

The logo for EinSTEP, featuring the text 'EinSTEP' in white on an orange square background. Below the text are three white, parallel, slanted lines that suggest a staircase or a path.

EinSTEP

Einführung des Strukturmodell
zur Entbürokratisierung der
Pflegedokumentation

Handreichung zum Maßnahmenplan in der Pflegedokumentation nach dem Konzept des Strukturmodells „EinSTEP“

Stand: Dezember 2024

Projektbüro EinSTEP

www.ein-step.de

Inhalt

Vorbemerkung	3
1 Zielsetzung und Prinzipien des Strukturmodells	4
1.1 Übergeordnete Zielsetzung	4
1.2 Fachliche Konzeption	4
1.2.1 Prinzipien	4
1.2.2 Zusammenfassung	5
2 Hintergrund	6
3 Zielgruppen der Handreichung und Anwendungsempfehlungen	7
4 Der Maßnahmenplan	7
4.1 Grundsätze des Maßnahmenplans	7
4.2 Problembeschreibung	8
4.3 Fachliche Grundsätze zur Formulierung des Maßnahmenplans zu ausgewählten Themen	9
4.3.1 Umgang mit Hilfsmitteln im Maßnahmenplan	9
4.3.2 Risikoprophylaxen im Maßnahmenplan	9
4.3.3 Ärztlich angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen	9
4.3.4 Planung und Dokumentation von Angeboten der sozialen Betreuung ...	9
4.3.5 Maßnahmenplan zum Aufenthalt im Freien	9
4.3.6 Zu Beginn des Pflegeauftrags oder bei instabilen Phasen	10
5 Fragen aus der Praxis rund um das Thema Maßnahmenplan	10
5.1 Häufige Fragestellungen im Kontext Körperpflege	10
5.1.1 Müssen „Pflegeprodukte“ im Maßnahmenplan aufgeführt werden?	10
5.1.2 Muss die Wassertemperatur im Maßnahmenplan angegeben werden?	10
5.1.3 Ist es notwendig zu beschreiben, dass ein pflegebedürftiger Mensch sitzend, auf dem Duschhocker geduscht wird, wenn dieses Vorgehen in der Einrichtung üblich ist?	10
5.1.4 Wie muss die Nagelpflege geplant werden?	10
5.1.5 Was ist bei der Nachsorge des Toilettengangs und Inkontinenzversorgung zu planen?	10
5.2 Häufige Fragestellungen im Kontext Hilfsmittel	11
5.2.1 Muss der Batteriewechsel eines Hörgerätes im Maßnahmenplan beschrieben werden?	11
5.2.2 Muss der Umgang mit einer Brille (Reinigung, Auf- und Absetzen) im Maßnahmenplan aufgeführt werden?	11

5.3	Detaillierungsgrad des Maßnahmenplans im Zusammenhang mit dem Risikomanagement	11
5.3.1	Wie ist mit Risiken umzugehen, die sich aus Bewegungseinschränkungen ergeben?	11
5.3.2	Wie ausführlich sind Maßnahmen der Lagerung und Positionierung bei Dekubitusrisiko zu beschreiben?.....	11
5.3.3	Wie ist mit Risiken im Bereich der Ernährungsmanagements umzugehen ?	11
5.4	Ein Fallbeispiel zur Pflegehandlung Duschen	12
6	Zusammenfassung und Schlussbemerkungen	13

Vorbemerkung

Über Jahrzehnte hinweg wurde die Pflegedokumentation durch einen immer kleinteiligeren Detaillierungsgrad weiter aufgebläht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde 2013 ein Lösungsvorschlag in Zusammenarbeit mit Expertengruppen aus Praxis, Wissenschaft, Management, Vertretung der Länder und Prüfinstanzen entwickelt. Es entstand das „Strukturmodell“ als eine Grundlage zur Umsetzung des Pflegeprozesses in Pflegeeinrichtungen gem. SGB XI sowie eine Empfehlung zur praktischen Erprobung. Nach einem erfolgreichen Praxistest und einem anschließenden, bundesweites „Rollout“ des Strukturmodells wurde am 01.01.2015 das zentrale Projektbüro „EinSTEP“ zur Koordination und Steuerung der bundesweiten Implementierung in der ambulanten und stationären Pflege eingerichtet. Im November 2017 wurde die Trägerschaft des Projektbüros EinSTEP durch die Leistungserbringerverbände auf Bundesebene übernommen. Die Schirmherrschaft liegt bei den jeweiligen Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Im Jahr 2018 wurde das Strukturmodell ergänzend in der Kurzzeitpflege und der Tagespflege erprobt und angepasst. Aktuell wird von einer Umsetzung des Konzepts des Strukturmodells in bis zu 80 % der Einrichtungen der Langzeitpflege ausgegangen.

Unterschiedliche Ursachen haben trotz dieser erfreulichen Entwicklung auch dazu zugeführt, dass in der Praxis einige Varianten umgesetzt werden, die mit den Zielen und Prinzipien des Strukturmodells nicht mehr oder nur eingeschränkt im Einklang stehen.

Dabei lässt das Konzept des Strukturmodells den Pflegeeinrichtungen unter Beachtung der Anforderungen an den Pflegeprozess und bei Einhaltung der Prinzipien bewusst fachlichen Spielraum in der Ausgestaltung der Pflegedokumentation. Im Rahmen von Prüfereignissen können sich daher mitunter Fragen zu Art und Umfang der einrichtungsindividuellen Pflegedokumentation ergeben, die im Fachgespräch zu erörtern sind. Dies setzt ein gleiches Verständnis des Konzepts des Strukturmodells voraus.

Zur allgemeinen Orientierung werden daher das Konzept und die Prinzipien des Strukturmodells, den folgenden Ausführungen vorangestellt.

1 Zielsetzung und Prinzipien des Strukturmodells

1.1 Übergeordnete Zielsetzung

Die Entwicklung des Strukturmodells basiert u. a. auf folgenden übergeordneten Zielen:

- Stärkung der fachlichen Kompetenz von Pflegefachkräften und Aufhebung des Eindrucks, nur für Prüfinstanzen zu dokumentieren
- Rückgewinnung des Stellenwerts der Pflegedokumentation zur Steuerung des individuellen Pflegeprozesses
- Orientierung auf das umfassende Pflegeverständnis in der Langzeitpflege basierend auf dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Zeitersparnis durch Reduktion von unnötigem Dokumentationsaufwand, zur Entlastung der Pflegenden und „Mehr Zeit für die Pflege“ (Entbürokratisierung)

1.2 Fachliche Konzeption

Für die Entwicklung des fachlichen Konzepts des Strukturmodells wurde u. a. eine konsequente Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen des pflegebedürftigen Menschen im Rahmen von Verständigungsprozessen im Sinne der Person-zentrierung zu Grunde gelegt.

1.2.1 Prinzipien

Um die fachlichen Aspekte und die Aspekte der Entbürokratisierung zur Wirkung zu bringen, wurden sogenannte „Prinzipien des Strukturmodells“ für die Pflegedokumentation festgelegt, die sich im Wesentlichen in Anlehnung an den Pflegeprozess laut WHO (Yura & Walsh 1967) auf folgende vier Elemente (Prozessschritte) stützen.

- Element 1: Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Die SIS® schafft Übersicht und Orientierung zur Situation des pflegebedürftigen Menschen und deren individuellen Bedürfnisse und Bedarfe (Felder A - C). Feld B ist entlang von sechs Themenfeldern in Anlehnung an die Bereiche des Begutachtungsinstruments (BI) strukturiert. Hiermit im Zusammenhang steht Feld C die sog. „Risikomatrix“, in welcher aus den Erkenntnissen der Themenfelder eine erste Einschätzung zu den häufigsten Pflegeproblemen/-phänomenen (Risiken) im Kontext von Pflegebedürftigkeit und möglichem individuell erforderlichem Handlungsbedarf zu treffen sind.

Der SIS® liegt - soweit möglich - ein Verständigungsprozess mit dem pflegebedürftigen Menschen zu einzelnen Aspekten entlang der Themenfelder zugrunde. Das Prinzip: keine schematische Routine in Form standardisierter Instrumente sondern verschiedene fachliche Varianten des Vorgehens je nach individueller Situation und fachlicher Einschätzung (vgl. Darstellung Work-Flow auf Folie 72 Schulungsunterlagen EinSTEP von 2019).

- Element 2: Der Maßnahmenplan

Der Maßnahmenplan leitet sich aus den verschiedenen Erkenntnissen in den Feldern (A = Grundbotschaft, B = Themenfelder, C = Risikomatrix) der SIS® ab und ist handlungsleitend für alle Mitarbeitenden. Er enthält kurz und knapp entlang der Tagesstruktur (24 Std.) wesentliche Informationen zu Maßnahmen der individuellen Pflege und Betreuung, des Risikomanagements und der Behandlungspflege. Liegen für Routinemaßnahmen der Pflege und Betreuung interne Verfahrensanleitungen vor, kann darauf verwiesen werden. Im Maßnahmenplan wird dann beschrieben, wie im Einzelfall aufgrund individueller Bedürfnisse

und Bedarfe davon abgewichen werden kann. Bei der Erstellung des Maßnahmenplans fließen die Erkenntnisse aller an der Pflege und Betreuung Beteiligten mit ein.

▪ Element 3: Das Berichteblatt

Das Berichteblatt hat eine wesentliche Funktion zur Steuerung des Pflegeprozesses. Es werden ausschließlich Abweichungen vom Maßnahmenplan, akute Veränderungen oder (positive wie negative) Ereignisse sowie evtl. wesentliche Verlaufsinformationen (z. B. aus festgelegten Beobachtungszeiträumen) sowohl von der Pflege als auch der Betreuung dokumentiert. Dieses Prinzip setzt voraus, dass alle Beteiligten (Pflege und Betreuung, ggf. auch therapeutische Fachkräfte) Zugang zur Pflegedokumentation und eine Berechtigung für Einträge in das Berichteblatt haben. Dies beugt der Doppeldokumentation sowie Informationsverlusten vor. Veränderungsprozesse im Gesundheitszustand sowie ein Evaluationsbedarf einzelner Maßnahmen können somit frühzeitig erkannt werden.

Der Verzicht auf Einzelleistungsnachweise (vgl. „Immer so Beweis“ lt. Kasseler Erklärung, s. Schulungsunterlagen von EinSTEP) ist daran geknüpft, dass:

- interne Verfahrensanleitungen zu immer wiederkehrenden, grundpflegerischen (Routine-) Maßnahmen vorliegen und bekannt sind;
- Regelungen dazu, z. B. im Qualitätsmanagement oder in den Einarbeitungsunterlagen, für neue Mitarbeitende mit einem Protokoll der Kenntnisnahme vorliegen.

Aus haftungsrechtlichen Gründen wird es im Rahmen der Behandlungspflege für sinnvoll und notwendig erachtet, an einer fortlaufenden Abzeichnung der durchgeführten Maßnahmen festzuhalten. Dies erfolgt durch diejenige Person, welche die Maßnahme erbracht hat und wird ggf. um Hinweise im Berichteblatt ergänzt (s. Kasseler Erklärung, Januar 2014).

▪ Element 4: Die Evaluation

Im Gegensatz zu einer schematischen „Routineevaluation“ soll das Instrument der Evaluation im Konzept des Strukturmodells möglichst zielgerichtet und individuell eingesetzt werden. Sie dient der Überprüfung der geplanten Maßnahmen und ggf. deren Anpassung an eine veränderte Situation und Bedarfe.

Hierfür steht im Strukturmodell das Prinzip des „kleinen (Option A) oder großen (Option B) Evaluationskreises“ zur Steuerung des Pflegeprozesses zur Verfügung. Es ist fachlich nicht notwendig, bei jeder Veränderung des Maßnahmenplans auch die SIS[®] zu ändern. Das würde dem Kerngedanken des Strukturmodells, einer schlanken Pflegedokumentation, zuwiderlaufen. Option B kommt daher nur bei gravierenden Veränderungen im Zustand des pflegebedürftigen Menschen zum Tragen. Option A (Erkenntnisse aus Eintragungen im Berichteblatt, deren Evaluation und Anpassung des Maßnahmenplans) gilt daher als Regelfall.

Für beide Varianten bedarf es einer internen Regelung des Pflege- und Qualitätsmanagements im QM-Handbuch.

1.2.2 Zusammenfassung

Die Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell bildet die aufeinander aufbauenden Schritte im vierphasigen Pflegeprozess ab und ist auf dieser Grundlage als Arbeitsmittel und -methode des Pflege- und Betreuungsteams zu verstehen. Um sie als solches auch nutzen zu können

und eine (möglichst) gleichbleibende Qualität der Pflege und Betreuung sicherzustellen, muss die Pflegedokumentation:

- die aktuelle Situation der Bedarfe und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen widerspiegeln,
- in sich entlang der Tagesstruktur (24 Stunden) plausibel sein,
- die Prinzipien des Strukturmodells einhalten.

2 Hintergrund

Die Umsetzung der Pflegedokumentation nach dem Konzept des Strukturmodells bedarf nicht nur einer einmaligen Schulung der Mitarbeitenden, sondern einer kontinuierlichen Schulung und Verstetigung in den Pflegeeinrichtungen. Es ist darauf zu achten, dass der Software-Hersteller die Prinzipien und Elemente des Strukturmodells umsetzt (vgl. Anforderungsprofil für Hersteller auf der EinSTEP-Internetseite).

Die sich fortlaufend ändernden Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege gehen häufig mit Rückmeldungen an das Projektbüro EinSTEP einher, dass Unvereinbarkeiten mit dem Strukturmodell gesehen werden. Dies betrifft z. B. die Erfordernisse des Pflegegradmanagements oder die Datenerhebung der vollstationären Pflege für die Berechnung von Qualitätsindikatoren. Diese Hinweise wurden stets geprüft und konnten bislang weitestgehend ausgeräumt werden. Das Konzept des Strukturmodells steht auch der aktuellen fachlichen Ausrichtung der QPR (stationär) nicht entgegen. Beiden liegt jeweils eine Orientierung am Pflegeverständnis gemäß des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugrunde.

Zunehmend mehren sich Rückmeldungen aus der Praxis, dass aus verschiedenen Richtungen Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen und -dienste zum Umfang der Pflegedokumentation gestellt werden. Diese haben dazu geführt, dass der Detaillierungsgrad des Maßnahmenplans wieder deutlich zugenommen hat (z. B. BAGFW-Trendabfrage: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/1_6_financial_BAGFW_Folge_Abfrage_Stukturmodell_und_QPR.pdf).

Im Lenkungsgremium auf Bundesebene und in Zusammenarbeit mit den Kooperationsgremien der Länder von EinSTEP wurden diese Problemanzeigen aus der Praxis aufgenommen. Im Rahmen eines ersten Workshops mit Vertreter*innen der Leistungserbringerverbände und der Prüfdienste wurde hier ganz besonders eine Zunahme des Umfangs bei der Maßnahmenplanung als Ursache dieser Entwicklungen identifiziert. Auf Beschluss des Lenkungsgremiums wurde 2023 eine Arbeitsgruppe¹ mit Praxisvertreter*innen aus Pflegeeinrichtungen und Prüfdiensten eingerichtet, die die Grundlage für ein gemeinsames Verständnis eines schlanken Maßnahmenplans mit einem fachlich fundierten Detaillierungsgrads schaffen sollte.

¹ Die AG-Mitglieder waren: Elise Coners (MD Nord), Judith Ebel (Pflegerwissenschaftliche Beratung im Gesundheitsswesen), Ellen Fähmann (bpa Brandenburg), Vera Gualdi (MD Hessen), Dominique Labouvie (MD Bayern), Miriam Müller-Steineck (MD Bund), Melanie Nußbaum (Careproof), Eva-Maria Riegel (Der Paritätische Berlin), Elke Erika Rösen (EinSTEP-Multiplikatorin, ehem. Regional Koordinatorin), Lars Wöhler (bpa Niedersachsen). Die Leitung der AG lag bei der ehemailigen Regional Koordinatorin von EinSTEP Kerstin Triftshäuser und eine pflegerwissenschaftliche Begutachtung der Handreichung erfolgte durch Prof. Dr. Kathrin Engel von der EHS Dresden. Die organisatorische Begleitung der AG lag beim Projektbüro EinSTEP.

Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe mündeten schließlich in der vorliegenden Handreichung. Sie soll Pflegeeinrichtungen ausdrücklich ermuntern, die Prinzipien der Pflegedokumentation gemäß Strukturmodell zu beachten und einzuhalten.

3 Zielgruppen der Handreichung und Anwendungsempfehlungen

Die vorliegende Handreichung richtet sich an Pflegenden und Betreuenden in Pflegeeinrichtungen gem. SGB XI sowie Mitarbeitende von Prüfinstanzen.

Das Projektbüro EinSTEP empfiehlt, dass sich Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen und Prüfdiensten, sowohl der Pflegekassen als auch der Heimaufsichten, im Rahmen ihres Qualitätsmanagements, der Praxisanleitung und internen Fortbildung mit der Handreichung auseinandersetzen und diese schulen.

4 Der Maßnahmenplan

Im ersten Element des Pflegeprozesses, der SIS[®], erfolgt die Situationsbeschreibung, welche die pflegfachliche Einschätzung abbildet und Wünsche, Bedürfnisse und biographische Aspekte beschreibt. Im Maßnahmenplan ist darauf aufbauend festzuhalten, was auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse, im Pflegealltag umgesetzt werden soll.

Maßnahmen im Sinne einer person-zentrierten Pflege sind „vorgeschlagene Unterstützungsleistungen“ bei denen zu eruieren ist, inwieweit diese vom Pflegebedürftigen angenommen oder abgelehnt werden. Grundsätzlich ist die Maßnahmenplanung ein Instrument für „etablierte“ Maßnahmen. Vorübergehende Maßnahmen oder (zu erprobende) Maßnahmen zu Beginn des Versorgungsauftrages können zunächst im Pflegebericht dokumentiert und dort evaluiert werden, bevor sie als dauerhaft zu erbringende Unterstützungsleistungen in den Maßnahmenplan aufgenommen werden. Dem Maßnahmenplan kann eine Grundbotschaft vorangestellt werden.

4.1 Grundsätze des Maßnahmenplans

Eine Planung von Maßnahmen ist grundsätzlich nur erforderlich, wenn ein Hilfe- oder Unterstützungsbedarf vorliegt. In der ambulanten Pflege ist ein Maßnahmenplan nur für die, mit dem pflegebedürftigen Menschen vereinbarten, Leistungen notwendig. In der teilstationären Pflege wird der Maßnahmenplan nur für Leistungen im Rahmen der Besuchszeit erstellt. Im Konzept des Strukturmodells ist festgelegt, dass zu Beginn des Pflege- und Betreuungsauftrags der (vorläufige) individuelle Maßnahmenplan möglichst von derjenigen Pflegefachkraft erstellt wird, die das Erstgespräch (zur SIS[®]) mit dem pflegebedürftigen Menschen geführt hat. Hintergrund ist, dass sich der Maßnahmenplan Schritt für Schritt daran orientiert und darauf aufbaut (Botschaft des pflegebedürftigen Menschen/Themenfelder/Risikomatrix).

Wesentliche Informationen von An- und Zugehörigen oder weiteren Mitarbeitenden anderer Bereiche (Betreuung/Therapeut*innen/Hauswirtschaft/Seelsorge etc.) fließen in den Maßnahmenplan ebenfalls mit ein. Werden diese in die Versorgung eingebunden, kann dies im Maßnahmenplan festgehalten werden, sofern es nicht schon in einem der Themenfelder in der SIS[®]. Es wird empfohlen vor der abschließenden Vervollständigung des Maßnahmenplans mit dem pflegebedürftigen Mensch abzustimmen und eine Fallbesprechung im Team durchzuführen. Unklare Situationen (physisch/sozial/psychisch) können durch eine zeitlich befristete Beobachtung oder durch andere Aktivitäten abgeklärt und evaluiert werden.

Bei Menschen, die sich selbst äußern können, braucht es ausreichende, aber weniger differenzierte Beschreibungen als bei kognitiv schwer beeinträchtigten Pflegebedürftigen. Jedoch sollen sich im Maßnahmenplan auch hier allgemein übliche und in den pflegerischen Verfahrensanleitungen beschriebene Vorgehensweisen wiederfinden und nur individuelle Abweichungen beschrieben werden. Dies betrifft z. B. handelsübliche Pflegemittel, die Wassertemperatur und andere Selbstverständlichkeiten oder Routinen.

Im Verlauf der Pflege und Betreuung kann die Verantwortung für die Aktualisierung des Maßnahmenplans unter den Pflegefachkräften unter Umständen wechseln. Das Vorgehen und die daraus resultierende Anforderungen an die Pflegedokumentation folgen jedoch fachlichen Rahmenbedingungen, deren Anwendung auf verschiedene Fragestellungen übertragbar ist, also grundsätzlich (immer) gilt.

Im Folgenden werden die relevanten Aspekte aus Sicht der Arbeitsgruppe benannt und erläutert, bevor im darauffolgenden Kapitel 5 auf spezielle Fragen aus der Praxis im Detail eingegangen wird.

Grundsätzlich gilt: Die Betrachtung des Maßnahmenplans kann nicht losgelöst von anderen Bestandteilen der Dokumentation erfolgen, denn die einzelnen Elemente bauen aufeinander auf und ergänzen sich. So ist nicht das korrekte Befüllen einzelner Dokumentationsblätter zu beurteilen, sondern die Gesamtdarstellung des Verlaufs über alle Dokumente zu den vier Elementen (sog. Fallbetrachtung, Roes 2014).

4.2 Problembeschreibung

Obwohl der Maßnahmenplan durch eine klare Struktur und die Fokussierung auf wesentliche, individuelle Inhalte (die über die in den Standards definierten grundlegenden pflegerischen Handlungen hinausgehen) eine schnelle Orientierung für alle Beteiligten ermöglichen soll, stehen dem in der Praxis häufig interne und externe Anforderungen entgegen. Beispiele hierfür sind:

- Anforderungen an zu kleinschrittige oder ausufernde Formulierungen der Maßnahmen;
- Forderungen nach zu detaillierten Beschreibungen von Maßnahmen, trotz vorliegender Verfahrensanleitung, wenn keine speziellen Wünsche vorliegen, wie z. B. eine genaue Beschreibung der Reinigung oder Intimpflege nach dem Toilettengang;
- Beschreibung von (pflegerischen) Selbstverständlichkeiten wie z. B. „sorgfältiges Abtrocknen“, „Schamgefühl beachten“ oder organisatorischen Abläufen, wie z. B. „Essenstablrett hinstellen“, „Wasser ins Waschbecken einfüllen“, „Anklopfen und Fenster schließen“;
- Doppelte Dokumentation derselben Sachverhalte, wie z. B. Aufzählen von Hilfsmitteln in verschiedenen Dokumenten;
- Schematische Nennung von Prophylaxen im Rahmen pflegerischer Handlungen, wie z. B. Abtrocknen als Intertrigoprophyllaxe, ohne dass dafür ein erhöhtes Risiko vorliegt und in der SIS® beschrieben wurde. Weitere Beispiele für die schematische Nennung von Prophylaxen sind:
 - Fenster öffnen und Aufforderung zum Atmen als Pneumonieprophyllaxe
 - Ausreichendes Trinken als Obstipationsprophyllaxe
 - Waschen der Beine herzwärts als Thromboseprophyllaxe

- Pflegerische Mobilisation als Kontrakturprophylaxe
- Forderung nach Vorhaltung einer Doppelstruktur durch beispielsweise einer individuellen Tagesstrukturierung und eines individuellen Maßnahmenplanes oder einer Maßnahmenplanung für pflegerische Maßnahmen und einer Maßnahmenplanung für die Betreuung in jeweils zwei (getrennten) Bestandteilen der Pflegedokumentation.

4.3 Fachliche Grundsätze zur Formulierung des Maßnahmenplans zu ausgewählten Themen

4.3.1 Umgang mit Hilfsmitteln im Maßnahmenplan

Es muss nachvollziehbar sein, welche Hilfsmittel beim pflegebedürftigen Menschen zur Anwendung kommen. Der individuelle Umgang ist der Produktbeschreibung des jeweiligen Medizinprodukts zu entnehmen und den Mitarbeitenden in der Regel bekannt. Eine genaue Produktspezifizierung, z. B. welches Fabrikat oder welche Marke ist nicht erforderlich.

4.3.2 Risikoprophylaxen im Maßnahmenplan

Individuelle Risiken müssen im Rahmen der Pflegedokumentation (SIS[®], Berichtblatt) klar erkennbar sein. Die erforderlichen, individuellen Pflegemaßnahmen werden daraus abgeleitet und sind im Maßnahmenplan nachvollziehbar zu beschreiben. Die alleinige Benennung der Prophylaxe zum jeweiligen Risiko (z. B. Dekubitus- oder Sturzprophylaxe) ist nicht ausreichend. Dabei müssen die prophylaktischen Maßnahmen nicht zwingend einzeln aufgeführt werden, sondern können auch Bestandteil übergeordneter Maßnahmebeschreibungen sein (z. B. in der Morgenpflege).

4.3.3 Ärztlich angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen

Die zu erfolgenden behandlungspflegerischen Maßnahmen sind im Maßnahmenplan aufzuführen und folgen der ärztlichen Anordnung. Die Durchführung ist durch Abzeichnung zu bestätigen. Es ist nicht notwendig Grundsätze eines fachlichen und hygienischen Vorgehens bei behandlungspflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Ggf. sind aber individuell zu berücksichtigende Aspekte bzw. besondere oder seltene Ausprägungen solcher Maßnahmen aufzuführen, soweit diese nicht in internen Verfahrensanleitungen geregelt sind.

4.3.4 Planung und Dokumentation von Angeboten der sozialen Betreuung

Aufbauend auf Fähigkeiten, Wünschen und dem lebensgeschichtlichen Hintergrund des pflegebedürftigen Menschen werden individuelle Maßnahmen (ggf. unter Bezugnahme auf einrichtungsinterne Angebotspläne) erstellt, aus denen hervorgeht, an welchen Maßnahmen (z. B. Dienstagabend Teilnahme an Skatrunde) der pflegebedürftige Mensch teilnimmt. Wird dieser Plan so umgesetzt, sind Einzelleistungsnachweise sowie tägliche Berichtseinträge nicht notwendig. Einrichtung intern ist zu regeln, wie mit der Evaluation bezüglich der Angebote umzugehen ist, z. B. im Berichtblatt. Bei pflegebedürftigen Menschen, die unregelmäßig teilnehmen oder bei denen nur mit Einzelangeboten gearbeitet werden kann, sollen individuelle Eintragungen im Berichtblatt erfolgen und die Maßnahmen überprüft werden.

4.3.5 Maßnahmenplan zum Aufenthalt im Freien

Wenn Unterstützungsbedarf bei Aufhalten im Freien aufgrund kognitiver Defizite besteht, ist ein regelmäßiger, entsprechend den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der versorgten Person, Aufenthalt im Freien im Maßnahmenplan zu berücksichtigen und zu beschreiben. Sofern Einschränkungen oder andere Unterstützungsbedarfe, z. B. im Bereich der Mobilität

vorliegen, die speziell für den Aufenthalt im Freien relevant sind, ist dies bei der Planung (und Durchführung) der Maßnahme entsprechend zu berücksichtigen.

Eine Maßnahme zu planen ist jedoch nicht notwendig, wenn die versorgte Person selbständig entscheiden und Wünsche zum Aufenthalt im Freien äußern kann. Hier reicht eine Beschreibung der Wünsche und Vorlieben im Rahmen der Informationssammlung.

4.3.6 Zu Beginn des Pflegeauftrags oder bei instabilen Phasen

Kennt das Pflegepersonal den pflegebedürftigen Menschen noch nicht so gut oder befindet sich dieser in einer instabilen Phase, dann sind engmaschigere, zeitlich befristete Berichte zum Befinden und der Wirkung von Maßnahmen im Berichtsblatt notwendig. Dies verschafft ein fachliches Gesamtbild und ermöglicht es, die Erkenntnisse zu einem späteren Zeitpunkt im Maßnahmenplan zu verankern.

5 Fragen aus der Praxis rund um das Thema Maßnahmenplan

5.1 Häufige Fragestellungen im Kontext Körperpflege

5.1.1 Müssen „Pflegetechnik“ im Maßnahmenplan aufgeführt werden?

Hautreinigungsmittel und/oder andere Hautmittel zum Verbleib (z. B. Körperlotion) müssen nur benannt werden, wenn dahingehend ein Hilfebedarf besteht und ausdrückliche Wünsche des pflegebedürftigen Menschen dazu vorliegen.

5.1.2 Muss die Wassertemperatur im Maßnahmenplan angegeben werden?

Wenn keine individuellen Wünsche bezüglich der Wassertemperatur vorliegen (z. B. kaltes Wasser) ist diesbezüglich nichts in der Dokumentation aufzunehmen.

5.1.3 Ist es notwendig zu beschreiben, dass ein pflegebedürftiger Mensch sitzend, auf dem Duschhocker geduscht wird, wenn dieses Vorgehen in der Einrichtung üblich ist?

Wenn in der Verfahrensanleitung beschrieben ist, dass grundsätzlich im Sitzen auf dem vorgehaltenen Duschhocker geduscht wird, dann müssen nur individuelle Abweichungen (z. B. im Stehen) im Maßnahmenplan beschrieben werden.

5.1.4 Wie muss die Nagelpflege geplant werden?

Wenn die Nagelpflege als reguläre Maßnahme der Körperpflege in der Verfahrensanleitung „Körperpflege“ beschrieben ist, muss diese nicht mehr gesondert im Maßnahmenplan erwähnt werden. Individuelle Wünsche zur Nagelpflege müssen dokumentiert werden.

5.1.5 Was ist bei der Nachsorge des Toilettengangs und Inkontinenzversorgung zu planen?

In der entsprechenden Maßnahme muss nachvollziehbar dokumentiert sein, welcher Unterstützungsbedarf besteht. Die Ableitung aus anderen Maßnahmen ist möglich.

Beispiel: Kann die Person sich nicht selbst kleiden und erhält im Rahmen anderer Pflegemaßnahmen dahingehend Unterstützung, so ist selbsterklärend, dass diese Unterstützung auch beim Toilettengang erfolgt. Wenn die Dokumentation bereits Aussagen, beispielweise zu den Fähigkeiten beim Ankleiden, enthält und der pflegebedürftige Mensch keine individuellen Wünsche hat, reicht es aus "Hilfe beim Toilettengang" zu planen. Weiterhin sind ggf. Vorgaben des internen Qualitätsmanagements einzubeziehen.

5.2 Häufige Fragestellungen im Kontext Hilfsmittel

Die Beschreibung der Umgangs mit Hilfsmitteln ist grundsätzlich nur erforderlich ist, sofern ein Unterstützungsbedarf dahingehend vorliegt. Hier konkrete Beispiele:

5.2.1 Muss der Batteriewechsel eines Hörgerätes im Maßnahmenplan beschrieben werden?

Batterien sind zu wechseln, wenn dies erforderlich ist und beim pflegebedürftigen Menschen Unterstützungsbedarf besteht, z. B. wegen Einschränkungen in der Feinmotorik der Hände. Dieser Unterstützungsbedarf muss aus der Dokumentation hervorgehen. Es ist nicht notwendig den Batteriewechsel in den Maßnahmenplan aufzunehmen.

5.2.2 Muss der Umgang mit einer Brille (Reinigung, Auf- und Absetzen) im Maßnahmenplan aufgeführt werden?

Eine Brille ist zu reinigen bzw. auf- und abzusetzen, wenn dies erforderlich ist und beim pflegebedürftigen Mensch Unterstützungsbedarf besteht, z. B. aufgrund kognitiver Einschränkungen. Der Unterstützungsbedarf muss aus der Dokumentation hervorgehen. Kleinteilige Beschreibungen, wann die Brille auf- und abgesetzt oder gereinigt wird, sind nicht erforderlich, sofern der allgemeingültige Umgang in einrichtungsinternen Qualitätsvorgaben (Verfahrensanleitungen, Standards etc.) geregelt ist. Weicht das Vorgehen jedoch von diesen Regelungen ab, da beispielsweise individuelle Wünsche vorliegen, ist dies in der Maßnahmenplan aufzunehmen.

5.3 Detaillierungsgrad des Maßnahmenplans im Zusammenhang mit dem Risikomanagement

5.3.1 Wie ist mit Risiken umzugehen, die sich aus Bewegungseinschränkungen ergeben?

Bewegungseinschränkungen müssen im Rahmen der Pflegedokumentation verständlich beschrieben sein. Die Benennung sich daraus ableitender Risiken (z. B. Kontrakturrisiko) ist im Einzelnen nicht erforderlich, da sich wesentliche Risiken bereits aus der SIS® / Risikomatrix ergeben. Maßnahmen zum Umgang mit Risiken, die im Zusammenhang mit der Unterstützung bei Bewegungseinschränkungen zu erbringen sind, sind im Maßnahmenplan zu berücksichtigen.

5.3.2 Wie ausführlich sind Maßnahmen der Lagerung und Positionierung bei Dekubitusrisiko zu beschreiben?

Im Maßnahmenplan muss ein maximales, bewegungsfreies Intervall hinterlegt sein sowie die zur Anwendung kommenden Lagerungsarten und mögliche Hilfsmittel. Die Maßnahmen müssen eventuelle individuelle, gesundheitliche Beeinträchtigungen (z. B. Apoplex) berücksichtigen. Konkrete Uhrzeiten im Maßnahmenplan sind nicht erforderlich. Die konkrete Durchführung der Positionswechsel muss jedoch mit Zeitangabe (z. B. in einem Bewegungsplan) nachvollziehbar sein.

5.3.3 Wie ist mit Risiken im Bereich der Ernährungsmanagements umzugehen ?

Wird in diesem Bereich in der SIS® oder im Verlauf (Berichteblatt) ein Risiko vermutet oder festgestellt, ist es notwendig dieses genauer zu beschreiben sowie den pflegebedürftigen Menschen dahingehend genauer zu beobachten. Dazu kann es sinnvoll sein, z. B. ein zeitlich befristetes Ernährungs- oder Trinkprotokoll einzusetzen oder befristet

engmaschigere Gewichtskontrollen vorzunehmen. Je nach Erkenntnislage sind aufbauend auf die Evaluation dieser Maßnahmen für die Person zugeschnittene, gezielte Maßnahmen zu planen bzw. ist der Maßnahmenplan zu aktualisieren.

5.4 Ein Fallbeispiel zur Pflegehandlung Duschen

Die individuelle Situation des pflegebedürftigen Menschen, inklusive körperlicher oder kognitiver Einschränkungen, persönlicher Wünsche und Gewohnheiten sowie ggf. biographischer Aspekte müssen in der Pflegedokumentation (SIS®) beschrieben sein. Maßnahmen werden gemeinsam mit dem pflegebedürftigen Menschen aus diesen Informationen entsprechend abgeleitet.

Der individuelle Detailierungsgrad hängt von den folgenden zwei Aspekten ab:

1. In welchem Maße sind individuelle Besonderheiten sowie Wünsche und Gewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen bekannt, die beim Duschbad berücksichtigt werden müssen?
2. Liegen interne Verfahrensanleitungen vor und in welchem Maße weicht das individuelle Vorgehen von diesem ab?

Im Maßnahmenplan sind die individuell erforderlichen Pflegemaßnahmen zu beschreiben. Eine erneute Beschreibung des Unterstützungsbedarfs ist nicht erforderlich, da er sich bereits aus der SIS® ergibt.

Entspricht das Vorgehen der internen Verfahrensanleitung, genügt es in die Maßnahmenplanung lediglich aufzunehmen, dass geduscht wird und wann dies zu erfolgen hat. In den meisten Fällen weicht das Vorgehen jedoch von internen Vorgaben ab und muss individuell bewohnerbezogene Aspekte berücksichtigen z. B.:

- Wann wird üblicherweise geduscht (Wochentag, Tageszeit oder individuell)?
- Welche individuellen Wünsche müssen berücksichtigt werden?
- Geht der individuelle Unterstützungsbedarf ggf. bereits aus anderen Bereichen der Dokumentation hervor/ableitbar?
- Sind besondere Risiken zu berücksichtigen und sind daraus abgeleitet individuelle Maßnahmen durchzuführen (z. B. bei Intertrigo-Risiko in der Leiste, Maßnahme: Einlegen von Leinenlappchen)?

Wenn das Duschen an keinem festen Tag geplant ist, wird zur internen Nachvollziehbarkeit das Führen eines Nachweises (Berichteblatt oder Durchführungsnachweis) empfohlen.

Pflegeprodukte müssen nur benannt werden, wenn ausdrückliche Wünsche des pflegebedürftigen Menschen dazu vorliegen.

Beispiel für eine Maßnahmenbeschreibung (Stichworte: Detaillierungsgrad und handlungsleitend) für einen pflegebedürftigen Menschen, der unselbstständig und kognitiv eingeschränkt ist:

Duschbad immer Samstagabends mittels Duschlifter und mit Unterstützung einer zweiten Pflegeperson, beruhigend auf die Bewohnerin eingehen, besonders gut wirkt das Summen

von Heimatliedern, Haare nach dem Waschen in Wellen nach hinten föhnen. Nachtkleidung und Bademantel anziehen.

Beispiel für eine Maßnahmenbeschreibung (Stichworte: Detaillierungsgrad und handlungsleitend) für einen pflegebedürftigen Menschen, der überwiegend selbstständig und kognitiv eingeschränkt ist:

Duschbad Mittwochmorgens. Bewohnerin anleiten, reichen der Wasch- und Pflegeutensilien, Übernahme des Waschens der Haare, des Rückens und der Beine und Füße sowie des Eincremens des Körpers. Haare trocknen und zu einem Zopf zusammennehmen.

6 Zusammenfassung und Schlussbemerkungen

Das Konzept des Strukturmodells ist darauf ausgerichtet, die Pflegedokumentation wieder auf ihre wichtigen Inhalte zu beschränken, den Pflegeprozess übersichtlich darzustellen und damit der Praxis (wieder) ein Instrument in die Hand zu geben, mit dem im Alltag gearbeitet wird und das Orientierung zu den tatsächlichen Erfordernissen des Pflegebedürftigen (person-zentrierte Sichtweise) bietet. Vor diesem Hintergrund lässt das Konzept den Pflegeeinrichtungen bei Einhaltung der Prinzipien bewusst fachlichen Spielraum in der Ausgestaltung der Pflegedokumentation. Im Rahmen von Prüfereignissen können sich daher mitunter Fragen zu Art und Umfang der einrichtungsindividuellen Pflegedokumentation ergeben, die im Fachgespräch zu erörtern sind. In diesen Zusammenhängen mehrten sich allerdings in den letzten Jahren die Rückmeldungen aus der Praxis, dass Anforderungen an den Umfang der Pflegedokumentation aus verschiedenen Richtungen an die Pflegeeinrichtungen gestellt werden und der Detaillierungsgrad insbesondere beim Maßnahmenplan deutlich zunimmt. Diese Handreichung dient als Hilfestellung für Pflegenden und Betreuenden in Pflegeeinrichtungen gem. SGB XI sowie Mitarbeitenden von Prüfinstanzen.

Die Handreichung bietet exemplarisch Lösungsvorschläge beruhend auf den Grundprinzipien des Strukturmodells. Diese sind nicht immer abschließend zu verstehen. Sie basieren auf den aktuellen EinSTEP-Materialien sowie Prüfgrundlagen. Ändern sich diese Grundlagen kann eine Änderung oder Ergänzung der Handreichung notwendig werden. Das Projektbüro EinSTEP wird daher evtl. Änderungsbedarf im Auge behalten. Alle Leser*innen und Nutzer*innen dieser Handreichung sind darüber hinaus eingeladen, Ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Handreichung Ihren Dachverbänden oder dem Projektbüro (projektbuero@ein-step.de) mitzuteilen.