

Nach den AEDL
Mit SIS®- und
BI-Übersicht

Stefanie Hellmann

Formulierungshilfen für die Pflegeprozessplanung

Praktische Checklisten für jeden Tag

9., aktualisierte Auflage



Stefanie Hellmann

Formulierungshilfen für die Pflegeprozessplanung

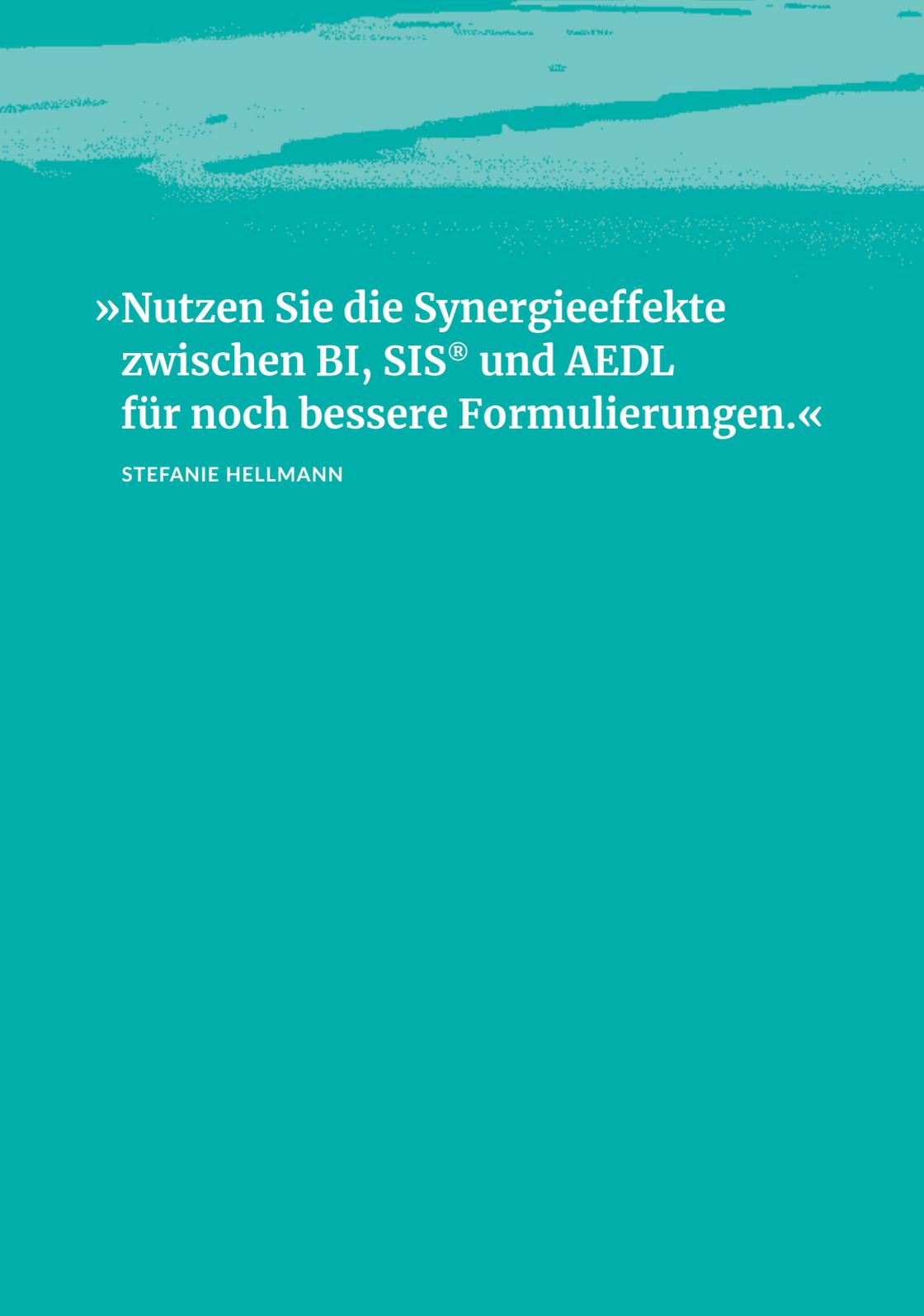
Praktische Checklisten für jeden Tag

9., aktualisierte Auflage



schlütersche

Stefanie Hellmann ist staatlich examinierte Altenpflegerin und Auditorin, Dipl.-Pflegerin (FH), Heimleiterin und Dozentin in der Altenpflege.

An aerial photograph of a snowy mountain landscape. A winding road leads up a slope towards a small building. The terrain is covered in snow, and the sky is a pale, overcast blue.

**»Nutzen Sie die Synergieeffekte
zwischen BI, SIS[®] und AEDL
für noch bessere Formulierungen.«**

STEFANIE HELLMANN



pflegebrief

– die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-964-4 (Print)

ISBN 978-3-8426-8937-4 (PDF)

Die 1. bis 8. Auflage erschien unter dem Titel

»Formulierungshilfen für die Pflegeplanung nach den AEDL« im Brigitte Kunz Verlag.

9., aktualisierte Auflage

© 2019 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: DragonImages – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Inhalt

Vorwort zur 9., aktualisierten Auflage	8
1 Die Pflegedokumentation	9
1.1 Patienten-/Bewohnerbezogene Ziele	9
1.2 Mitarbeiterbezogene Ziele	10
2 Die Pflegeprozessplanung	11
3 Das Begutachtungsinstrument (BI)	13
3.1 Modul 1: Mobilität	15
3.2 Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten ...	17
3.3 Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	18
3.4 Modul 4: Selbstversorgung	19
3.5 Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	21
3.6 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	23
3.7 Modul 7 und 8: Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung	24
3.8 Berechnung des Pflegegrades	25
4 Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)	26
4.1 Die Themenfelder der SIS®	27
4.2 Risikomatrix	29
4.3 Der Maßnahmenplan	31

5	SIS® und BI: Unterschiede und Zusammenhänge	32
5.1	SIS®-Themenfeld 1 und BI-Module 2 und 3	32
5.2	SIS®-Themenfeld 2 und BI-Modul 1	33
5.3	SIS®-Themenfeld 3 und BI-Module 5 und 3	34
5.4	SIS®-Themenfeld 4 und BI-Modul 4	35
5.5	SIS® Themenfeld 5 und BI-Module 6 und 7	36
5.6	SIS®-Themenfeld 6 und BI-Modul 8	37
6	BI, SIS® und AEDL: eine Gegenüberstellung	38
7	Transparenzkriterien in der Pflege (§ 115 SGB XI)	40
7.1	Transparenzkriterien für die stationäre Pflege	41
7.1.1	Pflege und medizinische Versorgung	42
7.1.2	Umgang mit demenzkranken Bewohnern	56
7.1.3	Betreuung und Alltagsgestaltung	60
7.1.4	Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	62
7.1.5	Befragung der Bewohner	64
7.2	Transparenzkriterien für die Pflegequalität in ambulanten Pflegediensten	65
7.2.1	Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen	66
7.2.2	Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	72
7.2.3	Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation	76
7.2.4	Qualitätsbereich 4: Befragung der Kunden	79

8	Formulierungshilfen für die Pflegeprozessplanung nach den AEDL – mit BI-Modulen und Transparenzkriterien	80
8.1	AEDL Kommunizieren können	81
8.2	AEDL Sich bewegen können	90
8.3	AEDL Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können	102
8.4	AEDL Sich pflegen können	108
8.5	AEDL Essen und trinken können	122
8.6	AEDL Ausscheiden können	134
8.7	AEDL Sich kleiden können	142
8.8	AEDL Ruhen, schlafen und sich entspannen können	146
8.9	AEDL Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können	150
8.10	AEDL Sich als Mann oder Frau fühlen und sich verhalten können	158
8.11	AEDL Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können	162
8.12	AEDL Soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten können	166
8.13	AEDL Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können	170
9	Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI)	176
9.1	Rechtliche Verbindlichkeit	176
9.2	§ 113a SGB XI – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	177
9.3	Expertenstandards und ihre Verwendung in der Pflegeprozessplanung/Maßnahmenplanung	179
	Literatur	182
	Register	185

Vorwort zur 9., aktualisierten Auflage

Nur durch die Stärke und Kompetenz der Mitarbeiterinnen kann in Einrichtungen der Altenpflege gute Arbeit gewährleistet werden. Die kontinuierliche Förderung beruflicher Kompetenz (»lebenslanges Lernen«) ist ein wichtiger Aspekt. In einer Zeit der nachhaltigen gesetzlichen Veränderungen durch die Politik, der neuen Richtlinien und aktuellen Entwicklungen ist die Pflege- und Versorgungsqualität in den Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern. So stehen die Einrichtungen als auch die Mitarbeiter immer wieder vor neuen Herausforderungen.

Mit dem aktuellen Begutachtungsinstrument (BI) gestaltet sich die Begutachtung völlig neu. Vor allem erleichtert die Übersichtlichkeit der einzelnen Module Ihnen und Ihren Fachkräften die Gewöhnung an die neue Systematik. Das ist gut so, denn auch zukünftig wird Ihre personelle Besetzung von möglichst exakten Pflegeeinstufungen abhängen.

Des Weiteren kommt noch das Strukturmodell mit seinem Element SIS® (Strukturierte Informationssammlung) mit sechs Themenfeldern sowie einer Risikomatrix dazu. Es bildet den Ansatzpunkt für die individuelle Maßnahmenplanung (früher: Pflegeplanung). In diesem System ist nur noch ein Maßnahmenplan anhand der tagesstrukturierenden Planung notwendig.

Fazit

Besser formulieren dank Synergie

Es ergeben sich viele Synergieeffekte durch die aktuellen Begutachtungsrichtlinien, SIS® und AEDL. Diese Effekte können Sie bei Ihren Formulierungen gut nutzen.

1 Die Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation gibt Auskunft über die Art der Beziehung zwischen Patienten/Bewohnern und Pflegenden sowie über die Durchführung der Pflege. Sie kann daher als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung genutzt werden. Hieraus ergeben sich zwei Ziele:

1. Patienten-/Bewohnerbezogene Ziele
2. Mitarbeiterbezogene Ziele

1.1 Patienten-/Bewohnerbezogene Ziele

- Darstellung einer individuellen, am aktuellen Pflege- und Versorgungsbedarf orientierten Pflege.
- Kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität, zur Aufrechterhaltung und Verbesserung bzw. Förderung der Lebensqualität des einzelnen Menschen.
- Berücksichtigung der Fähigkeiten des einzelnen Menschen zur eigenen Pflege.
- Berücksichtigung der Bewältigungsstrategien des Menschen beim Umgang mit Beeinträchtigungen.
- Berücksichtigung der sozialen Kontakte und Beziehungen.

1.2 Mitarbeiterbezogene Ziele

- Sicherung und kontinuierliche Verbesserung der beruflichen, sozialen und methodischen Handlungskompetenzen.
- Förderung der Übernahme von Verantwortung für die eigene Arbeit.
- Stärkung der beruflichen Identität.
- Verbesserung der Kommunikation/Information untereinander und mit den anderen an der Versorgung Beteiligten
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit.
- Stärkung der Beziehungen zu Patient/Bewohner und Angehörigen.

2 Die Pflegeprozessplanung

Die Pflegeprozessplanung ist ein Arbeitsinstrument professioneller Pflege. Anhand eines pflegewissenschaftlichen Modells (hier: nach Krohwinkel) wird die Gesamtpflegebedürftigkeit eines Menschen ermittelt. Dazu werden die individuellen Pflegeprobleme des Pflegebedürftigen festgestellt. Genauso im Fokus stehen auch die Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die der Mensch wegen seiner Pflegebedürftigkeit zur Bewältigung seiner Lebenssituation sowie Lebensmotivation entwickelt hat.

Anforderungen an eine Pflegeprozessplanung:

- Die Pflegeziele sollen erreichbar und realistisch sowie überprüfbar sein.
- Die Pflegemaßnahmen beschreiben die Vorgehensweise der Pflegenden:
 - Was ist zu tun? Konkrete Festlegung einzelner Pflegemaßnahmen.
 - Wie ist es zu tun? Kurze Beschreibung der Pflegemaßnahme, wenn möglich mit Pflegestandards.
 - Wann oder wie oft ist es zu tun? Zeitangabe und Häufigkeit der Pflegemaßnahme.
 - Wer soll es tun? Hier sollen die unterschiedlichen Qualifikationen der Mitarbeiter beachtet werden. Die Pflegefachkraft ist verantwortlich für die sachgerechten Eintragungen durch den Mitarbeiter.
 - Die Maßnahmen sollen für alle, an der Pflege Beteiligten verbindlich sein.

Wichtig**Reflexion der Pflegemaßnahmen**

Eine Reflexion der Pflegemaßnahmen erfolgt kontinuierlich, gegebenenfalls werden die Probleme, Kompetenzen (Ressourcen, Fähigkeiten, entsprechende Ziele und Maßnahmen) neu überarbeitet, unter Einbeziehung der Bewohner/Patienten/Kunden oder Bezugspersonen.

- Die Formulierungshilfen für die Pflegeprozessplanung sind ein Hilfsmittel, um eine professionelle Pflegeprozessplanung zu erstellen.
- Die Pflegeprozessplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechen und kontinuierlich aktualisiert werden.

Inzwischen ist die Pflegeprozessplanung nach dem altbekannten Muster nicht mehr aktueller Stand der Pflege. Im Strukturmodell spricht man stattdessen von »Maßnahmenplanung«, »um zu verdeutlichen, dass neben pflegerischen auch hauswirtschaftliche und betreuende Maßnahmen zu berücksichtigen sind ... Der Begriff Maßnahmenplanung bedeutet aber nicht, dass keine »Planung« im Sinne des Pflegeprozesses mehr erfolgt. Auch im Rahmen des Strukturmodells (Element 2) sind Maßnahmen und Aktivitäten zur individuellen Versorgung unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person zu planen und die Versorgungssituationen in ihrem Ablauf darzustellen.«¹

Fazit**Praktisch: die Pflegeprozessplanung**

Ich habe mich entschlossen, in diesem Buch nun von der Pflegeprozessplanung zu sprechen. So können es sowohl jene Einrichtungen nutzen, die noch die Pflegeplanung anhand der AEDL dokumentieren, aber auch jene Einrichtungen, die bereits auf das Strukturmodell umgestellt haben.

¹ Vgl. <https://www.ein-step.de/haeufige-fragen/> [Zugriff am 14. Februar 2018]

4 Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

Das erklärte Ziel des Projekts zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation war es, die Pflegedokumentation auf ihre wesentlichen Inhalte zu reduzieren, damit den Pflegekräften mehr Zeit für die Bewohner bleibt. Dazu kommen noch die Anerkennung und Bestätigung Ihrer eigenen fachlichen Kompetenz als Pflegekraft! Das sind die Ziele der vereinfachten Pflegedokumentation nach dem neuen Strukturmodell, bei dem der Pflegeprozess auf vier Phasen reduziert wird (s. Abbildung 1).

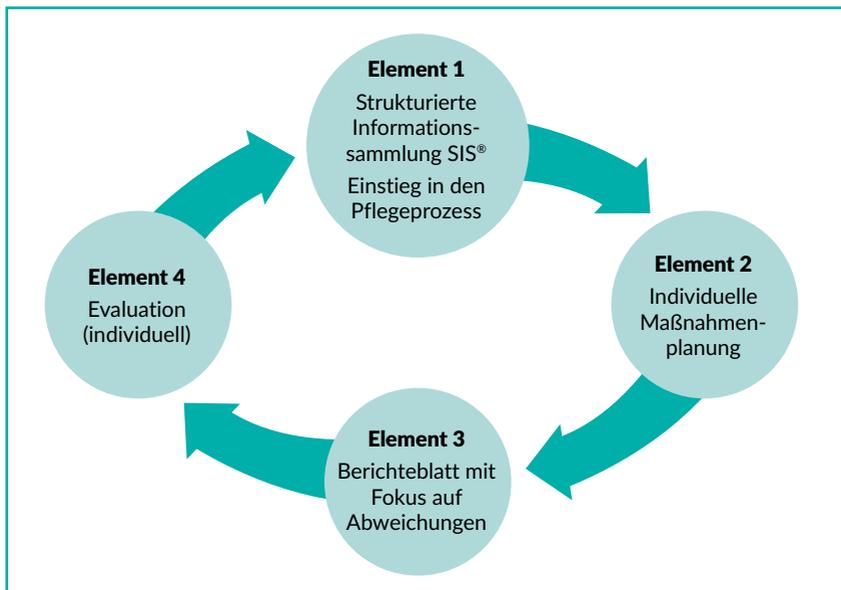


Abb. 1: Die vier Elemente des Strukturmodells

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS®) – Hier wird die Sichtweise des Bewohners bzw. dessen Angehörigen mit der fachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft konkretisiert kombiniert. Nach der Eigeneinschätzung des Bewohners folgen die sechs Themenfelder sowie die Risikomatrix, die beide von der Pflegefachkraft auszufüllen sind.
2. Individueller Maßnahmenplan (auf der Grundlage der SIS®).
3. Berichteblatt. Hier werden Abweichungen vom Maßnahmenplan dokumentiert sowie aktuelle Ereignisse – auch durch weitere Beteiligte an der Pflege und Betreuung).
4. Evaluation. Jede Einrichtung legt individuelle Evaluationsdaten fest und verwendet dazu die Erkenntnisse aus SIS, Maßnahmenplan und Berichteblatt.²



Strukturmodell – immer mehr machen mit

Das Strukturmodell wurde Anfang 2015 bundesweit eingeführt und ist bis heute von rund der Hälfte aller Einrichtungen umgesetzt worden. Im November 2017 wurde die Verantwortung für die weitere Pflege und Implementierung des Strukturmodells in die Hände der Leistungserbringerverbände (bpa, VDAB, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, ABVP, APH, DBfK, bad, BKSB und Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege) gelegt.

4.1 Die Themenfelder der SIS®

In der SIS® wird die fachliche Perspektive in insgesamt sechs pflegebezogenen Themenfeldern erfasst. Sie ähneln tatsächlich den Modulen des BI und das hat seinen Grund: Den Modulen des BI lag bereits eine wissenschaft-

² Vgl. Beikirch, E. & Rose, M. (2014). Projekt »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären langzeitpflege«. Abschlussbericht. Berlin/Witten. Im Internet: http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/Abschlussbericht_2014.pdf, S. 11 ff.

liche Analyse von bekannten Instrumenten zur Erfassung von Pflege- und Hilfsbedarf zugrunde. Die Experten entschieden sich daher dafür, entlang der sieben bzw. acht Module des BI nunmehr fünf bzw. sechs für das SIS® pflegetrelevante Kontextkategorien zu bilden:

1. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
2. Mobilität und Beweglichkeit
3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
4. Selbstversorgung
5. Leben in sozialen Beziehungen
6. Haushaltsführung (nur ambulant)³

Tab. 8: Themenfelder der SIS® im Überblick

Themenfeld	Ambulant/Tagespflege	Stationär
1	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
2	Mobilität und Beweglichkeit	
3	Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	
4	Selbstversorgung	
5	Leben in sozialen Beziehungen	
6	Haushaltsführung	Wohnen/Häuslichkeit

³ Beikirch, E. & Roes, M. (2014). Projekt »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Abschlussbericht. Berlin/Witten, S. 10

Wichtig**BI und SIS®**

Zwei Unterscheidungen gibt es zwischen BI und SIS®:

1. Mit dem BI wird der Grad der Selbständigkeit der antragstellenden Person im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ermittelt.
2. Mit der SIS® wird geklärt, wie Beeinträchtigungen der Selbständigkeit überwunden, reduziert oder ausgeglichen werden können. Die SIS® setzt also den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff konkret um.*

* Vgl. Beikirch, E. et al. (2016). Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge. Im Internet: https://www.ein-step.de/fileadmin/.../Thesepapier_PB_nB_SIS®_fin_2016-07-26.pdf, S. 3 [Zugriff am 11. Januar 2018]

4.2 Risikomatrix

Die SIS® soll eine umfassende Darstellung und Orientierung der Gesamtsituation des Pflegebedürftigen ermöglichen. Mit der Risikomatrix, die an ihrem Schluss steht, erfolgt nun eine Risikoeinschätzung im Ankreuzverfahren. »Die Risikomatrix hat die Funktion einer fachlichen »Befunderhebung« durch die Pflegefachkraft und erfordert je nach Ergebnis zusätzlich eine Entscheidung zum weiteren Vorgehen. Das Prinzip der Abkehr des schematischen Einsatzes von Checklisten und Erhebungsinstrumenten im Strukturmodell hat den Vorteil, dass Risiken und Phänomene nun im konkreten Zusammenhang mit dem Befund in den Themenfeldern betrachtet werden. Pflegerische Probleme der pflegebedürftigen Person werden nicht mehr isoliert (>nebeneinander pro Risiko<), sondern im Hinblick auf ihre Gesamtsituation (im Überblick) wahrgenommen und eingeschätzt.«⁴

⁴ Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege (2017). Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege. Version 2.0, S. 49 Im Internet: <https://www.ein-step.de/schulungsunterlagen/schulungsunterlagen/> [Zugriff am 14. Februar 2018]

Tab. 9: Die praktische Anwendung der Risikomatrix im Überblick

»Gibt es aufgrund der dokumentierten Informationen in einem oder mehreren Themenfeldern Hinweise auf ein Risiko?« Beantwortung der Frage mit ja oder nein	
Falls nein <ul style="list-style-type: none"> • ist die Einschätzung abgeschlossen 	Falls ja <ul style="list-style-type: none"> • ist die nächste Frage zu beantworten »Ist eine weitere Einschätzung notwendig – ja oder nein?«
»Ist eine weitere Einschätzung notwendig – ja oder nein?«	
Trifft nein zu, <ul style="list-style-type: none"> • Planung von Maßnahmen, da aus pflegfachlicher Sicht genügend Informationen aus der SIS® (den Themenfeldern) einschließlich der Risikomatrix vorliegen. 	Trifft ja zu, <ul style="list-style-type: none"> • die Pflegefachkraft legt fest, womit die weitere Einschätzung erfolgen soll (z. B. durch befristete Beobachtungsphase oder weitere Fachexpertise oder standardisierte Instrumente). Je nach Entscheidung fließt das Ergebnis in den Maßnahmenplan ein (vgl. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, 2016, S. 2).

6 BI, SIS[®] und AEDL: eine Gegenüberstellung

Tab. 16: Gegenüberstellung von BI, SIS[®] und AEDL

BI-Modul	SIS [®] -Themenfeld	
1 Mobilität	2 Mobilität und Beweglichkeit	
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	1 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Kein eigenes Themenfeld (wird unter 1 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten subsummiert)	
4 Selbstversorgung	4 Selbstversorgung	
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	3 Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	5 Leben in sozialen Beziehungen	
7 Außerhäusliche Aktivitäten (ist nicht Pflegegrad-relevant)	6a Haushaltsführung (ambulant), 6b Wohnen/Häuslichkeit (stationär)	

	AEDL
	2 Sich bewegen können
	1 Kommunizieren können
	1 Kommunizieren können 8 Ruhen, schlafen und sich entspannen können 10 Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten können (anteilig) 11 Für eine sichere Umgebung sorgen können 13 Mit existenziellen Erfahrungen umgehen können
	4 Sich pflegen können 5 Essen und trinken können 6 Ausscheiden können 7 Sich kleiden können
	3 Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können 13 Mit existenziellen Erfahrungen umgehen können (Schmerzproblematik)
	9 Sich beschäftigen können 12 Soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten können
	12 Soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten können

8.8 AEDL Ruhen, schlafen und sich entspannen können

BI-Modul 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- Nächtliche Unruhe
- Wahnvorstellungen
- Ängste

BI-Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen

Pflegeprobleme	Kompetenzen (Fähigkeiten/Ressourcen)
<ul style="list-style-type: none"> • Hat Durchschlafstörungen • Hat Einschlafstörungen • Leidet unter leichtem Schlaf <p>Aufgrund von:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigungsdefizit • nächtlichem Urindrang (Nykturie) • Schmerzen • Juckreiz • innerer Unruhe • Ängsten, Sorgen, Trauer • Furcht/Wachsamkeit • äußeren Umständen (Lärm, Helligkeit) • notwendigen Lagerungen • Schlafumkehr • Wahnvorstellungen • Desorientiertheit <ul style="list-style-type: none"> • Nächtliches Wandern • Atemwegserkrankung • Schmerzattacken • Störung durch Zimmernachbar • Störung durch Pflegekräfte/-abläufe • Legt sich in fremde Betten 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft für einen verbesserten Schlaf • Hält gern von 13:00 bis 14:00 Uhr Mittagsschlaf • Kann Schlafstörungen mitteilen • Schaut zum Einschlafen Fernsehen • Liest vor dem Schlafen noch etwas • Meldet sich, wenn er/sie ins Bett möchte • Kann allein Lagerungswechsel vornehmen • Kann allein Hilfsmittel verwenden, z. B. Urinflasche • Meldet sich bei Schmerzen • Möchte nachts nicht gestört werden • Telefoniert vor den Schlafengehen noch mit der Angehörigen • Möchte Nachtlicht eingeschaltet haben • Akzeptiert Hilfsmittel (Inkontinenzversorgung, Bettgitter etc.) • _____ • _____ • Reagiert auf Validation • Geht gern zum Nachtkafee • Geht je nach Tagesform selbst zu Bett • Nimmt Ratschläge, Maßnahmen, Therapien an

Transparenzkriterien

Stationär

- 20: Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?
- 21: Liegt bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?

Ambulant

- 12: Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?

Ziele	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene Fähigkeiten sind erhalten und gefördert • Hat ausgewogenen Tag-Nacht-Rhythmus • Hat einen erholsamen Schlaf • Hat ausreichend Schlaf • Äußert Wohlbefinden • Nimmt Maßnahmen zur Schlafförderung an • Hat einen störungsfreien/schmerzfreien Schlaf • Akzeptiert Schlafstörungen, kann mit Schlafstörungen umgehen • Hat einen ausgeglichenen Tagesrhythmus • Hat einen angstfreien Schlaf • Fühlt sich sicher • Störfaktoren sind ausgeschaltet bzw. minimiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Auf das Ruhebedürfnis tagsüber eingehen • Zum Mittagsschlaf ins Bett bringen und mit einer Wolldecke zudecken • Tagesstruktur überprüfen, ggf. verändern • Medikamentenabgabe nach ärztlicher Anordnung • Umgebung Schlaf fördernd verändern (z. B. Dämmerlicht, Rollos schließen) • Störende Umgebungsfaktoren ausschalten • Ohrstöpsel anbieten bzw. einsetzen • Individuelle Schlafrituale einhalten und fördern (Buch lesen, Radio hören, Bier, heiße Milch etc.) • Hilfestellung bei Verrichtungen, die aufgrund der Müdigkeit nicht selbstständig durchgeführt werden können, wie <ul style="list-style-type: none"> • Rücken mit entspannenden Ölen (z. B. Lavendelöl) einreiben • Fußbad anbieten • Fernseher um 23:00 Uhr ausschalten • Zuwendung und Gesprächsbereitschaft bei Konflikten und Krisen anbieten

Pflegeprobleme	Kompetenzen (Fähigkeiten/Ressourcen)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ist motiviert • Ist kooperativ • Ist orientiert • Kann Wünsche und Bedürfnisse äußern 	
Beispiel		
<ul style="list-style-type: none"> • Leidet unter Schlafumkehr • Ist erschöpft und müde 	<ul style="list-style-type: none"> • Hält gern Mittagsschlaf im Bett – von 13:00 bis 14:00 Uhr • Schläft oft tagsüber auf Stuhl/Sessel ein • Nimmt an Tagesaktivitäten gern teil • Schaut zum Einschlafen Fernsehen • Möchte Nachtlicht eingeschaltet haben • Geht gern zum Nachtkaffee, spielt mit den anderen Karten • Kann Schlafstörung mitteilen 	

Ziele	Maßnahmen
	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Bedarf Validation durchführen • Patient/Bewohner ins Nachtcafé bringen und wieder abholen • Ausreichend Flüssigkeit bereitstellen und zum Trinken auffordern • Lagerung nach Plan/Wunsch • _____ • Lagerung mit Lagerungshilfsmitteln • _____ • VÜ: Urinflasche bereitstellen <p>Einschalten weiterer Berufsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logopädie • Ergotherapie • Facharzt • Arzt • Krankengymnastik • _____
<ul style="list-style-type: none"> • Hat ausgewogenen Tag-Nacht-Rhythmus • Hat ausreichend Schlaf • Äußert Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> • VÜ: Medikamentenabgabe nach ärztlicher Anordnung • Auf das Ruhebedürfnis tagsüber eingehen • VÜ: Zum Mittagsschlaf von 13:00–14:00 Uhr ins Bett bringen und mit einer Wolldecke zudecken • VÜ: Patient/Bewohner zu den Tagesaktivitäten begleiten • VÜ: Patient/Bewohner ins Nachtcafé bringen und wieder abholen • Umgebung Schlaf fördernd verändern Nachtlicht und Rollos schließen • VÜ: Fernsehen einschalten und ausschalten (23:00 Uhr)

9 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI)

Expertenstandards beruhen stets auf einer »umfassenden Literaturübersicht nationaler und internationaler Fachliteratur, der Expertise der Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe sowie Rückmeldungen aus der Praxis«¹¹. Pflegefachlich sind die Expertenstandards von hoher Bedeutung, denn sie legen fest, wie eine qualitativ hochwertige Pflege aussieht, die auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.



Bleiben Sie auf dem aktuellen Stand

Expertenstandards stehen nicht ein für alle Mal fest. Sie werden fortlaufend aktualisiert. Deshalb sollten Sie darauf achten, dass Sie immer die aktuelle Auflage eines Expertenstandards benutzen.

9.1 Rechtliche Verbindlichkeit

Die rechtliche Verbindlichkeit zur Einführung der Expertenstandards wurde durch das 2008 verabschiedete Pflegeweiterentwicklungsgesetz konkretisiert (SGB XI §§ 112, 113). Expertenstandards sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

¹¹ DNQP (2017). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung. Osnabrück, S. 11

Fazit**Expertenstandards schnell umsetzen**

Das bedeutet für die Mitarbeiter in der Pflege: Sie müssen die Expertenstandards zügig in die Pflegeprozessplanung einarbeiten. Nur so werden Risiken für die Patienten und Bewohner vermindert; nur dann steigt die Qualität der pflegerischen Versorgung. Auch bei der Überprüfung und Beurteilung durch den MDK sind die Expertenstandards ein wichtiger Aspekt.

9.2 § 113a SGB XI – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

»(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.

(2) Die Vertragsparteien stellen die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. Die Anforderungen

an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.

(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(4) Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, mit Ausnahme der Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6, sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.«¹²

¹² Vgl. <http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/buch/sgbxi/113a.html> [Zugriff am 14. Februar 2018]

Literatur

- Ahmann M.; Ahmann, H.-J. & Pelzer, A.** (2016). Praxisratgeber: das Strukturmodell für die Pflegedokumentation. Hannover: Schlütersche
- Beikirch, E. & Rose, M.** (2014). Projekt »Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären langzeitpflege«. Abschlussbericht. Berlin/Witten. Im Internet: www.ein-step.de/downloads
- Beikirch, E. et al.** (2016). Das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit – Unterschiede und Zusammenhänge. Im Internet: www.ein-step.de/downloads
- Budnik, B. & Kreikenbaum, J.** (2013). Pflegeplanung leicht gemacht. 7. Auflage. München: Urban & Fischer
- GKV et al.** (2016). Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 11.08.2016. Im Internet: mds-ev.de
- DNQP** (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung
- DNQP** (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung
- DNQP** (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung
- DNQP** (2014). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. 1. Aktualisierung
- DNQP** (2014). Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität
- DNQP** (2015). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen
- DNQP** (2015). Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung
- DNQP** (2017). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung

- DNQP** (2017). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung
- DNQP** (2018). Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz
- Hecker et al.** (2016). Praxisratgeber: die Strukturierte Informationssammlung (SIS®). Hannover: Schlütersche
- Hellmann, S. & Trumpke-Oehlhorn, M.** (2013). Die tagestrukturierte Pflegeplanung. 4. Auflage. Hannover: Schlütersche
- Hellmann, S.** (2015). Formulierungshilfen: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung. 2. Auflage Hannover: Schlütersche
- Hellmann, S. & Rößlein, R.** (2013). Formulierungshilfen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Hannover: Schlütersche
- Hellmann, S. & Rößlein, R.** (2017). Praxisratgeber: von der SIS® zur Maßnahmenplanung. Hannover: Schlütersche
- Kamphausen, U.** (2015). Prophylaxen in der Pflege. 9. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- König, J.** (2014). Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. 8. Auflage. Hannover: Schlütersche
- Krohwinkel, M.** (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDL's. Bern: Huber
- Messer, B.** (2009). Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche
- MDS e.V.** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Im Internet: www.mds-ev.de
- MDS & GKV & MDS & Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenkassen** (2016). Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI in der stationären Pflege. 17. Dezember 2008, in der Fassung vom 11. August 2016. Im Internet: [mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)
- Vgl. MDS** (2016). Das Neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Essen, S. 6 ff. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-neue-begutachtungsinstrument.html>

- MDS & GKV** (2017). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 27. September 2017. Im Internet: mds-ev.de
- MDS & GKV** (2017). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches – vom 15. April 2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017. Im Internet: mds-ev.de
- Müller, H.** (2014). Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und –sicherung. 5. akt. Auflage. Hannover: Schlütersche
- Seel, M.** (1999). Die Pflege des Menschen. 3. Auflage. Hagen: Brigitte Kunz
- Seel, M.** (2005). Die Pflege des Menschen im Alter. 3. Auflage. Hannover: Brigitte Kunz
- Sozialgesetzbuch (SGB)** 2014. München: dtv
- Swoboda, B.** (2002). Pflegeplanung. Hannover: Vincentz Network
- Swoboda, B.** (2010). Formulieren wie ein Profi. Pflegeplanung mit dem Planquadrat. 3. Auflage. Hannover: Vincentz Network
- Völkel, I. & Ehmman, M.** (2013). Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege. 5. Auflage. München: Urban & Fischer/Elsevier
- Menche, N.** (2014). Pflege Heute: Lehrbuch für Pflegeberufe. 6. Auflage. München: Urban & Fischer/Elsevier

Register

- AEDL Ausscheiden können 134
 AEDL Essen und trinken
 können 122
 AEDL Für eine sichere und
 fördernde Umgebung sorgen
 können 162
 AEDL Kommunizieren
 können 81
 AEDL Mit existenziellen
 Erfahrungen des Lebens
 umgehen können 170
 AEDL Ruhen, schlafen und sich
 entspannen können 146
 AEDL Sich als Mann oder Frau
 fühlen und sich verhalten
 können 158
 AEDL Sich beschäftigen,
 lernen und sich entwickeln
 können 150
 AEDL Sich bewegen können 90
 AEDL Sich kleiden können 142
 AEDL Sich pflegen können 108
 AEDL Soziale Bereiche des
 Lebens sichern und gestalten
 können 166
 AEDL Vitale Funktionen des
 Lebens aufrechterhalten
 können 102
 Angst 170
 Ärztlich verordnete pflegerische
 Leistungen 72
 Aspirationsgefahr 130
 Aspirationsprophylaxe 130
 Atmung 104
 Berufsgruppen, weitere 98
 Beschäftigungstherapie 150
 Beschwerden 77
 Betreuung und
 Alltagsgestaltung 60
 Bewältigung von und
 selbständiger Umgang mit
 krankheits- und therapie-
 bedingten Anforderungen 14
 Bewegungsplan 92
 Bewegungsstörung 92
 Bewohner, Befragung 64
 Bewohner, demenzkranke 56
 Bewohner, immobile 152
 Bewusstsein 106
 BI 13
 Blutzuckermessung 74

 Datenschutz 77
 Dehydrationsgefahr 132
 Dehydrationsprophylaxe 132
 Dekubitusgefahr 92
 Dekubitusprophylaxe 96, 116
 Dekubitusrisiko 70
 Diarrhoe 136

 Ernährung 68, 132
 – -(s)zustand 106
 Erste Hilfe 77
 Erstgespräch 71
 Essen 124
 Expertenstandards 176

- Fixierung 162
- Flüssigkeitsversorgung 67
- Formulierungshilfen 80
- Fortbildungsplan 77

- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte 14
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 23
- Gewohnheiten, persönliche 144

- Haushaltsführung 28, 154
- Hauswirtschaft 62
- Hautzustand 110
- Herz-Kreislauf 104
- Hören 82
- Hygiene 62

- Inkontinenz
 - -versorgung 69
- Intertrigogefahr 112, 140
- Intertrigoprophyllaxe 118, 140

- Kälteempfinden 104
- Kaustörung 126
- Kognition und Kommunikation 28
- Kognitive und 14
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten 17
- Kompressionsstrümpfe 75
- Kompressionsverbände 75
- Kontakte fördern 152
- Kontrakturgefah 92
- Kontrakturprophyllaxe 94, 112
- Körperpflege 108
- Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen 28
- Kunden, Befragung 79

- Lagerung 92
 - -(s)hilfsmittel 98, 116
- Leben in sozialen Beziehungen 28

- Maßnahme, freiheitsentziehende 98
- Maßnahmenplan 31
- Mobilisation 92
- Mobilität 13, 15, 70
- Mobilität und Bewegung 28
- Mundpflege 128

- Obstipationsgefah 128, 138
- Obstipationsprophyllaxe 128, 138, 140
- Orientierung 86

- Patienten, immobile 152
Pflegebedürftige,
 demenzkranke 71
Pflegegrad, Berechnung 25
Pflegemaßnahme 11
Pflegeprozessplanung 11
Pflegerische Leistungen 66
Pneumoniegefahr 104, 110
Pneumonieprophylaxe 106, 116
PSG II 13
- Qualitätsbereiche 41, 65
- Risikomatrix 29
- Schluckstörung 126
Sehen 84
Selbstgefährdung 162
Selbstversorgung 14, 19, 28
SIS®, Themenfelder 27
Soor- und Parotitisgefahr
 110, 130
Soor- und Parotitis-
 prophylaxe 116, 130
Sorge 172
Sprechen 82
Strukturierte
 Informationssammlung 27
Strukturmodell 26
Stuhl 134
Sturzgefahr 96, 162
Sturzprophylaxe 96, 114, 164
- Thrombosegefahr 92
Thrombosephylaxe 94, 114
Transfer 90
Transparenzkriterien
 13, 26, 40, 41
Trinken 124, 126
- Übergewicht 128
Umgang mit krankheits-/
 therapiebedingten
 Anforderungen und
 Belastungen 21
Untergewicht 126, 132
Urin 134
- Verhaltensweisen und psychische
 Problemlagen 18
Verlust 172
Verpflichtung 62
- Wahrnehmungsstörung 88
Wärmeempfinden 104
Wohnen 62
Wunde, chronische 72
- Ziele
 – bewohnerbezogene 9
 – mitarbeiterbezogene 10
 – patientenbezogene 9

Impulse für die tägliche Arbeit



Stefanie Hellmann

Formulierungshilfen Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung

**Transparenzkriterien erfolgreich umsetzen
Mehr Lebensqualität bieten**

2. Auflage, 108 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-828-9
€ 14,95

Auch als E-Book erhältlich

- Transparenzkriterien und ihre erfolgreiche Umsetzung in der Pflege
- Arbeiten mit PESR-Format
- Bestnoten beim MDK erzielen
- Innovative Tipps für die soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
- Mit konkreten Fallbeispielen und Formulierungshilfen

Änderungen vorbehalten.



Der praktische Ratgeber für schnelle & individuelle Formulierungen

Eine gute Dokumentation kann so einfach sein!

Vorausgesetzt, die Pflegekraft hat für ihre Formulierungen alles im Blick:

- die Module des Begutachtungsinstruments
- das Strukturmodell mit SIS®, Themenfeldern und Risikomatrix
- die Transparenzkriterien
- die Expertenstandards
- und – je nach Einrichtung – auch die AEDL.

Dieses Buch – inzwischen in der 9. Auflage – zeigt systematisch, wo sich diese fünf Elemente inhaltlich überschneiden und wie sich das praktisch nutzen lässt. So entsteht eine Pflegeprozessplanung, die sowohl den Bewohner als auch den Mitarbeiter im Blick hat. Denn: Nur exakte Pflegegrade sorgen für die richtige Personalbemessung.

schlütersche
macht Pflege leichter

Die Autorin

Stefanie Hellmann ist staatlich examinierte Altenpflegerin und Auditorin, Dipl.-Pflegerin (FH), Heimleiterin und Dozentin in der Altenpflege.

ISBN 978-3-89993-964-4



9 783899 939644