



Medizinischer Dienst
Baden-Württemberg

10 Jahre Strukturmodell aus Sicht des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg

Friedrichshafen, 17.10.2024

Gerd Aicher, Leiter der Region QP West



Rückblick – ein Blick in die Vergangenheit

Der Auftakt und Startschuss – Juli 2013

Im Juli 2013 legt die Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege, Frau Elisabeth Beikirch, dem Bundesministerium für Gesundheit die Empfehlung zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation vor.

Der Praxistest – September 2013 bis Februar 2014

Von September 2013 bis Februar 2014 dauert der Praxistest.
26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste beteiligen sich bundesweit daran.

Bundesweite Implementierung - Juli 2014

Mitte Juli 2014 liegt der Anschlussbericht zum Praxistest vor. Im Dezember 2014 wurde das IGES (Institut mit der Einrichtung des Projektbüros Ein-STEP) zur Unterstützung der flächendeckenden Einführung beauftragt.

Erste Phase - Juni 2016

Die erste Phase der Implementierung des Strukturmodells wird planmäßig Mitte Juni 2016 abgeschlossen. Das Lenkungsgremium beschließt, das Projektbüro Ein-STEP bis Ende Oktober 2017 fortzuführen.

Tages- und Kurzzeitpflege – 2017

Nach einem erfolgreichen Praxistest soll die Pflegedokumentation auch in der Tages- und Kurzzeitpflege flächendeckend entbürokratisiert werden.

Bilanz nach 4 Jahren – Oktober 2017

Im Oktober endet die Projektförderung durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und die Verantwortung für das Projektbüro Ein-STEP wird von den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene übernommen.

Geplanten Ziele des Strukturmodells

Überprüfung und Bewertung bisheriger fachlicher und juristischer Aussagen zur Dokumentation sowie Minimierung des zeitlichen Aufwandes für die Pflegedokumentation (Entbürokratisierung)

Herausstellung der fachlichen Kompetenz und beruflichen Erfahrung der Pflegefachkräfte

Rückgewinnung des Stellenwertes der Pflegedokumentation für den beruflichen Alltag (Steuerung des Pflegeprozesses/Qualitätssicherung)

Orientierung auf den (künftigen) Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflege (Konzept Personenzentrierung) und die Module des darauf aufbauenden Begutachtungsinstruments.

Aktive Rolle des MDS und der MD Gemeinschaft - vor, während und nach der IMPS

MDS und MD-Gemeinschaft haben die IMPS zur Effizienzsteigerung in der Pflege von Anfang an konstruktiv begleitet. Ein Vertreter des MDS war an der Expertengruppe, die das Strukturmodell entwickelt hat, beteiligt.

MD und MDS tragen die Einführung des Strukturmodells vollumfänglich mit und sind Mitglied im Lenkungsgremium auf Bundesebene.

Mit der Unterstützung zur Umsetzung des Strukturmodells leisten der MDS und die MD-Gemeinschaft ihren Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege.

Gleichzeitig tragen sie hierdurch zu dem gewünschten Perspektivwechsel in der Pflege bei: hin und zu einem person-zentrierten Ansatz und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis.



- Pflegedokumentation ein Aspekt neben Inaugenscheinnahme, Befragung Pflegebedürftiger/ Angehöriger und Pflegekräfte
- Pflegedokumentation ist Grundlage professioneller Pflege
- Dokumentation liefert Hinweise fachlich und qualitativ gute Versorgung der pflegebedürftigen Person
- Überprüfung und Bewertung anhand der jeweiligen Prüfkriterien der Qualitätsprüfrichtlinie (QPR)

Geprüft wird, was der Mensch individuell braucht (Bedarf) und wünscht (Bedürfnis)

Aufbau und Inhalt der Risikomatrix (Feld C)

- Besteht ein **Risiko** – ja oder nein?
 - Falls **nein**, sind keine Maßnahmen erforderlich (regelmäßige Evaluation planen).
 - Falls **ja**, entscheidet die Pflegefachkraft ob eine weitere Einschätzung erforderlich ist?

- Weiterführende Einschätzung - Die Pflegefachkraft fragt:
Ergeben sich aufgrund der dokumentierten Aussagen in einem Themenfeld
Hinweise auf ein **Risiko** – ja oder nein?
 - Falls **nein**, plant die Pflegefachkraft direkt entsprechende Maßnahmen, da aus ihrer Sicht hierfür ausreichend Informationen aus den Themenfeldern und der Risikomatrix vorliegen.
 - Falls **ja**, entscheidet die Pflegefachkraft wodurch die weitere Einschätzung erfolgen soll (befristete Beobachtung, weitere Fachexpertise, standardisiertes Assessmentinstrument etc.)
Das Ergebnis findet sich in der **Maßnahmenplanung** wieder.

Risikomatrix

- 😊 In der Regel korrekte und strukturierte Handhabung
- 😞 Fehlender Bezug zu Themenfelder und Maßnahmenplanung
- 😞 Einsatz von separaten Dokumenten/ Skalen
- 😞 Nicht korrekte bzw. aktuelle Risikoeinschätzung
- 😞 Beratungsnotwendigkeit und Inhalt nicht ersichtlich

Ziel des Maßnahmenplans

- Orientierung aller in der Pflege und Betreuung Beteiligter
- Der Aufbau ermöglicht schnelle Erstellung und Anpassung des Pflegeprozesses
- Grundbotschaft im Maßnahmenplan verdeutlicht personenzentrierten Ansatz
- Berücksichtigung von Wünschen und Bedürfnissen, Vorlieben und Abneigungen, Gewohnheiten und Ressourcen
- Grundlage der Evaluation

Der Maßnahmenplan in den Hinweisen des MD-Bund zum Strukturmodell

Um die versorgten Personen **bedürfnisgerecht und fachgerecht** pflegen zu können ist eine Informationserfassung und individuelle Maßnahmenplanung erforderlich.

- „Entscheidend für die zu prüfenden Ergebnisse der Versorgungsqualität ist die Darstellung der personenbezogenen regelmäßig und **gemeinsam vereinbarten Maßnahmen**. Diese sind **handlungsleitend** und eindeutig in dem Maßnahmenplan **komprimiert** zu beschreiben.
- **Zu kleinschrittige oder ausufernde Formulierungen**
- **Auf bestehende *Verfahrensanleitungen* kann verwiesen werden und bei Bedarf ist die davon abweichende individuelle Ausprägung im Vorgehen knapp zu dokumentieren.“**

Quelle: „Hinweise zur Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR“ MD-Bund

Was fällt bei der Qualitätsprüfung auf?

- 😊 Es wird auf eine handlungsleitende und komprimierte Maßnahmenplanung geachtet.
- 😊 Bedarf und Bedürfnisorientiert
- 😊 Grundbotschaften- Statement
- 😊 Gut strukturiertes QM -> gute Prüfergebnisse

- ☹️ Kleinschrittige oder ausufernde Formulierung (kein schneller Überblick, keine Akzeptanz)
- ☹️ Stationär: fehlende Berücksichtigung: Aufenthalte im Freien, nächtliche Versorgung, Einsatz von Hilfsmittel, nicht geeignete Beschäftigungsangebote, Evaluation der Eingewöhnungsphase
- ☹️ Fehlender oder „lückenhafter“ Maßnahmenplan
- ☹️ Nur Verweis auf Verfahrensanleitung ohne individuelle Maßnahmen
- ☹️ Überbegriffe für Maßnahmen (z.B. Dekubitusprophylaxe), keine konkreten Maßnahmen

Beispiel kleinschrittige Formulierung	Beispiel handlungsleitende Formulierung
<p>Bewohner wird zur Aufnahme der Mahlzeiten mit erhöhtem Oberkörper gelagert, das Bett wird in Arbeitshöhe gebracht, Umlegen des Wäscheschutzes, guten Appetit wünschen, Anreichen der Mahlzeiten..... Tablett in der Küche abstellen</p>	<p>Anreichen der Mahlzeiten mittels kleinem Löffel oder einer Küchengabel. Mahlzeiten portionsweise pürieren. Brot in kleine Stücke schneiden.</p>
Überbegriffe für Maßnahmen	Beispiel für konkrete Maßnahmen
<p>Dekubitusprophylaxe Basale Stimulation</p>	<p>Freilagern der Fersen Beruhigende Handmassage mit Lavendelöl</p>
Allgemeine Maßnahmen , aus denen keine Erkenntnis gezogen werden kann	Konkrete Maßnahmen und Befristung der Beobachtung
<p>Teilnahme an Gruppenangeboten</p> <p>Führen des Ernährungs- und Trinkplans</p>	<p>täglich zu den Angeboten der soziale Betreuung informieren, wenn teilgenommen, erfragen wie ihr das Angebot gefallen hat- Beobachtungszeitraum 2 Wochen</p> <p>Erfassung der aufgenommenen Trinkmenge für 5 Tage</p>



- Nutzen Sie und Ihre Mitarbeitenden das Fachgespräch



- Ermutigen Sie Ihre Mitarbeitenden in den Austausch zu gehen



Medizinischer Dienst
Baden-Württemberg

**Vielen Dank für Ihr Interesse und
Ihre Aufmerksamkeit !**

