blutlanzetten, Alkoholtupfer, Hautschutz- und Desinfektionsmittel u.a.m. Außerdem erhalten die Pflegekräfte Dienstkleidung, für deren Pflege sie selbst verantwortlich sind.

Alle Pflegeleistungen werden ausschließlich von Fachkräften mit staatlicher Anerkennung erbracht. Mindestens 12 Stunden Weiterbildung sind jährlich pro Mitarbeiter vorgesehen. Dazu wird ein Weiterbildungsplan erstellt. Darüber hinaus konnten Mitarbeiter Zusatzausbildungen als Praxisanleiter; Hygienebeauftragter und Qualitätsbeauftragter absolvieren.

Neue Mitarbeiter werden auf der Grundlage eines Einarbeitungsplanes in ihre Aufgaben eingewiesen. Das bedeutet, dass sie gemeinsam mit einer Fachkraft (ein bis zwei Wochen je nach Leistung) alle Touren bearbeiten. Die anschließende Auswertung macht deutlich ob und wo es Mängel oder Schwächen gibt. Darauf aufbauend erfolgt die individuelle Weiterbildungsplanung bzw. weitere Anleitungen.

Unsere Einrichtung garantiert eine angemessene, gleichmäßige und konstante Versorgung aller Pflegebedürftigen entsprechend ihres pflegerischen Bedarfs und ihrer individuellen Bedürfnisse.

Die Pflege wird dabei unter ständiger Aufsicht einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchgeführt.

Die monatlichen Dienstbesprechungen dienen der innerbetrieblichen Kommunikation. Dabei werden neben internen Weiterbildungen, aktuellen Neuerungen, Fallbesprechungen

und Belehrungen vorgenommen. Weiterhin dienen diese Zusammenkünfte auch der Auswertung von Beschwerden. Einmal im Jahr erfolgt in diesem Rahmen eine Arbeitsschutzbelehrung durch einen externen Dozenten.

Pflege ist Vertrauenssache

Als ambulanter Pflegedienst, der seit dem 01. Juli 1992 unter dem Namen Kranken- & Altenpflege Meerane, Inhaber Kathrin Schünemann tätig ist, sind wir ein Dienstleistungsunternehmen, das sich an den Bedürfnissen der uns anvertrauten Patienten orientiert, ohne dabei den Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu vergessen.

Um unsere pflegerischen Leitlinien umzusetzen orientieren wir uns am Pflegemodell nach dem Strukturmodell. Wir haben uns bewusst für dieses Modell entschieden, um den Abbau von Bürokratie zu fördern, um mehr Zeit für unsere Patienten zu haben.

Die Selbstständigkeit des Patienten, seine Wünsche und Vorstellungen stehen im Mittelpunkt. Dabei sind Wohlbefinden und Selbstbestimmung unserer Patienten besonders wichtig.

Der Verständigungsprozess zwischen Patienten, Angehörigen und Pflegekraft ist die Grundlage für die Pflege und Betreuung.

Durch den personenzentrierten Ansatz des Strukturmodells werden Aussagen des Patienten zu Wünschen und Vorstellungen zum Hilfe- und Unterstützungsbedarf bewusst Raum gegeben.

Weiterhin wird die Selbstständigkeit und der Hilfe- und Unterstützungsbedarf anhand von sechs Themenfeldern von der Pflegekraft ermittelt:

1. Kognition und Kommunikation
2. Mobilität und Bewegung
3. krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
6. Haushaltsführung

Die Themenfelder nach dem Strukturmodell

Einstiegsfrage in den Pflegeprozess

Was bewegt Sie im Augenblick?

Was brauchen Sie?

Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 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, auch unter Beobachtung von Aspekten

des herausfordernden Verhaltens, zu erkennen?

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Inwieweit ist die pflegebedürftige Person in der

Lage, sich frei und selbstständig innerhalb und

außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs,

auch unter Beobachtung von Aspekten des

herausfordernden Verhaltens, zu bewegen?

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und

Belastungen

Inwieweit liegen für die Pflege- und Betreuung relevante

krankheits- und therapiebedingte Anforderungen vor?

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Professionelles Unterstützen der Ausscheidungsfaktoren heißt

auch, mit einer respektvollen Haltung in den Intimbereich eines

Menschen einzutreten. *Inwieweit ist die pflegebedürftige*

Person in der Lage z.B. Körperpflege, Ankleiden, Essen

und Trinken etc. selbstständig / mit Unterstützung zu

realisieren?

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Inwieweit kann die pflegebedürftige Person Aktivitäten

im näheren (häuslichen) Umfeld und im außerhäuslichen

Bereich selbstständig / mit Unterstützung gestalten?

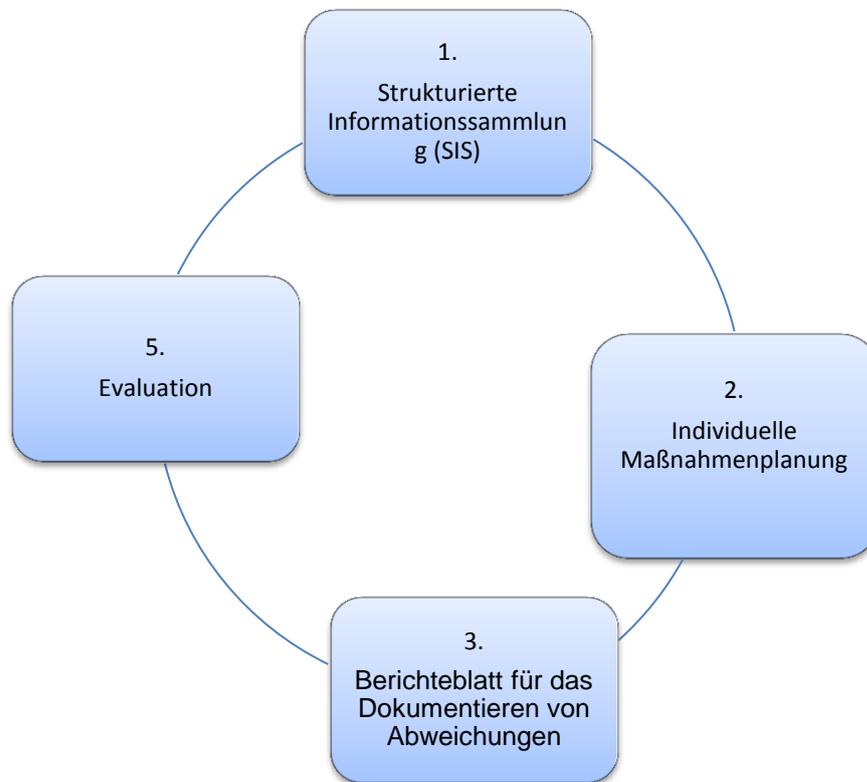
Themenfeld 6 – Haushaltsführung

Inwieweit kann die pflegebedürftige Person ihren

eigenen Haushalt noch selbst/ mit Unterstützung

organisieren?

Der Pflegeprozess



Die vier Elemente des Pflegeprozesses nach dem Strukturmodell

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Einsatz im Rahmen des Erstgespräches

- Erfassen von Stammdaten
- Erfasst bei der Aufnahme systematisch die Wünsche, Vorstellungen, Bedürfnisse, Werte, und Gewohnheiten aus Sicht des Patienten im Originalton
- Aussagen von Angehörigen werden mit aufgenommen
- Fachliche Einschätzung der Pflegefachkraft erfolgt anhand der sechs Themenfelder und sich daraus ergebenden Risiken
- Risikoeinschätzung mittels Risikomatrix
- Diese fließen in die Maßnahmenplanung ein
- Die SIS stellt einen Verständigungsprozess zwischen Patient, Angehörigen und Pflegekraft dar

2. Individuelle Maßnahmenplanung

- Beschreibt die Grundbotschaft des Patienten, d.h. Darstellung von Wünschen, Vorlieben, Ritualen usw.
- Ausgangspunkt sind alle Erkenntnisse und Vereinbarungen aus der SIS und dem Verständigungsprozess
- Beschreibt den Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung des Alltags
- Beschreibt die Fähigkeiten des Patienten

- Maßnahmen sind kurz, präzise und verständlich zu formulieren; muss erkennen lassen: **Wer, Was, Wann, Wie oft, Wo und Wie** durchführen soll.

3. Berichteblatt für Abweichungen

- Ausschließliches Dokumentieren von Abweichungen aus der erstellten Maßnahmenplanung
- Dokumentation von Beobachtungen und krankheitsbedingten Vorkommnissen

4. Evaluation

- Pflegefachkräfte setzen selbstständig Evaluationsdaten fest
- Routinemäßige Evaluation von SIS und Maßnahmenplanung bei stabilen Gesundheitszustand
- Abweichungen im Berichteblatt
- Risikoeinschätzung und unklare Ausgangslagen z.B. bei Versorgungsbeginn
- Anlassbezogene Evaluation z.B. bei veränderten Pflegezustand, akuten Situationen
- Wenn nötig, Anpassung von SIS und Maßnahmenplanung

Für die Evaluation sind folgende Fragen hilfreich:

- Wie ist der aktuelle Zustand des Pflegebedürftigen ?
- Welche Wirkungen haben die Pflegemaßnahmen ?
- Hat sich der Zustand verbessert oder verschlechtert ?
- Wie fühlt sich der Pflegebedürftige derzeit ?
- Hat der Pflegebedürftige Aussagen über seine Befindlichkeit gemacht ?
- Sind Veränderungen in den Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen aufgetreten ?
- Warum konnten die Pflegemaßnahmen evtl. nicht wie geplant durchgeführt werden ?
- Sind unvorhersehbare Ereignisse oder Komplikationen aufgetreten ?

Das Ergebnis der Evaluation wird im Berichteblatt dokumentiert. Bei Bedarf sind Anpassungen in der SIS oder der Maßnahmenplanung vorzunehmen.

Durchführung der Pflege

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen:

- ist die Umsetzung des Pflegeplanes in die Praxis;
- bietet die Möglichkeit der Einbeziehung von Wünschen, Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten und der Bezugsperson. Sie müssen berücksichtigt werden.
- erfordert die genaue Beobachtung der Reaktionen des Pflegebedürftigen, mit dem Ziel notwendige Veränderungen bzw. Abweichungen zu erkennen und diese im Berichteblatt zu dokumentieren und bei Bedarf die Planung anzupassen
- Abweichungen werden mit Handzeichen und Uhrzeit zeitnah im Berichteblatt dokumentiert.
- hilft neue Pflegeprioritäten zu erkennen und umzusetzen;

Pflegeleitbild

1.
Pflegeziel unserer Arbeit ist es, Gesundheit wieder herzustellen oder zu fördern, Krankheit verhüten, Leiden lindern und Sterbende Begleiten.

2.
Für uns gilt das Pflegeprinzip der Ganzheitlichkeit. Das bedeutet die Einheit von Körper, Geist und Seele. Daraus entwickeln sich physische und psychische Bedürfnisse. Unsere Pflege richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten.

3.
Lebensbedingungen, psychische Situation, soziales Umfeld, Wohnverhältnisse und Angehörige des Patienten beziehen wir unbedingt mit in die Pflege ein.

4.
Ein Mensch wird von uns grundsätzlich als selbständig und eigenverantwortlich für sein Handeln gesehen. Ist die Fähigkeit der Selbständigkeit nicht oder nicht vollständig gegeben, wollen wir mit der Pflege die Selbständigkeit fördern und unterstützen.

5.
Grundlagen unseres pflegerischen Handelns sind ; die Achtung des Lebens, die Individualität des Patienten, seiner Würde und Grundrechte, sowie die Einhaltung der Schweigepflicht.

6.
Es ist das Anliegen unseres Pflegedienstes, durch ständige Qualifizierung der Mitarbeiter die Pflegequalität und das eigenverantwortliche Arbeiten zu verbessern. Sachlich konkrete und verständnisvolle Zusammenarbeit der Mitarbeiter untereinander sowie mit den Patienten und Angehörigen bilden einen wesentlichen Punkt der Mitarbeitermotivation. Dabei wird auf der Grundlage fachlicher Konstruktivität die optimale Pflegequalität für den Patienten erreicht.

Allgemeine Leistungen

Um unseren Versorgungsauftrag adäquat erfüllen zu können, informieren, beraten und unterstützen wir unsere Patienten bei medizinischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Fragestellungen.

Unser Leistungsspektrum umfasst nach SGB V und XI Maßnahmen

- der Prävention,
- der Rehabilitation
- der Grundpflege
- der Behandlungspflege
- sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung
- Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI
- fachliche Beratung, Betreuung und Belieferung von PEG-Patienten

Auf der Grundlage der vorhandenen Versorgungsverträge werden die erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen, Pflegekassen, Sozialämtern oder Versorgungsämtern direkt abgerechnet.

Weiterhin vermitteln wir kostenfrei, Leistungen anderer Anbieter:

- Kostenloser Notruf für Patienten mit Pflegestufe
- Beschaffung von Hilfsmitteln (über Sanitätshäuser)
- Essen auf Rädern
- Medizinische Fußpflege
- Fahrdienste
- Krankengymnastik
- Friseur
- u.v.a.

Seit 2008 führen wir bei Bedarf Einzelschulungen für Angehörige durch. Der Kurs für maximal 2 Teilnehmer umfasst 8 Unterrichtsstunden. Er beinhaltet eine theoretische Einführung mit den Schwerpunkten: Krankheitslehre, Hygiene und Umgang mit Medikamenten. Der praktische Teil befasst sich mit den pflegerelevanten Tätigkeiten am Patienten direkt im jeweiligen Haushalt. Der Kurs bietet weiterhin organisatorische Beratung und Ressourcennutzung als Bewältigungsstrategie gegen Überlastungssituationen der Pflegeperson an.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst des Krankenhauses „R. Virchow“ in Glauchau und den Haus- sowie Fachärzten der Stadt Meerane gewährleistet eine optimale Pflege und Betreuung unserer Patienten.

Unser Einsatzbereich ist, unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit, auf das Stadtgebiet Meerane und zum Teil auf die angrenzenden Gemeinden beschränkt.

Für Patienten mit einer PEG-Sonde liegt unser Einsatzbereich im gesamten Kreis Zwickau. Grund hierfür ist die Tatsache, dass wir hier im Auftrag eines Pharmaunternehmens Beratung, Betreuung und Belieferung, nicht aber die Pflege des Patienten (außerhalb von Meerane) durchführen.

Arbeitsweise und Organisation

Bei Aufnahme eines neuen Patienten erfolgt eine Informationssammlung aller relevanten Daten durch die PDL. Diese Erfassung dient der Vorbereitung zur Erstellung der Pflegedokumentation.

Alle Daten einschließlich Chipkarte werden mittels PC Software „ACS ambulant“ erfasst. Im Ergebnis entsteht eine Pflegedokumentationsmappe:

Sie beinhaltet Pflegepatienten n. SGB XI:

- Stammblatt
- Strukturierte Informationssammlung (SIS)
- Maßnahmenplanung
- Berichteblatt für Abweichungen
- Leistungsnachweis SGB XI
- Pflegevertrag
- Medikamentenverordnungsblatt
- Pflegeüberleitungsbogen
- Ein- und Ausführprotokoll
- BRADEN – Skala
- Sturzrisiko – Skala
- Vitalwerte – Protokoll
- Lagerungsplan

Bei HKP – Patienten n. SGB V enthält die Mappe:

- Stammblatt
- Leistungsnachweis SGB V
- Ärztliches Verordnungsblatt (Medigabe)
- Vitalwertprotokoll
- Verlaufsprotokoll
- Pflegeüberleitungsbogen

Die Zusammenstellung des Mappeninhaltes wird immer dem tatsächlichen Bedarf angepasst und ist daher variabel. Sie verbleibt beim Patienten. Gleichzeitig wird für die Verwaltung eine Patientenakte angelegt, die neben dem Stammblatt, Aufnahmebogen und dem Pflegevertrag auch den Schriftverkehr mit den Krankenkassen und ggf. die amtsrichterliche Betreuungsurkunden enthält. Weiterhin sind alle Pflegevisitenaufzeichnungen, Schlüsselübergabe und diverse Protokolle enthalten.

Der neue Patient wird von der PDL der jeweiligen Tour oder Runde zugeordnet. Dabei erhält der Verantwortliche der Runde alle notwendigen Informationen sowie die Pflegedokumentation zur Weitergaben an den Patienten.

Die Mitarbeiter dokumentieren vor Ort lediglich die Abweichungen von der Maßnahmenplanung im Berichteblatt sowie die erbrachten Leistungen nach jedem Einsatz im Leistungsbericht. Besonderheiten werden zusätzlich nach Abschluss der Runde im Übergabebuch im Büro eingetragen. Die nachfolgende Schicht ist somit in der Lage auf Veränderungen unmittelbar zu reagieren.

In Anlehnung an unser Pflegemodell ist die persönliche Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und der Pflegekräften Grundlage unseres Handelns. Dieser Gedanke bestimmt unsere Leistungen im Hinblick auf die pflegenden, betreuenden und beratenden Komponenten der Bezugspflege.

lage A 10: Pflegevisitenprotokoll

Pflegevisitenprotokoll		Kranken- & Altenpflege Meerane				
		Telefon 03764 - 16 861				
Datum :						
Name des Patienten:					geb. am :	
Pflegegrad:	1	2	3	4	5	
Letzte Visite am :						
Eingeleitete Maßnahmen :						
Grund für die Visite:						
	<input type="radio"/>	regelmäßige Kontrolle des Pflegeverlaufes				
	<input type="radio"/>	Beschwerde				
	<input type="radio"/>	Veränderung des Pflegezustandes				
	<input type="radio"/>	Häufige Abweichungen im Berichteblatt				
	<input type="radio"/>	Antrag auf Anpassung des Pflegegrades				
	<input type="radio"/>					
Anwesende Personen						
	<input type="radio"/>	PDL				
	<input type="radio"/>	Bezugspflegekraft: _____				
	<input type="radio"/>	Angehörige: _____				
	<input type="radio"/>	_____				
	<input type="radio"/>	_____				
Dauer der Visite:						
A) Erhebung der Patientenzufriedenheit:						
1. Sind Pat. / Angehörige mit der Versorgung zufrieden ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
2. Wünscht der Pat. / Angehörige weitere Leistungen ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
3. Änderungswünsche im Rahmen der Pflege ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
4. Werden Angehörige in die Pflege einbezogen ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
Pflegevisitenprotokoll Seite 1 von 3						

				Kranken- & Altenpflege Meerane		
				Telefon 03764 - 16 861		
B) Bewertung der pflegerischen Versorgung:						
Wie ist der pflegerische Zustand des Patienten ?				bitte ankreuzen		
				gut	angemessen	schlecht
1. Ist die Pflege sichergestellt ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
2. Wurden die vereinbarten Maßnahmen durchgeführt ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
3. Welche Maßnahmen sind zusätzlich durchgeführt wurden ?						
4. Wird die Pflege fachgerecht erbracht ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
5. Werden Hygienemaßnahmen eingehalten ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
6. Findet eine aktivierende Pflege statt ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
7. Liegen neue/besondere pflegerische Probleme oder Risiken vor ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
8. Wurden die Pflegeziele wie geplant erreicht ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
9. Anpassung der Maßnahmenplanung oder in der SIS erforderlich ?	<input type="radio"/>	JA	<input type="radio"/>	NEIN		
Themenfelder der SIS						
<input type="radio"/>	Kognitive und kommunikate Fähigkeiten					
<input type="radio"/>	Mobilität und Bewegung					
<input type="radio"/>	krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen					
<input type="radio"/>	Selbstversorgung					
<input type="radio"/>	Leben in sozialen Beziehungen					
<input type="radio"/>	Haushaltsführung					
Begründung						
<input type="radio"/>	Änderung der Pflegesituation und häufige Abweichungen von der Maßnahmenplanung					
<input type="radio"/>	Wünsche und Vorstellungen des Patienten zum Unterstützungsbedarf					
<input type="radio"/>	Wünsche der Angehörigen					

Anlage A11: Stellenbeschreibung für die Pflegefachkraft

		Kranken- & Altenpflege Meerane	
Stellenbeschreibung examinierte Pflegefachkraft			
<u>Datum der Ausfertigung</u>			
<hr/>			
<u>Stellenbezeichnung:</u>		<u>Vorgesetzte Stelle:</u>	
Examinierte Pflegefachkraft		Organisatorisch / Pflegefachlich : Pflegedienstleitung, Stellvertretende Pflegedienstleitung	
<hr/>			
<u>Stelleninhaber:</u>		<u>Vorgesetzte:</u>	
		Kathrin Schünemann	
<hr/>			
<u>Dienststrang:</u>		<u>Qualifikation:</u>	
Examinierte Altenpflegerin		Abschluss: Altenpflegerin Berufserfahrung WB	
<hr/>			
Allgemeine Aufgaben zur Sicherstellung patientenorientierter Pflege			
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Erstellung einer individuellen Strukturierten Informationssammlung unter Berücksichtigung der Wünsche, Gewohnheiten, Vorstellungen des Patienten und deren Angehörigen lt. VA ❖ Erfassung der Gewohnheiten, Fähigkeiten, Pflege- und Hilfebeschreibung aus Sicht des Patienten ❖ Einschätzung der Selbstständigkeit des Patienten anhand der Themenfelder ❖ Einschätzung von Risiken mittels Matrix ❖ Erstellung eines individuellen Maßnahmenplanes ❖ Fokus liegt auf dem Dokumentieren von Abweichungen aus dem Maßnahmenplan Dabei erfordert das genau Beobachtung der Reaktionen des Patienten um Veränderungen zu erkennen ❖ Selbstständiges festlegen von Evaluationdaten im Hinblick auf Abweichungen vom Maßnahmenplan und Riskoeinschätzung Selbstständiges Entscheiden über einzuleitende Maßnahmen (Beobachtung, Assessments, Anpassung von SIS und Maßnahmenplanung) pflegerischem Stand entsprechenden, rehabilitierenden und aktivierenden Pflege ❖ Beachtung der individuellen Bedürfnisse zur Pflege, zu Pflegeinhalten und Pflegeumfang ❖ Übernahme des Pflegebedürftigen entsprechend dem Pflegeauftrag ❖ Anleitung und Beratung Pflegebedürftiger und ihren Angehörigen in der Krankenpflege und der Anwendung von Hilfsmitteln ❖ Führung von klärenden Gesprächen zu Pflegeanordnungen mit Ärzten ❖ Mithilfe bei der Planung des Pflegeprozesses unter Beachtung von : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Strukturierte Informationssammlung (SIS) ❖ Maßnahmenplanung ❖ Berichtsblatt ❖ Evaluation ❖ Einleiten und Bereitstellen erforderlicher Pflegehilfsmittel in Absprache mit der Pflegedienstleitung ❖ Maßnahmen zur Verhinderung des bakteriellen Hospitalismus im ambulanten häuslichen Bereich durch Einhaltung der Hygienebestimmungen. ❖ Anleitung und Kontrolle des Einsatzes von Pflegehilfskräften 			
- 1 -			

Einarbeitungsplan

1. Einführung

- Vorstellung des Pflegedienstes und der Mitarbeiterstruktur
- Erläuterungen von Pflegeleitbild, Pflegeplanung und Pflegedokumentation
- Ist der neue Mitarbeiter mit dem Strukturmodell vertraut?
- Planung des Arbeitsablaufes des Pflegedienstes
- Vorlage und Erläuterung der Stellenbeschreibung
- Grundsätzliche Anforderungen an Auftreten und Verhalten der Mitarbeiter
- Erläuterung der Hygienevorschriften
- Dienstkleidung
- Sicherheitsgrundsätze gegenüber dem Patienten
- Umgang und Verwahrung von Schlüsseln, Dokumentationen, Informationen und Daten
- Verschwiegenheitsgrundsätze gegenüber betriebsfremden Personen und Einrichtungen sowie im Team
- Handlungsabläufe des Personals von der Verordnung zur Pflege oder Behandlung bis zur Beendigung der Pflegemaßnahme
- Handlungsgrundsätze der Mitarbeiter in Notsituationen
- Zusammenarbeit mit Ärzten
- Informationspflicht der Mitarbeiter gegenüber dem zuständigen Arzt bei Pflegeproblemen

2. Praktische Einarbeitung

Die praktische Einarbeitung erfolgt durch einem von der Pflegedienstleitung benannten Mitarbeiter und dauert zwei Wochen.

1. + 2. Tag

Arbeiten und Abläufe werden lediglich gezeigt. Der einzuarbeitende Mitarbeiter notiert sich Besonderheiten.

Einführung zum Thema Strukturmodell. Vermitteln der theoretischen Grundlagen zum Umgang der verschlankten Pflegedokumentation.

3. – 7. Tag

Selbständiges Arbeiten unter Anleitung bzw. Hilfestellung mit inzwischen bekannten Patienten. Während der praktischen Arbeiten werden durch Gespräche und Demonstrationen Kenntnisse und

Fertigkeiten vertieft:

Grundsätze der Grundpflege
Lagerung der Patienten
Hebetechniken
Kontrolle der Ein- und Ausfuhr
Krankenbeobachtung
Durchführung von Prophylaxen
Möglichkeiten der Nahrungsaufnahme
Behandlung und Bewertung von Wunden und Heilungsverläufen
Wund- und Kompressionsverbände
Kontrolle und Bewertung von Blutdruck-, Puls- und Blutzuckerwerten
Injektionstechniken, Umgang mit Pen-Stiften und technischen
Geräten

Erläuterung des Ablaufes der Pflegedokumentation:
Ausfüllen der SIS, Erstellung der Maßnahmenplanung,
Dokumentieren im Berichtblatt und Evaluation anhand einer schon
fertiggestellten Pflegedokumentation.

8. – 12. Tag

Selbständiges Arbeiten unter Anleitung und Kennenlernen aller
Touren und Patienten.

13. + 14. Tag

Selbständige Pflegearbeit auf einer festgelegten Tour. Im Notfall ist
eine schnelle Unterstützung durch eine Kollegin möglich (Handy).
Selbständiges Durchführung der Dokumentation: Dokumentieren
im Berichtblatt bei Abweichungen, Abzeichnen der
Leistungsberichte und Protokolle.

3. Einschätzung

15. + 16. Tag

Die Pflegedienstleitung und die Kontaktperson führen mit dem einge-
arbeiteten Mitarbeiter ein Gespräch, in dem es darum geht,
Leistungen und Selbständigkeit während der Einarbeitungsphase
einzuschätzen.

Darauf aufbauend werden die weiteren Aufgaben der neuen
Mitarbeiterin festgelegt. Bei einer neuen Patientenaufnahme, erstellt
der neue Mitarbeiter die SIS und den Maßnahmenplan mit
Unterstützung und Anleitung einer erfahrenen Kollegin. Danach
erfolgt eine erneute Evaluation, ob der Mitarbeiter weitere
Unterstützung benötigt. Weiter ist zu entscheiden, ob der Mitarbeiter
an einer Weiterbildung zum Strukturmodell teilnehmen soll.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Prüfungsleistung wurde bisher bzw. gleichzeitig keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Alle Zitate oder Stellen, die dem Wortlaut nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall unter genauer Angabe der Quelle deutlich als Entlehnung kenntlich gemacht.

Zwickau, den

Ort, Datum

Unterschrift