



Jutta König

# 100 Fehler im Umgang mit Strukturmodell und SIS<sup>®</sup>

Anwenderkompetenz optimieren – Zusammen-  
hänge erkennen – Evaluationen verbessern



Jutta König

# 100 Fehler im Umgang mit Strukturmodell und SIS®

Anwenderkompetenz optimieren – Zusammenhänge erkennen – Evaluationen verbessern

**Jutta König** ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und u. a. als Sachverständige an Sozialgerichten tätig.

Sie ist Dozentin für Pflegesachverständige und -berater, Unternehmensberaterin sowie Dozentin (SGB V, SGB XI, Heim- und Betreuungsrecht). Sie verfügt außerdem über langjährige Erfahrungen als examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.



»Wissen ist das eine –  
aber auf die richtige Handhabung  
kommt es an.«

JUTTA KÖNIG



## **pflgebrief**

– die schnelle Information zwischendurch  
Anmeldung zum Newsletter unter [www.pflegen-online.de](http://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 978-3-89993-998-9 (Print)

ISBN 978-3-8426-8987-9 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8988-6 (EPUB)

© 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: sodawhiskey – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenslayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

# Inhalt

Vorwort .....	11
<b>1 Häufige Fehler im Umgang mit dem MDK .....</b>	<b>13</b>
1. Fehler: Der MDK entscheidet über Richtig und Falsch .....	13
2. Fehler: Dem MDK wird immer die Schuld gegeben .....	15
3. Fehler: Die Annahme, der MDK sei zur SIS® gut geschult .....	18
4. Fehler: Die Annahme, der MDK sei unfehlbar .....	21
<b>2 Das Strukturmodell – die Handhabung .....</b>	<b>24</b>
5. Fehler: Das Strukturmodell wird wie ein Pflegemodell behandelt .....	25
6. Fehler: Das Strukturmodell wird als Musterdokumentation gesehen .....	26
7. Fehler: Annahme, das Strukturmodell sei eine Pflicht für alle Einrichtungen .....	27
8. Fehler: Keine Probleme, Ressourcen und Ziele in der SIS® ...	28
9. Fehler: Die Annahme, bei der SIS® gäbe es nur eine Meinung	29
10. Fehler: Trotz SIS® zu viel Dokumentation .....	30
11. Fehler: Aus sechs Schritten des Pflegeprozesses werden einfach nur vier .....	33
12. Fehler: In den Themenfeldern fehlt die wörtliche Rede .....	35
13. Fehler: Die Angehörigen kommen in der SIS® nicht zu Wort .	39
14. Fehler: Die SIS®-Themenfelder werden falsch befüllt .....	39
15. Fehler: Die Annahme, SIS® brauche keine Biografiebögen ...	40
16. Fehler: Die Annahme, SIS® brauche immer Biografiebögen ..	41
17. Fehler: Man lässt sich für die SIS® zu viel Zeit .....	42
18. Fehler: Eine SIS® wird nicht aktualisiert .....	43
19. Fehler: In der Tagespflege dauert die SIS® länger .....	44
20. Fehler: Für Kurzzeitgäste gibt es keine SIS® .....	45

<b>3</b>	<b>SIS® – die häufigsten Fehler in der Handhabung der Themenfelder</b> .....	<b>46</b>
<b>3.1</b>	<b>Fehler im Teil A – Stammdaten</b> .....	<b>46</b>
21. Fehler:	Nur die Fachkraft erstellt die SIS® .....	46
22. Fehler:	Jede Fachkraft muss eine SIS® schreiben können .....	47
23. Fehler:	Jede Fachkraft kann eine SIS® ausfüllen .....	48
<b>3.2</b>	<b>Fehler im Teil B – Eingangsfrage</b> .....	<b>49</b>
24. Fehler:	Die Eingangsfrage schreibt die Fachkraft, wenn der Klient nicht für sich sprechen kann .....	49
25. Fehler:	Keine Antworten auf die Eingangsfragen .....	50
26. Fehler:	Angaben werden vermeintlich richtigen Themenfeldern zugeordnet .....	52
27. Fehler:	Die Leitfragen führen durch die Themenfelder .....	54
<b>3.3</b>	<b>Fehler im Teil C – Themenfelder</b> .....	<b>57</b>
28. Fehler:	Feststellungen der Pflegekraft kommen in die Themenfelder .....	57
29. Fehler:	Themenfeld 1 muss alles an Kommunikation und Kognition beinhalten .....	58
30. Fehler:	Risiken werden nicht im Themenfeld 2 erläutert, sondern nur in der Risikomatrix angekreuzt .....	59
31. Fehler:	Freiheitseinschränkende Maßnahmen gehören immer in Themenfeld 2 .....	60
32. Fehler:	Diagnosen gehören in Themenfeld 3 .....	61
33. Fehler:	Behandlungspflege gehört in Themenfeld 3 .....	62
34. Fehler:	Umgang mit Wunden gehört in Themenfeld 3 .....	62
35. Fehler:	In Themenfeld 4 gehören nur Körperpflege, Ausscheidung und Ernährung .....	64
36. Fehler:	Mangelernährung gehört in Themenfeld 4 .....	64
37. Fehler:	In Themenfeld 5 gehören nur soziale Beziehungen .....	66
38. Fehler:	Beschäftigungsangebote gehören in Themenfeld 5 .....	67
39. Fehler:	In Themenfeld 6 stationär gehört das aktuelle Wohnumfeld .....	68
40. Fehler:	In Themenfeld 6 ambulant gehört die Haushaltsführung .....	69
41. Fehler:	In Themenfeld 6 Kurzzeitpflege gehört das Wohnumfeld .....	70

42. Fehler:	In Themenfeld 6 Tagespflege gehört der Mittagsschlaf .....	70
-------------	--	----

#### **4 Fehler im Umgang mit der Risikomatrix** ..... 72

43. Fehler:	Man muss nicht jedes Kreuz in der Matrix erklären ..	72
44. Fehler:	Die Risikomatrix ist das Abbild der Expertenstandards .....	79
45. Fehler:	Die Risikomatrix erspart die Risikoskalen .....	80
46. Fehler:	Man braucht trotz Risikomatrix auch Risikoskalen ..	81
47. Fehler:	Wenn »weitere Einschätzung notwendig« angekreuzt wird, muss man eine Skala nutzen .....	82
48. Fehler:	Das Feld »Beratung« ist nur ambulant erforderlich ..	83
49. Fehler:	Es reicht aus, »Beratung« in der Risikomatrix anzukreuzen .....	85
50. Fehler:	Wer Beratung ankreuzt, muss ein Beratungsformular nutzen .....	85
51. Fehler:	Die Risikomatrix wird nur von oben nach unten ausgefüllt .....	87

#### **5 Fehler im Umgang mit den Expertenstandards** ..... 89

52. Fehler:	Bei Risiken wird mit Textbausteinen gearbeitet .....	89
53. Fehler:	Der Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität wird nicht berücksichtigt .....	90
54. Fehler:	Der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz hat mit den Themenfeldern nichts zu tun .....	91
55. Fehler:	Ob eine Dekubitusgefahr besteht, kann man erst nach der ersten Nacht ankreuzen .....	93
56. Fehler:	Wer sich im Bett nicht positionieren kann, wird als dekubitusgefährdet eingestuft .....	93
57. Fehler:	Untergewichtige werden stets als dekubitusgefährdet eingestuft .....	94
58. Fehler:	Annahme, alle Klienten seien sturzgefährdet .....	95
59. Fehler:	Wer einen Rollator nutzt, ist als sturzgefährdet einzuschätzen .....	96

60. Fehler:	Wer ein Bettgitter hat, ist nicht mehr sturzgefährdet – entsprechend wird »Nein« angekreuzt .....	97
61. Fehler:	Wenn ein Klient gestürzt ist, wird die Risikomatrix neu angepasst .....	98
62. Fehler:	Wenn sich nach dem Sturz nichts verändert, bleibt alles, wie es ist .....	99
63. Fehler:	Das Kontinenzprofil ist bei Anwendung der SIS® nicht mehr maßgeblich .....	101
64. Fehler:	Wer Inkontinenzmaterial trägt, erhält ein »Ja« in der Risikomatrix .....	102
65. Fehler:	Bei Gabe von Schmerzmitteln erfolgt in der Risikomatrix ein Kreuz bei Schmerzen .....	103
66. Fehler:	Bei Schmerzen reicht ein Kreuz in der Risikomatrix nicht aus – ein Assessment muss her .....	105
67. Fehler:	Wer Hilfe beim Essen benötigt, hat ein Risiko bei Ernährung .....	106
68. Fehler:	Ein niedriger BMI hat ein Kreuz bei Ernährung zur Folge .....	107
69. Fehler:	Bei Trinkmengen unter einem Liter muss das Risiko Ernährung angekreuzt werden .....	108
70. Fehler:	Die Spalte »Sonstiges« wird immer angekreuzt .....	110
71. Fehler:	Die Spalte »Sonstiges« muss leer bleiben .....	113

## **6 Fehler im Umgang mit der Evaluation** ..... 114

72. Fehler:	Die SIS® wird nicht evaluiert .....	114
73. Fehler:	Die SIS® wird regelmäßig evaluiert .....	115
74. Fehler:	Es gibt keine Zeitvorgaben für die Evaluation .....	116
75. Fehler:	Wer die SIS® schreibt, evaluiert sie auch .....	117
76. Fehler:	Der Maßnahmenplan wird nicht evaluiert .....	117
77. Fehler:	Der Pflegebericht wird nicht evaluiert .....	119

<b>7 Fehler im Umgang mit dem Maßnahmenplan, Ablaufplan oder der Tagesstruktur</b> .....	<b>121</b>
78. Fehler: Der Maßnahmenplan hat ein bestimmtes Aussehen .....	121
79. Fehler: Die Begriffe »Maßnahmenplan« und »Tagesstruktur« meinen Unterschiedliches .....	123
80. Fehler: Der Maßnahmenplan wird erst später geschrieben ...	124
81. Fehler: Die Grundbotschaft ist eine Zusammenfassung der Probleme .....	124
82. Fehler: Tagesablauf/Maßnahmenplan werden präzise geschrieben .....	126
83. Fehler: Mehrfach anfallende Maßnahmen werden immer wieder in der Tagesstruktur erwähnt .....	127
84. Fehler: Der Ablaufplan listet nur Stichworte auf .....	127
85. Fehler: Behandlungspflege gehört nicht in die Maßnahmenplanung .....	128
86. Fehler: Behandlungspflege gehört immer in die Maßnahmenplanung .....	129
87. Fehler: Bei Mangelernährung wird stets hochkalorische Kost eingeplant .....	130
<b>8 Fehler im Umgang mit dem Pflegebericht</b> .....	<b>131</b>
88. Fehler: Im Pflegebericht werden nur noch Abweichungen notiert .....	131
89. Fehler: Es werden nur negative Abweichungen notiert .....	132
90. Fehler: Es wird wochenlang nichts im Pflegebericht vermerkt .....	133
91. Fehler: Einmal die Woche wird standardmäßig etwas eingetragen .....	134
92. Fehler: Jeder weiß, was in den Pflegebericht gehört .....	135
93. Fehler: Informationen Dritter erscheinen nicht im Bericht ..	137
94. Fehler: In den Bericht schreiben nur Fachkräfte .....	138
95. Fehler: Im Pflegebericht fehlt die Uhrzeit .....	138

<b>9 Sonstige Fehler im Umgang mit dem Strukturmodell</b> .....	<b>141</b>
96. Fehler: Die Betreuung muss Leistungsnachweise führen .....	141
97. Fehler: Für die ärztliche Kommunikation gibt es entsprechende Vordrucke .....	142
98. Fehler: Einzelnachweise werden nicht mehr benötigt .....	143
99. Fehler: Trink- und Ernährungsprotokolle werden stets weitergeführt werden .....	143
100. Fehler: Annahme, das Strukturmodell sei fertig .....	144
<b>Literatur</b> .....	<b>146</b>
<b>Register</b> .....	<b>148</b>

## Vorwort

Das Strukturmodell ist, wie alle anderen Modelle, nicht abschließend beschrieben. Und so gibt es zum Strukturmodell und dem Umgang mit der SIS® so viele Meinungen wie Nutzer. Das Projektbüro EinSTEP, gegründet 2015 und für die zentrale Koordination und Steuerung rund um die Einführung des Strukturmodells verantwortlich, wird nicht aktiv weitergeführt: »Zum 1. November 2017 wurde die Verantwortung für das Projekt EinSTEP an die Trägerverbände der Pflege auf Bundesebene übergeben.«<sup>1</sup> Alle Handlungsanleitungen sind geschrieben. Jetzt müssen die Leitungskräfte sehen, welchen Weg sie in der Umsetzung einschlagen.

Auch wenn es keine einheitliche Vorgehensweise geben kann, es gibt die immer gleichen Fehler im Umgang mit dem Strukturmodell und der Handhabung der SIS®, z. B.:

- die Risikomatrix und ihre sinnvolle Nutzung
- die Verbindung zwischen Risikomatrix und Expertenstandards
- die Tücken der Evaluation

Ich möchte Ihnen zeigen, wie Sie möglichst schnell und fehlerfrei mit dem Strukturmodell und der SIS® umgehen können.

Wiesbaden, im März 2019

Jutta König

---

<sup>1</sup> <https://www.ein-step.de/ueber-einstep/>

# 1 Häufige Fehler im Umgang mit dem MDK

Der MDK (= Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) ist lediglich ein Ausführer, aber kein Gestalter. Vergleichbar einer Politesse im Straßenverkehr, die die Gesetze nicht macht, auf deren Grundlage sie entscheidet.

Ob Sie falsch parken, entscheidet nicht die Politesse, sondern die Straßenverkehrsordnung. Wie hoch das Bußgeld ausfällt, legt nicht die Politesse fest, sondern der Bußgeldkatalog. Die Politesse ist allerdings die Person, die wir im Straßenverkehr wahrnehmen und der wir mehr Macht zugestehen als sie wirklich hat. Genauso verhält es sich mit dem MDK.

## 1. Fehler: Der MDK entscheidet über Richtig und Falsch

Der MDK macht die Regeln nicht. Er ist, wie oben beschrieben, ein Verrichtungsgehilfe, z. B. im System der Qualitätsprüfung.

Die Regeln zur Qualitätsprüfung, genau wie zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, kommen von den gesetzlichen Krankenkassen und deren medizinischem Dienst, dem MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen).

Die Pflegekassen und der MDS haben die Richtlinienkompetenz, wie in § 17 SGB XI vom Gesetzgeber gewünscht: *»Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt ... unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegefachlichen Kon-*

*kretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien).*« Der MDK taucht hier nicht auf. Er hat andere Aufgaben. Er prüft entlang der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) die Qualität von Einrichtungen und erstellt entlang der Begutachtungs-Richtlinien (BRi) Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. In beiden Fällen werden den MDK-Mitarbeitern die Arbeitsgrundlagen vorgegeben. Der MDK-Mitarbeiter muss also bei der Qualitätsprüfung als Maßstab die Qualitätsprüfungs-Richtlinien heranziehen. Zwei Qualitätsprüfungs-Richtlinien gibt es:

1. für die stationäre Pflege
2. für die ambulante Pflege

Schauen wir uns kurz die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die stationäre Pflege an. Ihr voller Titel lautet: »Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) -Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege«. Die QPR wird ergänzt durch die sog. »Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege« vom 23.11.2018. Diese regelt die Bewertungskriterien der Qualität.

In der QPR ist geregelt,

- was zu prüfen ist,
- wie die Prüfung abzulaufen hat,
- wie Pflegebedürftige ausgewählt werden,
- was der Prüfer fragen muss,
- wie bewertet wird etc.

In der QPR findet sich zu jeder Frage eine entsprechende Erläuterung. Der Prüfer entscheidet also nicht darüber, wie eine Frage bewertet wird. Für jede

Prüffrage beim Pflegebedürftigen gibt es lediglich vier Bewertungsmöglichkeiten, die alle in der QPR<sup>2</sup> erläutert werden:

1. keine Auffälligkeiten oder Defizite
2. Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
3. Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner
4. Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner



### Info

Was ein Prüfer zu werten hat, findet sich im Erläuterungsteil der QPR. Für Sie heißt das: Erinnern Sie, wenn nötig, den Prüfer an seine Arbeitsgrundlage (die QPR). Erlauben Sie ihm keinesfalls, einfach irgendetwas zu prüfen.

## 2. Fehler: Dem MDK wird immer die Schuld gegeben

Der Dokumentationswahnsinn der Vergangenheit mit seinem Pflegeplanungs- und Assessmentwahn sowie einer wahren Leistungsnachweisschlacht, war sicher auch zum Teil den MDK-Mitarbeitern geschuldet. Doch ist es falsch, wenn dem MDK immer die Schuld an derlei Auswüchsen gegeben wird. Hier ein Späßchen, in dem viel Wahrheit steckt:

1985: Die Pflegekraft bereitet einer Pflegebedürftigen das Frühstück. Sie dokumentiert nichts, es gibt noch keine flächendeckende Verpflichtung hierzu.

1986: Die Dokumentationspflicht wird eingeführt.

<sup>2</sup> MDS (2018): Fragen und Antworten zur neuen Qualitätsprüfung für Pflegeheime ab 2019. Essen, S. 3. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen.html>, Zugriff am 09.01.2019

# 3 SIS® – die häufigsten Fehler in der Handhabung der Themenfelder

Schaut man sich den SIS®-Bogen an, so ist er in vier Teile gegliedert:

1. Teil A: Stammdaten
2. Teil B: Eingangsfrage
3. Teil C Themenfelder
4. Teil D: Risikomatrix

Die Fehler in diesem Kapitel befassen sich mit diesen vier Teilen.

## 3.1 Fehler im Teil A – Stammdaten

### 21. Fehler: Nur die Fachkraft erstellt die SIS®

Die Stammdaten für alle Bereiche der Pflege sind gleich aufgebaut.

Das Diagramm zeigt vier übereinander angeordnete Formulare für die Stammdatensammlung in der SIS®. Jedes Formular besteht aus einer Überschrift, einer Strukturangabe und vier Feldern für die Datenerfassung:

- SIS® – Kurzzeitpflege** – Strukturangabe: Informationsammlung. Felder: Name der pflegebedürftigen Person, Geburtsdatum, Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft, pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer.
- SIS® – Tagespflege** – Strukturangabe: Informationsammlung. Felder: Name des Tagespflegegastes, Geburtsdatum, Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft, Tagesgast/Angehöriger/Betreuer.
- SIS® – ambulante** – Strukturangabe: Informationsammlung. Felder: Name der pflegebedürftigen Person, Geburtsdatum, Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft, pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer.
- SIS® – stationär** – Strukturangabe: Informationsammlung. Felder: Name der pflegebedürftigen Person, Geburtsdatum, Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft, pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer.

Die Symbole 'A' sind in den Spalten für 'Geburtsdatum' und 'Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft' in den unteren beiden Formulareinstellungen (ambulante und stationäre Pflege) zu sehen.

Abb. 4: Stammdaten in der SIS®.

In den Stammdaten steht neben dem Namen des Klienten der Name der Pflegefachkraft, die den Pflegeprozess freigibt. Das muss aber nicht dieselbe Person sein, die die SIS<sup>®</sup> ausgefüllt hat. Informationen sammeln kann zunächst jeder. Ggf. macht eine Betreuungskraft die Eingangsinterviews, oder die Pflegedienstleitung tut dies selbst und die Fachkräfte erledigen den Rest. Wenn möglich sollte am Ende, nach Erstellung der SIS<sup>®</sup>, auch der Klient oder seine Bezugsperson unterschreiben.

Beides ist von EinSTEP genauso vorgesehen: »Die SIS<sup>®</sup> sollte von der pflegebedürftigen Person und/oder auch von der bevollmächtigten Person unterzeichnet werden. Hiermit kommt die beiderseitige Verbindlichkeit für den Verständigungsprozess zum Ausdruck. Die Pflegefachkraft zeichnet die SIS<sup>®</sup> immer ab und übernimmt damit die fachliche Verantwortung...«<sup>27</sup> Aber man beeilt sich auch hinzuzufügen: »Die SIS<sup>®</sup> kann nur von einer hierin geschulten Pflegefachkraft angewandt werden. Die Pflegefachkraft beherrscht den Pflegeprozess, hat kommunikative Fähigkeiten und bringt Erfahrungen in der Risikoerfassung und Beurteilung kritischer Situationen mit.«<sup>28</sup>

**Fazit****Anwenden darf die SIS<sup>®</sup> (fast) jeder**

An der SIS<sup>®</sup> könnten alle am Pflegeprozess Tätigen mitarbeiten, aber eine Fachkraft muss diesen Pflegeprozess freigeben.

## 22. Fehler: Jede Fachkraft muss eine SIS<sup>®</sup> schreiben können

Als Fachkraft ist man vielfältig gefragt. Man muss die Dokumentation zum Klienten genauso gut führen wie man die Versorgung einer Wunde beherrscht, mit Angehörigen umgeht, Medikamente kennt etc. Kurzum: Eine Fachkraft soll die berühmte »eierlegende Wollmilchsau« sein.

<sup>27</sup> AaO., S. 27

<sup>28</sup> Ebd.

Bedeutet Fachkraft sein automatisch, alles zu können? Weit gefehlt. Jede Fachkraft hat, wie alle Menschen in allen Berufen, Stärken und Schwächen. Es macht aus meiner Sicht überhaupt keinen Sinn, jede Fachkraft das Gleiche tun zu lassen.

Einige Fachkräfte tun sich schwer mit dem Schreiben. Das hat nichts mit der Frage zu tun, ob Deutsch die Muttersprache ist oder nicht. Es liegt am Schreibtalent. Wofür eine Fachkraft nur 30 Minuten benötigt, sitzt eine andere zwei Stunden.

Auch das Projektbüro EinSTEP ist dieser Ansicht: *»Es hat sich bewährt, die Anwendung anfangs auf ausgewählte Pflegefachkräfte zu begrenzen und das Aufnahmemanagement zu Beginn der Umstellung zentral zu gestalten, bis ausreichende Kompetenz in allen Bereichen der Pflegeeinrichtung gewährleistet werden kann.«<sup>29</sup>*

### Fazit

### Schreibtalent gesucht!

Jeder Mitarbeiter hat ein Talent. Schauen Sie, wer eine SIS® am besten schreibt und verlangen Sie nicht jeder Fachkraft das Gleiche ab.

## 23. Fehler: Jede Fachkraft kann eine SIS® ausfüllen

Eine Fachkraft lernt die Pflegedokumentation in ihrer Ausbildung. Und bei Altenpflegefachkräften, die nach 2015 ihre Ausbildung begonnen haben, war das Strukturmodell bereits im Lehrplan integriert. Reicht das, um die SIS® zu schreiben? Klare Aussage: Nein, denn das wäre ja gleichbedeutend mit der Aussage: Jeder, der einen Führerschein hat, kann auch Autofahren.

Gemäß der Schulungsunterlagen 2.0 darf nur die geschulte Fachkraft die SIS® ausfüllen. *»Es ist Aufgabe einer im Strukturmodell geschulten Pflegefach-*

---

<sup>29</sup> AaO., S. 30

# 7 Fehler im Umgang mit dem Maßnahmenplan, Ablaufplan oder der Tagesstruktur

## 78. Fehler: Der Maßnahmenplan hat ein bestimmtes Aussehen

Wie in den vergangenen Jahrzehnten schon gab und gibt es immer wieder die Frage: Wie muss dies oder jenes Formular aussehen? Wie ein Maßnahmenplan aussehen kann, ist allein Sache der Einrichtung: *»Da der Maßnahmenplan nicht als einheitliches Dokument im Strukturmodell (wie z. B. die SIS®) vorgegeben ist, sind hier das Pflege- und Qualitätsmanagement gefordert.«<sup>90</sup>*

Schreiben Sie den Maßnahmenplan so, wie Sie bzw. Ihre Einrichtung es für richtig hält. Er kann nach Tageszeiten oder auf eine andere Art geordnet sein. In den Schulungsunterlagen<sup>91</sup> ist festgehalten, was der Maßnahmenplan aber auf alle Fälle beinhalten soll:

- *»Darstellung individueller Wünsche und Vorlieben, individuelle Zeiten und Rituale etc.,*
- *Festlegung der regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und ggf. auch der Hauswirtschaft,*
- *Maßnahmen des Risikomanagements oder zeitlich befristete Beobachtungen,*
- *Informationen zu zusätzlichen individuellen Maßnahmen der Betreuung und Aktivierung,*
- *Ärztlich verordnete/angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege*

---

<sup>90</sup> AaO., S. 59

<sup>91</sup> Ebd.

- *Hinweise zur Pflegeorganisation oder vereinbarte individuelle Unterstützung für spezielle Situationen*<sup>92</sup>

Außerdem gibt in den Schulungsunterlagen eine Abbildung<sup>93</sup>, die darüber informiert, was an Daten auf dem Vordruck des Maßnahmenplanes enthalten sein muss (erforderlich) oder kann (optional).

**Tab. 2: Erforderlich und optionale Inhalte des Maßnahmenplans im Strukturmodell**

Erforderlich	Optional
Name der pflegebedürftigen Person	weitere einrichtungsinterne Identifizierungsmerkmale
Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person	Grundbotschaft der pflegebedürftigen Person
Datum der Erstellung	Spalte für Hilfsmittel
Handzeichen der Pflegefachkraft	Spalte für Verfahrensanleitung (Standard/Leitlinie)
Spalte Zeitangabe (Zeitraum/Zeitpunkt)	Spalte für Nummer des Themenfeldes
Spalte Maßnahmen	Spalte Leistungskomplex (ambulant)
Spalte Evaluationsdaten	Spalte für Evaluationstext
Hinweis zur Behandlungspflege (integriert in die Tagesstruktur oder separat)	
Blattnummerierung fortlaufend	

Unter dieser Maßgabe erfolgte auch die Erstellung des folgenden Maßnahmenplans.

<sup>92</sup> Ebd.

<sup>93</sup> Ebd. S. 63

Tab. 3: Beispiel für einen Maßnahmenplan

Name:	Geb. Dat:	Datum:	Fachkraft:	Blatt Nr:
Grundbotschaft:				
Zeiten ca.	Maßnahme	Evaluation		

## 79. Fehler: Die Begriffe »Maßnahmenplan« und »Tagesstruktur« meinen Unterschiedliches

»Der Begriff der »Maßnahmenplanung« im Strukturmodell wurde anstelle des Begriffs »Pflegeplanung« gewählt, weil die Leistungen der Pflegeversicherung aus einem Mix von Grundpflege, psychosozialer Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht und im stationären Versorgungssektor auch die Leistungen der Behandlungspflege einbezieht.«<sup>94</sup>



### Info

Der Maßnahmenplan kann unterschiedliche Bezeichnungen haben: Ablaufplan oder Tagesstruktur o.ä. Je nach Einrichtung wird dieser oder jener Begriff favorisiert. Inhaltlich meinen aber diese Begriffe dasselbe.

<sup>94</sup> AaO., S. 21

# 9 Sonstige Fehler im Umgang mit dem Strukturmodell

## 96. Fehler: Die Betreuung muss Leistungsnachweise führen

Dass man für die alltäglichen Grundpflegetätigkeiten in der stationären Pflege und Tagespflege keine Nachweise benötigt, ist wohl jedem bekannt. Aber gerade in den genannten Einrichtungen werden immer noch Tätigkeitsnachweise für die Betreuung geführt. So wird weiter schematisch und stur jede Beschäftigungsmaßnahme, an der der Klient teilgenommen hat, dokumentiert. Das ist unsinnig. Denn die SIS® lässt die Bedarfe und Bedürfnisse des Klienten erkennen und die Maßnahmenplanung legt fest, was aus der SIS® heraus an Tätigkeiten für diesen Klienten abgeleitet werden kann.

### Beispiel

#### Themenfeld 1

Fr. K kann nicht mehr aktiv kommunizieren, sie gibt eher Laute von sich als dass sie Worte formuliert. Aber man kann an ihrem Gesichtsausdruck Gefallen und Missfallen gut erkennen. Sie liebt Händemassage.

Maßnahmenplan: Einzelbetreuungseinheit: Fr. K. täglich die Hände mit duftender Creme oder Ölen massieren.

#### Themenfeld 5

Fr. K.: »Ich bin christlich erzogen, Kirche am Sonntag war Pflicht. Hier gibt es ja keinen Sonntagsgottesdienst, aber wenn der Pfarrer kommt, geh ich hin.«

Maßnahmenplan: Jeden zweiten Dienstag Fr. K. zum Gottesdienst bringen.

Diese klar geplanten Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse des Klienten ausgerichtet sind, muss man nicht mehr quittieren. So sehen es die Experten von EinSTEP vor: »Routinemäßige Durchführungsnachweise für diese Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung sind aus pflegfachlicher und aus juristischer Sicht nicht erforderlich. Den Vertragspartnern nach § 85 Abs. 8 SGB XI wird dringend empfohlen, dies durch eine entsprechende Formulierung bei nächster Gelegenheit klarzustellen.«<sup>112</sup> Im ambulanten Bereich bedarf es natürlich weiterhin des Nachweises über zusätzliche Betreuungsleistungen gem. § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag). Diese Nachweise sind die Abrechnungsgrundlage mit den Pflegekassen.

## 97. Fehler: Für die ärztliche Kommunikation gibt es entsprechende Vordrucke

In MDK-Prüfungen ist seit vielen Jahren die Frage vorgesehen, ob eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar ist. Diese Frage zielt dabei natürlich auf besondere oder akute Vorkommnisse beim Klienten ab. Es ist Sache der Pflegefachkräfte, bei Bedarf den Arzt hinzuzuziehen. Dabei wird nicht nur im Pflegebericht der Anlass dieser Konsultation beschrieben, sondern es werden häufig separate Vordrucke wie »Info an den Arzt« oder »Ärztliche Kommunikation« genutzt. Das ist allerdings keinesfalls erforderlich. In den Schulungsunterlagen finden sich keine Hinweise auf einen separaten Vordruck. Ebenso wenig finden sich solche Hinweise im SGB V oder SGB XI oder den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität.

### Fazit

### Kein Vordruck nötig

Wenn das Hinzuziehen eines Arztes auf dem Pflegebericht vermerkt ist oder ein Fax oder Mail abgesetzt wurden, ist dem Nachweis der aktiven Kommunikation mit dem Arzt Genüge getan.

<sup>112</sup> <https://www.ein-step.de/haeufige-fragen/>

## 98. Fehler: Einzelnachweise werden nicht mehr benötigt

Das Strukturmodell mit dem verkürzten vierschrittigen Modell hat sich nicht der gesamten Dokumentation gewidmet, ist also insofern unvollständig. Aber in den Schulungsunterlagen findet sich der Hinweis, welche Durchführungsnachweise nach wie vor von Nöten sind.

- »Ärztliche An-/Verordnungen der Behandlungspflege,
- Zusätzliche Betreuungsleistungen gem. § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) zur Abrechnungsgrundlage mit den Pflegekassen,
- Abzeichnung von Positionswechseln im Bewegungs- und Lagerungsprotokoll bei vorliegendem Dekubitusrisiko.
- In der ambulanten Pflege bedarf es weiterhin der Durchführungsnachweise aller erbrachten Maßnahmen zu Abrechnungszwecken entsprechend des jeweiligen Pflegevertrages mit der pflegebedürftigen Person.«<sup>113</sup>

Sie sehen: Es ist nicht alles entbürokratisiert.

## 99. Fehler: Trink- und Ernährungsprotokolle werden stets weitergeführt werden

Trink- und Ernährungsprotokolle ergeben immer dann Sinn, wenn eruiert werden soll, was der Klient überhaupt zu sich nimmt. Aber beachten Sie bitte, dass Sie solche Protokolle nicht auf Dauer führen.

Protokolle dienen lediglich dazu, Informationen zu ermitteln, was jemand zu welcher Zeit zu sich nimmt. Wurden diese Informationen gesammelt, kann das Protokoll abgesetzt werden. Ausnahme: Der Arzt hat eine Ernährungs- oder Flüssigkeitsverordnung aufgestellt. So steht es auch im Expertenstandard.<sup>114</sup> Gleiches gilt für Trinkprotokolle: In der Broschüre der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) steht: »Führen Sie die Dokumentation für einen begrenzten Zeitraum (z. B. eine Woche).«<sup>115</sup>

<sup>113</sup> AaO., S. 72

<sup>114</sup> DNQP 2017, S. 28

<sup>115</sup> DGE (2014): Praxiswissen Mangelernährung im Alter. S. 19

## Literatur

- AG »Technischer Implementierungsleitfaden«, FINSOZ e. V., Projektbüro EinSTEP, DVMD e. V. (2017): Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen. Version 1.4. Berlin.
- Behmann I (2008): BfArM-Analyse: Bei 40 Prozent Ursache im Produkt begründet. Vorkommnisse bei Hilfsmittel unter der Lupe. In: MDT 5/2008.
- Böhm E (2018): Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band 1 und 2. Facultas Verlag, Wien.
- 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, Berlin.
- DNQP (2013): Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- DNQP (2014): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- DNQP (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Osnabrück.
- DNQP (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- DNQP (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück.
- DNQP (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung. Osnabrück.
- DNQP (2017): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- König J (2017): 100 Fehler bei der Einstufung von Pflegebedürftigen. 5. akt. Auflage. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- MDS & GKV (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2. aktualisierte Auflage. Berlin, Essen.
- MDS (2018): Seminarprogramm des MDS 2019. 28., völlig überarbeitete Neuauflage. Essen.

- MDS (2018): Fragen und Antworten zur neuen Qualitätsprüfung für Pflegeheime ab 2019. Essen. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen.html>
- Qualitätsausschuss Pflege (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB I in der stationären Pflege.
- Rink F (oj): Das Strukturmodell entbürokratisierte effiziente Pflegedokumentation. <https://docplayer.org/42490091-Das-strukturmodell-ent-buerokratisierte-effiziente-pflegedokumentation.html>
- Roes M (2014): Pflegewissenschaftliche Einordnung Strukturmodell/SIS®/Risikomatrix.
- Veranstaltungsreihe der BAFGW Katholische Akademie, Kardinal Wendel Haus am 29. September 2014.
- Wingenfeld K, Stegbauer C, Willms G, Sternberg RC, Voigt C, Woitzik R (2017): Entwicklung, der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Zweiter Zwischenbericht – Definition zentraler Konzeptbausteine.

## Register

- Ablaufplan 119
- Assessments 104
- Aushandlungsprozess 55
- Ausscheidung 62
  
- Begutachtungs-Richtlinien 12
- Behandlungspflege 60
- Beratung 81, 83
- Beratungsformular 83
- Berichtblatt 115
- Beschäftigungsangebote 65
- Betreuung
  - Leistungsnachweise 139
- Bettgitter 95
- Beziehungen
  - soziale 64
- BMI 105
  
- Dekubitusgefahr 91
- Diagnosen 59
- Durchführungsnachweise
  - routinemäßige 140
  
- Einschätzung
  - weitere 80
- Einzelnachweise 141
- Ernährung 62, 104
- Evaluation 24, 112
  - Zeitvorgaben 114
- Expertenstandard 99
  - Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz 89
  - Dekubitusprophylaxe in der Pflege 91
  - Erhaltung und Förderung der Mobilität 88
  - Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 105
  - Förderung der Harnkontinenz in der Pflege 100
  - Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen 101
  - Sturzprophylaxe in der Pflege 93
- Expertenstandards 77, 81, 87
  
- Fallbesprechung 97
- FEM 96
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen 58
  
- Grundbotschaft 122
  
- Haushaltsführung 67
- Haushaltstätigkeiten 69
  
- Inkontinenzmaterial 100
  
- Körperpflege 62
  
- Leistungsnachweise 139
  
- Mangelernährung 62, 106
  - hochkalorische Kost 128
- Maßnahmenplan

- Änderungen 116
- Behandlungspflege 126
- Evaluation 115
- Form 119
- Inhalte 120
- Routinehandlungen 124
- Maßnahmenplanung 24
- MDK-Mitarbeiter
  - Audits 19
  - SIS-Schulung 18
- Medikamenteneinnahme 60
- Mittagsschlaf 68
  
- Pflegebericht
  - Abweichungen 129
  - Dokumentation durch
    - Externe 135
  - Evaluation 117
  - Standardeintragungen 132
  - Uhrzeit 136
- Pflegeprozess 24
  
- Qualitätsprüfung
  - MDK 11
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien 12
  
- Risikomatrix 57, 70, 96
  - Ausfüllen 85
- Risikoskalen 78, 79
- Rollator 94
  
- Schmerzen 103
- Schmerzmittel 101
- SIS®
  - Aktualisierung 41, 97
  - Angehörige 37
  
- Biografiebögen 38
- Eingangsfrage 47
- Evaluation 112
- Kontinenzprofil 99
- Kurzzeitpflege 43
- Leitfragen 52
- Maßnahmen 26
- Meinungsvielfalt 27
- Probleme/Ressourcen 26
- Tagespflege 42
- Themenfelder 55
- Zeitvorgaben 40
- Ziele 26
- Strukturierte Informations-  
sammlung 24
- Strukturmodell
  - Evaluation 116
  - Handhabung 22
  - Pflegeprozess 32
  - Verpflichtung 25
  - Weiterentwicklung 142
- Sturzprophylaxe 93
  
- Tagesstruktur 119
- Textbausteine 87
- Themenfelder
  - Stammdaten 44
  - wörtliche Rede 33
- Trinkmenge 106
- Trink- und Ernährungs-  
protokolle 141
  
- Untergewicht 92
  
- Wohnumfeld 66, 68
- Wunden 60

# Gemeinsamkeiten und Unterschiede entdecken



Jutta König

## **BI, SIS®, Expertenstandards & Qualitätsindikatoren**

**Zusammenhänge erkennen – Fallen vermeiden – perfekt dokumentieren**

168 Seiten, Softcover  
ISBN 978-3-89993-987-3  
€ 26,95

Auch als E-Book erhältlich

- Klare Struktur: so werden BI, Expertenstandards, SIS® und Qualitätsindikatoren sinnvoll miteinander verbunden
- Richtiger Pflegegrad: Die Pflegedokumentation als Grundlage
- Perfekte Dokumentation: Die Qualitätsindikatoren als Maßstab für MDK-Prüfungen

**»Das Ende der Verwirrung und der Anfang einer schlanken Struktur.«**

Jutta König

Änderungen vorbehalten.



# Prüfungen gezielt vorbereiten



Jutta König | Manuela Raiß

## Qualitätsindikatoren für die stationäre Altenpflege

Qualitätsprüfungen richtig vorbereiten und Top-Ergebnisse erzielen

128 Seiten, Softcover  
ISBN 978-3-89993-997-2  
€ 24,95

Auch als E-Book erhältlich

- Qualitätsindikatoren kennen und sicher umsetzen
- Praxisnahe Strategien rund um die neue Prüfung
- Hilfreiche Tipps zur neuen Art der Pflegedokumentation

»**Alles, was Sie zum Thema »Qualitätsindikatoren« wissen müssen.**«

Jutta König

Änderungen vorbehalten.



# Die Basis für den wirtschaftlichen Erfolg



Jutta König

## ***Pflegegrad-Management***

**Fehleinstufungen vermeiden –  
Pflegeprozess optimal strukturieren –  
Erlöse nachhaltig sichern**

180 Seiten, Hardcover  
ISBN 978-3-89993-957-6  
€ 34,95

Auch als E-Book erhältlich

- Richtiges Management zur Erlössteuerung
- Von einzelnen Pflegegraden zum richtigen Mix
- Grundlagenwerk für die Einstufung

**»Wissen allein genügt nicht.  
Auf die richtige Anwendung kommt es an.«**

Jutta König

Änderungen vorbehalten.



# Der richtige Umgang mit SIS® und Strukturmodell

Das Strukturmodell ist ein Erfolg – gut die Hälfte der 13.000 Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland hat bereits umgestellt und erzielt Zeit- und Kostenvorteile mit dieser Arbeitsweise.

Allerdings muss jede Einrichtung ihren eigenen Weg in der Umsetzung finden und der kann steinig sein. Fehler können sich einschleichen, z. B.:

- im Umgang mit der Risikomatrix
- bei der Verbindung zwischen Risikomatrix und den Expertenstandards
- bei der Evaluation des Maßnahmenplans

Dieses Buch zeigt, was Strukturmodell und SIS® wirklich können, wie sie möglichst reibungslos implementiert und störungsfrei umgesetzt werden.

Es ist das ideale Nachschlagewerk, um die Innovation »Strukturmodell« in der Praxis gewinnbringend nutzen zu können.

**schlütersche**  
*macht Pflege leichter*

## Die Autorin

Jutta König ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und u. a. als Sachverständige an Sozialgerichten tätig.

Sie ist Dozentin für Pflegesachverständige und -berater, Unternehmensberaterin sowie Dozentin (SGB V, SGB XI, Heim- und Betreuungsrecht).

Sie verfügt außerdem über langjährige Erfahrungen als examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.

ISBN 978-3-89993-998-9

