	Handbuch Qualitätsmanagement	Kap. D.1.1.1
	Dokumentationshandbuch	

Dokumentationshandbuch für die Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein



DANtouch

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 1 von 34

1. Einleitung	3
1.1 Grundsätzliches	3
1.2 Allgemeine Anforderungen an die Pflegedokumentation	4
2. Elemente der Pflegedokumentation bei der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen	4
2.1 Pflegeprozessschritt: Informationssammlung	4
Abb. 1: Stamblatt (Auszug: pflegerische Daten)	5
Abb. 2: Strukturierte Informationssammlung (SIS)	5
Abb. 3: Risikomatrix der SIS	9
Abb. 4: Tiefergehendes Assessment Dekubitusrisiko	10
Abb. 5: Tiefergehendes Assessment Sturzrisiko	11
Abb. 6: Tiefergehendes Assessment Ernährungszustand	12
Abb. 7: Kontinenzprofil	13
Abb. 8: Tiefergehendes Assessment Schmerz	13
Abb. 9: BESD	14
Abb. 10: Schmerzintensität	15
Abb. 11: Tiefergehendes Assessment Mundgesundheits	16
Abb. 12: Beratungsprotokoll	17
2.2 Pflegeprozessschritt: Planung der Pflege	18
Abb. 13: Maßnahmenplanung/Tagesstruktur (Grund- und Behandlungspflege)	19
2.3 Pflegeprozessschritt: Durchführung der Pflege & Betreuung	20
Durchführung der Grundpflege (Maßnahmenplanung - Tagesstruktur)	20
Durchführung Soziale Betreuung	20
Abb. 14: Durchführungsnachweis Betreuung nach § 43	21
Abb. 15: Bewegungsprotokoll (händisch)	22
Abb. 16a: Ernährungsprotokoll (händisch)	23
Abb. 16b: Trinkprotokoll / Bilanzierung (händisch)	23
Abb. 17: Behandlungspflege / Ärztliche Verordnung	24
Abb. 18: Ärztliche Kommunikation	26
Abb. 20: Wunddokumentation (händisch)	28
Abb. 21: Wunddokumentation DAN	29
Abb. 22: Genereller Bericht (Pflegebericht) & Evaluation	30
2.4 Pflegeprozessschritt: Evaluation der Pflege	31
Abb. 22: Evaluation	31
2.5 Indikationsformulare	32
Abb. 23: Nachweis freiheitsbeschränkender Maßnahmen (im Stamblatt zu führen)	32
Abb. 24: Sturzprotokoll	33
Abb. 25: Pflegeüberleitungsbogen	34
Abb. 26: Fallbesprechung	35
Abb. 27: Pflegecockpit	36
3. Literatur	37

1. Einleitung

In dem vorliegenden Dokumentationshandbuch werden alle Prozessschritte und die damit verbundenen Dokumentationsanforderungen benannt, die in den Einrichtungen der evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein zur Abbildung des 4-stufigen Pflegeprozesses verwendet werden: Informationssammlung im Rahmen der SIS, Maßnahmenplanung, Berichtswesen (nur Abweichungen der geplanten Maßnahmen) und Evaluation z.B. durch Pflegevisiten oder Fallbesprechungen.

Die Pflegedokumentation erfolgt mithilfe der des EDV-Dokumentationssystems DAN touch. Es sind darüber hinaus nur die in diesem Dokumentations-Handbuch definierten handschriftlich auszufüllenden Zusatzdokumente zu verwenden.

1.1 Grundsätzliches

Mit dem EDV-gestützten Pflegedokumentationssystem der Firma DAN, geht die Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen wie viele andere Träger auch den Weg einer „entbürokratisierten Pflegedokumentation“. Die wichtigsten Postulate der entbürokratisierten Pflegedokumentation sind die Rückbesinnung auf die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte sowie die Konzentration auf die Perspektive der pflegebedürftigen Person. Das macht eine übersichtlichere Erfassung pflegerischer Risiken und Phänomene und einen breiteren fachlichen Konsens, der am Prozess Beteiligten zu sechs Themenfeldern für die fachliche Einschätzung erforderlich, der bewusst auf einen Wiedererkennungswert zur inhaltlichen Ausrichtung des künftigen Begutachtungsinstrumentes (NBI) setzt.

Mithilfe des Strukturmodells soll nicht nur der Dokumentationsaufwand verringert werden, sondern auch:

- Die Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen
- Eine Verständigung zu individuellen Leistungen und Wünschen, sowie die Dokumentation dieses Konsenses
- Eine Anerkennung der Fachlichkeit der Pflegefachkräfte, aber auch das Erkennen von Schwachstellen und Schulungsbedarf
- Die Begrenzung der schriftlichen Darstellung des Pflegeprozesses auf vier Schritte, ohne dabei wesentliche Aspekte der Qualitätsdarlegung zu vernachlässigen

Die „entbürokratisierende“ Wirkung des Strukturmodells ergibt sich durch folgende Elemente:

- Integration pflegerelevanter biografischer Informationen in die SIS und nicht auf Extrabögen
- Verwendung einer systematisch strukturierten Informationssammlung (SIS) als Einstieg in den Pflegeprozess
- Eine Matrix in der SIS zur Erfassung und Dokumentation der häufigsten Risiken und Phänomene bei pflege- und hilfebedürftigen Menschen
- Wegfall der grundpflegerischen Einzelleistungsnachweisführung auf der Basis der Regel „Immer-So“

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 3 von 34

- Veränderter praktischer Umgang mit dem Pflegebericht durch den Fokus auf die Dokumentation von Abweichungen
- Verstärkung der Bedeutung der Evaluation auf Grundlage der Beobachtung und der fachlichen Erkenntnisse

Die Grundstruktur dieser Pflegedokumentation (Strukturmodell) baut auf einen Pflegeprozess mit 4 Phasen auf:

- Einstieg in den Pflegeprozess mithilfe der SIS
- Maßnahmenplanung auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der SIS und der Risikomatrix
- Pflegebericht mit dem Fokus auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Pflege- / Betreuungsabläufen
- Evaluation (mit Fokus auf Erkenntnissen aus SIS, Maßnahmenplanung und Pflegebericht)

1.2 Allgemeine Anforderungen an die Pflegedokumentation

Aus der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein.

Die Pflegedokumentation muss:

- vollständig
- eindeutig
- leserlich (gilt für handschriftlich angefertigte Dokumente)
- fachlich richtig ausgefüllt sein.

Des Weiteren sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

- zeitnah
- keine Nebendokumente (z.B. lose Zettel)
- keine Doppeldokumentation
- Name und Zimmer-Nummer des Bewohners (plus ggf. geforderte sonstige Informationen) auf jedem handschriftlich geführten Dokument
- Handzeichen des Eintragenden und Datum auf jedem handschriftlich geführten Dokument
- Für handschriftlich angefertigte Dokumente: dokumentenecht (kein Bleistift, kein Tipp-Ex, keine Überklebungen, keine Überschreibungen). Falsche Eintragungen sind dadurch kenntlich zu machen, dass sie sauber und noch leserlich durchgestrichen werden sowie mit Datum, Handzeichen und Vermerk des Korrigierenden versehen werden.
- Eintragungen müssen objektiv und ohne subjektive Bewertung der Situation sein.

2. Elemente der Pflegedokumentation bei der Evangelischen Altenhilfe Ludwigshafen

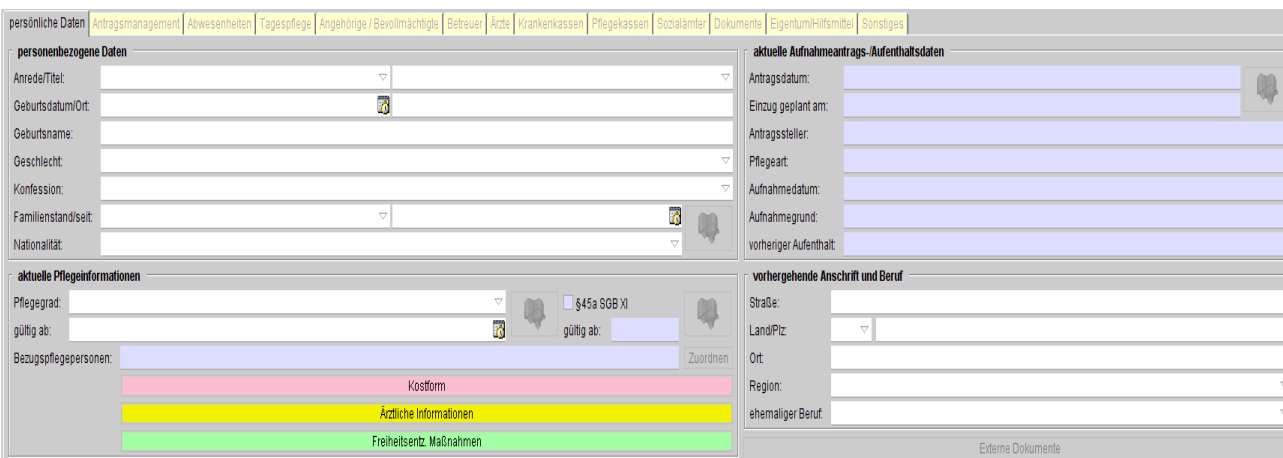
2.1 Pflegeprozessschritt: Informationssammlung

Die Informationssammlung dient der Zusammenführung aller Informationen und Erkenntnisse, die über den Bewohner vorliegen. Dazu gehören:

- Stammdaten
- SIS inkl. Risikoeinschätzung
- ggf. tiefergehende Assessments (Differentialassessments)

Biografische Daten fließen in die Themenfelder der SIS ein, sofern sie pflegerelevant sind.

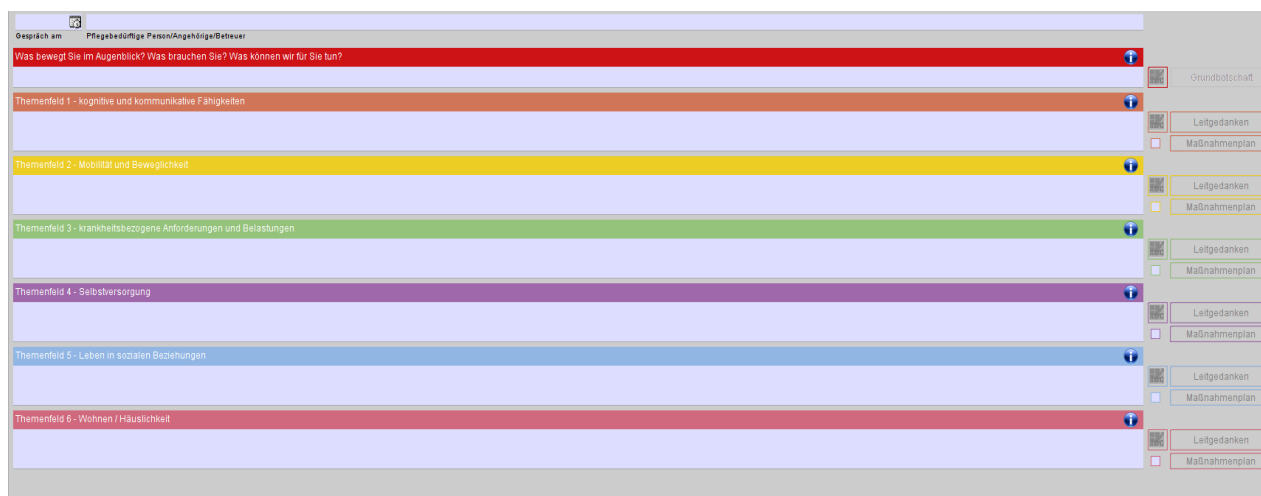
Abb. 1: Stammblatt (Auszug: pflegerische Daten)



.Die Stammdaten umfassen mehrere Kategorien. Die Kategorie „aktuelle Pflegeinformationen“ sowie „Eigentum / Hilfsmittel“ und ggf. „Abwesenheiten“ sind von der Pflege anzulegen.

Wenn sich gegenüber der Aufnahmesituation Veränderungen bei den Stammdaten ergeben, werden diese von der Pflegefachkraft entsprechend verändert. Das Stammblatt wird innerhalb der ersten 2 Tage nach Einzug des Bewohners mit den verfügbaren Daten erstellt. Alle weiteren Informationen sind sukzessive zu erfassen.

Abb. 2: Strukturierte Informationssammlung (SIS)



Die SIS wird prioritär im Rahmen des Erstgesprächs erarbeitet. Im weiteren Pflegeverlauf werden ihre Inhalte in Pflegevisiten und Fallbesprechungen zur Aktualisierung aufgegriffen. In der SIS wird der Sichtweise der pflegebedürftigen Person zu ihrer Lebens- und Pflegesituation und ihren Wünschen und Bedarfen an Hilfe und Unterstützung bewusst Raum gegeben. Die fachliche Einschätzung der Situation durch die Pflegefachkraft bildet sich auf der Basis von fünf wissenschaftsbasierten Themenfeldern ab. Sie wird verknüpft mit den sich daraus ergebenden Risiken in Form der Risikoeinschätzung als Matrix sowie pflegesensitiven Phänomenen.

Spezielle Aspekte zu Wohnen und Häuslichkeit (stationär) ergänzen als sechstes Feld die Situationseinschätzung. Das bewusste Zusammenführen der individuellen und subjektiven Sicht der pflegebedürftigen Person mit der fachlichen Einschätzung durch die Pflegefachkraft, sowie das Ergebnis des Verständigungsprozesses dieser beiden Personen, bildet die Grundlage aller pflegerischen Interventionen.

In der Informationssammlung werden die Angaben der pflegebedürftigen Person zu Gewohnheiten und Fähigkeiten, sowie ihre Hilfe- und Pflegebeschreibung im Originalton festgehalten („Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?“). Das heißt, dass genau der Wortlaut von der Pflegefachkraft notiert wird, den der Bewohner geantwortet hat (z.B. „Ich bin ein Frühaufsteher und brauche um 6 Uhr meinen Kaffee“).

Ergänzend zu den Informationen durch die pflegebedürftige Person erhebt die Pflegefachkraft auf Basis ihrer Pflegefachlichkeit die Pflege- und Betreuungssituation (pflegefachliche Einschätzung). Sie beschreibt den Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Einschätzung zu möglichen oder tatsächlichen Risiken aus ihrer fachlichen Perspektive.

Der Dialog zwischen der pflegebedürftigen Person (ggf. ihren Angehörigen oder ihrem Betreuer) und der Pflegefachkraft bildet die Grundlage für Entscheidungen zu

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 6 von 34

Art und Umfang der individuellen Festlegung der Pflege und Betreuung (Verständigungsprozess).

Hierfür wird die Einschätzung in der SIS nach den 6 Themenfeldern dokumentiert und durch das Ausfüllen der Risikomatrix zur fachlichen Einschätzung der individuellen Situation als erster Zugang zum Risikomanagement der pflegebedürftigen Person ergänzt.

Die systematische Bearbeitung aller Themenfelder aus pflegefachlicher Sicht soll sicherstellen, dass nichts Wesentliches übersehen wird. Sollte ein Themenfeld tatsächlich im Einzelfall nicht von Bedeutung sein, ist dies immer entsprechend zu vermerken, um zu markieren, dass es nicht übersehen oder übergangen wurde:

- Die Themenfelder dienen der Informationsaufnahme und der pflegefachlichen Einschätzung zur Situation der pflegebedürftigen Person in den jeweiligen pflegerelevanten Kategorien. Zusätzlich werden mögliche Risiken und Vorschläge zu entsprechenden Maßnahmen hierzu besprochen.
- Die für die Pflege pflegerelevanten biografischen Daten werden in der SIS erfasst.
- Zur inhaltlichen Strukturierung der Themenfelder gibt es eine Arbeitshilfe (Leitfragen) in der DAN-Dokumentation. Sie dient der Orientierung für die Pflegefachkraft, welche Informationen in den Themenfeldern zu dokumentieren sind. Die Arbeitshilfe dient zudem einer einheitlichen Anwendung der SIS.

Im Folgenden sind die pflege- und betreuungsrelevanten Themenfelder und die entsprechenden fachlichen Zuordnungen der Leitfragen sowie inhaltliche Hinweise im Einzelnen dargestellt:

Themenfeld 1: Kognition und Kommunikation (Leitfrage/Leitgedanke):

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, sich zeitlich, persönlich und örtlich zu orientieren, zu interagieren sowie Risiken und Gefahren zu erkennen. Hier ist auch das Auftreten von herausfordernden Verhaltensweisen wie z.B. nächtlicher Unruhe, Umherwandern (Weglaufen) oder aggressiv-abwehrendes Verhalten zu beschreiben.

Die Pflegefachkraft sollte möglichst prägnant diesbezüglich die pflegerische Situation mit Handlungs- und Gestaltungsräumen der pflegebedürftigen Person, ihren Kompetenzen, Gewohnheiten, Risiken und fachlichen Erfordernissen festhalten.

Themenfeld 2: Mobilität und Bewegung (Leitfrage/Leitgedanke):

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, sich frei und selbstständig innerhalb und außerhalb der Wohnung bzw. des Wohnbereichs zu bewegen. Wichtig ist dabei die fachliche Einschätzung/Beschreibung der Möglichkeiten der Person, sich durch Bewegung in angemessenem Umfang Anregung verschaffen zu können sowie an der Alltagswelt teilzuhaben und teilzunehmen.

Der Aspekt des herausfordernden Verhaltens muss dabei berücksichtigt werden.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 7 von 34

Themenfeld 3: Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

(Leitfrage/Leitgedanke):

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person durch ihre gesundheitliche Situation/ihre Einschränkungen und Belastungen und deren Folgen pflegerisch-fachlichen Unterstützungsbedarf zeigt. Insbesondere sind die individuellen Belastungsfaktoren, die therapeutischen Settings, die Compliance oder der Handlungsbedarf und die eventuellen Unterstützungsbedarfe bei der Bewältigung von Risiken und Phänomenen (z. B. Schmerz/Inkontinenz) oder deren Kompensation zu beschreiben und hinsichtlich ihrer krankheits- und therapiebedingten Anforderungen einzuschätzen. Es geht nicht um die ausschließliche Aufzählung von Diagnosen und ärztlichen Therapien/ Medikamente, die bereits in anderer Weise erfasst und dokumentiert sind. Krankheitsfolgen und medikamenteninduzierte Risikofaktoren sollen hier erfasst werden.

Themenfeld 4: Selbstversorgung (Leitfrage/Leitgedanke):

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person in der Lage ist, z. B. Körperpflege, Ankleiden, Essen und Trinken etc. selbstständig/mit Unterstützung zu realisieren. Ziel ist die Unterstützung größtmöglicher Autonomie, Selbstverwirklichung und Kompetenz. Eventuelle (fachliche und ethische) Konflikte zwischen den obengenannten Werten und die Verständigungsprozesse sind nachvollziehbar zu beschreiben.

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen (Leitfrage/Leitgedanke):

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person Aktivitäten im näheren Umfeld und im außerhäuslichen Bereich selbstständig oder mit Unterstützung gestalten kann und wer sie ggf. dabei unterstützt (privates Umfeld).

Themenfeld 6: Wohnen/Häuslichkeit (stationär) (Leitfrage/Leitgedanke):

In diesem Themenfeld geht es um die individuelle, situationsgerechte Erfassung und Beschreibung dazu, inwieweit die pflegebedürftige Person ihre Bedürfnisse und Bedarfe in Hinblick auf Wohnen, und Häuslichkeit in der stationären Einrichtung umsetzen kann. Sie sind wichtig für die Erhaltung von Gesundheit, Kompetenz und Wohlbefinden und die Möglichkeit, sich zu orientieren sowie Sicherheit durch Vertrautes zu erlangen – insbesondere in der unmittelbaren Lebensumwelt (eigenes Apartment, im Doppelzimmer, Küchenzeile für bestehende Selbstversorgungspotenziale, Biografie, insbesondere bei Menschen mit Demenz).

Grundsätzliches zur SIS

- Die SIS wird von einer Pflegefachkraft angelegt.
- Die Erstrisikoeinschätzung (Risikomatrix) und die risikorelevanten pflegerisch-fachlichen Beschreibungen der Themenfelder erfolgen innerhalb der ersten 48 h nach Einzug.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 8 von 34

- Die Vervollständigung der Themenfelder inkl. Einstiegsfrage wird einmalig innerhalb von 7 Tagen nach Einzug erstellt.
- Es erfolgt innerhalb von 48 h eine Nacherhebung, wenn gravierende Veränderungen in der Pflegesituation eintreten, z.B. neu aufgetretene Risiken, pflegerelevante Veränderungen des Gesundheitszustands

Hinweis: Nach Fertigstellung der SIS ist eine Plausibilitätsprüfung zwischen Risikomatrix und Themenfeldern zu empfehlen – hier sollte die Pflegefachkraft ihre Ausführungen dahingehend überprüfen, ob sich die Risiken in den Themenfeldern wiederfinden und umgekehrt.

Pflegerische Risikoersteinschätzung & tiefergehendes Assessment. Bei prophylaktischen Maßnahmenplanungen in der Tagesstruktur, müssen pflegefachliche Einschätzungen aus der SIS erkenntlich sein, z.B. bei der Kontraktur-, Obstipations-, Intertrigoprophylaxe.

Die Risikoeinschätzung erfolgt im Rahmen der SIS in der Risikomatrix zur Risikoersteinschätzung und beschränkt sich auf die in der SIS vorgegebenen Risiken, und zwar:

- Dekubitusrisiko
- Sturzrisiko
- Risiko für eine Harn- und Stuhlinkontinenz
- Schmerz
- Ernährungsrisiko

Achtung: hier gelten die jeweils aktuellen Expertenstandards

Abb. 3: Risikomatrix der SIS

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene ⓘ																			
Dekubitus				Sturz				Inkontinenz				Schmerz				Ernährung			
		weitere Einschätzung notwendig				weitere Einschätzung notwendig				weitere Einschätzung notwendig				weitere Einschätzung notwendig				weitere Einschätzung notwendig	
ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Risikoeinschätzung basiert auf einer pflegefachlichen Einschätzung der Pflegefachkraft. Als Informationsquelle für diese Entscheidung nutzt die Pflegefachkraft die Informationen aus der SIS.

Die Notwendigkeit zu einem tiefergehendem Assessment ergibt sich, wenn das Ergebnis der Risikoeinschätzung nicht eindeutig ist und/oder, wenn es sich aus einer Vorgabe eines Expertenstandards ergibt. In diesem Fall ist immer eine weitere Einschätzung mittels tiefergehendem Assessment erforderlich und nachzuweisen.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 9 von 34

Für Risiken, die über die in der Erstrisikoeinschätzung der SIS vorgegebenen hinausgehen gilt, dass diese Risiken in den Themenfeldern der SIS benannt werden. Das gilt z.B. für folgende Risiken:

- Kontrakturrisiko
- Pneumonierisiko
- Thromboserisiko
- Intertrigorisiko
- Soor- und Parotitisrisiko
- Aspirationsrisiko
- Obstipationsrisiko
- Cystitisrisiko
- Suizidalität
- Verhaltensauffälligkeiten

Bei erstmaligem Auftreten eines dieser Risiken, ist die SIS zu evaluieren, ggf. beschränkt sich die Evaluation auf das betroffene Themenfeld. Eine Evaluation ist ebenfalls vorzunehmen, wenn das entsprechende Risiko nicht mehr vorhanden ist.

Bei jedem bestehendem Pflegerisiko müssen aus der Maßnahmenplanung die zur Pflegesituation passenden individuellen prophylaktischen Maßnahmen hervorgehen. Ergänzend werden die entsprechenden Verfahrensanleitungen (vgl. DAN VAL) zur Maßnahmenplanung herangezogen.

Grundsätzliches zur Risikoersteinschätzung

- Trifft ein Risiko zu bzw. kann ein Risiko nicht ausgeschlossen werden, führt die Pflegefachkraft das entsprechende tiefergehende Assessment durch.
- Wurde ein Pflegerisiko mittels Risikoersteinschätzung sicher ausgeschlossen und treten Risikofaktoren erstmalig neu auf, z.B. weil der Bewohner gestürzt ist, sich sein Allgemeinzustand geändert hat etc., muss die Risikoersteinschätzung entsprechend zeitnah anlassbezogen überprüft werden (anlassbezogene Evaluation).
- Die Risikoeinschätzung mittels Risikomatrix erfolgt regelhaft alle 12 Wochen im Rahmen der Evaluation der Maßnahmenplanung

Grundsätzliches zum tiefergehenden Assessment

Kann mittels Erstrisikoeinschätzung der SIS ein Pflegerisiko nicht ausgeschlossen werden, muss eine systematische und individuelle Bewertung aller relevanten Risikofaktoren erfolgen. Dies leistet das jeweilige tiefergehende Assessment. Für die 5 Pflegerisiken (Sturzrisiko, Dekubitusrisiko, Ernährungsrisiko & Dehydratationsrisiko, Risiko für eine Harninkontinenz) gibt es in DAN separate Formulare.

Abb. 4: Tiefergehendes Assessment Dekubitusrisiko

Differenzierung der Gründe für Dekubitusrisiken und Ergebnisse der Hautinspektion

Bitte gefährdete Körperstellen, Pergamenthaut, Hämatom oder Intertrigo markieren:

ggf. weiterführende Assessments

☐ Wunddokumentation
 ☐ Kontrakturnisikoerfassung
 ☐ Schmerzerfassung
 ☐ Mangelernährung
 ☐ Kontinenz und Kontinenzanamnese

Bemerkungen zur Hautinspektion (z.B. feucht, trocken, Rötung, Fingertest)

Erhöhte und/oder verlängerte Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften bzw. Schwächung der Gewebetoleranz (inklusive Druckempfinden und Reaktion darauf)

Problemeinschätzung



● gefährdete Körperstelle
● Pergamenthaut, Hämatom
● Intertrigo

Die im tiefergehenden Assessment Dekubitusrisiko festgestellten Risikofaktoren sind die Ausgangsbasis für die Maßnahmenplanung. Die Erhebung dieser Risikofaktoren erfolgt durch das Anklicken der zutreffenden Risikofaktoren. Die Häufigkeit der Einschätzung des Risikos ist im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe festgelegt.

Abb. 5: Tiefergehendes Assessment Sturzrisiko

Sturzangst (Ausmaß, Situation und Ursachen) Screening

Mobilitätsbeeinträchtigung (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Balance, Schweregrad, Art, Ursachen und Konsequenzen der Beeinträchtigung) Screening

Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten, Gebrechlichkeit, Multimorbidität (Auswirkungen auf den pflegerischen Unterstützungsbedarf)

Kognitive Beeinträchtigungen

Depression Facharzt: Screening BI SIS

Probleme mit der Urinausscheidung (Einschätzung der Beeinträchtigung bzgl. des Sturzrisikos) Facharzt: Kontinenz BI SIS

Schmerzen Schmerz SIS

Diabetes mellitus Ärztliche Diagnosen

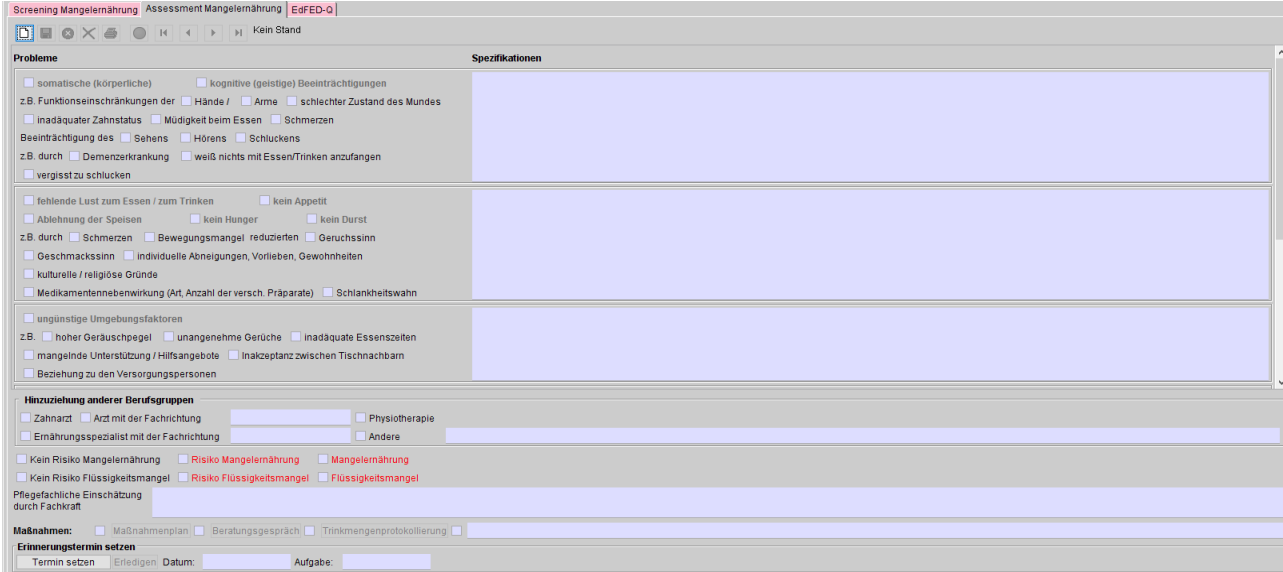
Ernährung (Risiko einer Mangelernährung, kalziumarme Diät, extrem hoher/niedriger BMI)

In diesem Assessmentinstrument sind alle wesentlichen Risikofaktoren aufgelistet, die das Sturzrisiko beeinflussen. Die Erhebung dieser Risikofaktoren erfolgt durch

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 11 von 34

das Anklicken und beschreiben der zutreffenden Risikofaktoren und freitextliche Erfassung des Sturzrisikos mittels pflegfachlicher Einschätzung durch die Pflegefachkraft. Die im tiefergehenden Assessment festgestellten Risikofaktoren sind die Ausgangsbasis für die Maßnahmenplanung. Die Häufigkeit der Einschätzung des Risikos ist im Expertenstandard Sturzprophylaxe festgelegt.

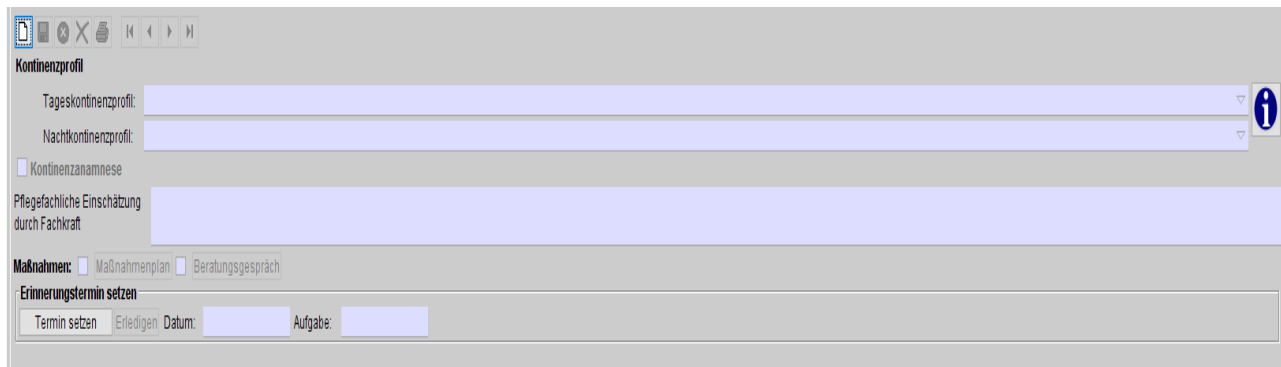
Abb. 6: Tiefergehendes Assessment Ernährungszustand



Zur Ermittlung des Ernährungsrisikos ist die regelmäßige Erhebung des Körpergewichtes des Bewohners erforderlich. Das Körpergewicht wird bei allen Bewohnern monatlich erhoben, ggf. nach ärztlicher Anordnung häufiger. Bei akutem Gewichtsverlust wird 14 täglich das Gewicht ermittelt. Grundsätzlich ist die Körpergröße des Bewohners zu dokumentieren. Der BMI Wert wird bei der Dokumentation des Körpergewichts von DAN automatisch ermittelt.

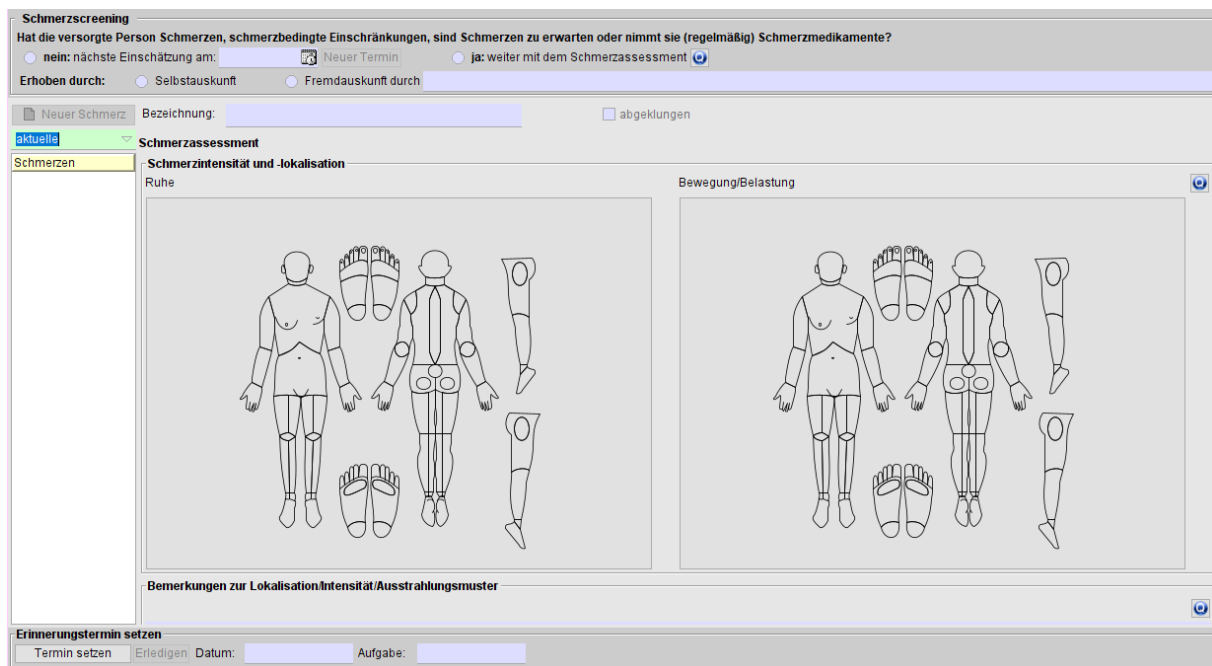
Die zutreffenden Risikofaktoren werden mit einer pflegfachlichen Einschätzung kommentiert. Die nicht zutreffenden Risikofaktoren bleiben unkommentiert. Die Häufigkeit der Einschätzung des Risikos ist im Expertenstandard Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege festgelegt.

Abb. 7: Kontinenzprofil



Zur Bewertung der Kontinenzsituation wird ein Kontinenzprofil abgeleitet. Nachfolgend ist die Kontinenzanamnese zu erfassen. Lautet das Kontinenzprofil „vollständig kompensierte Inkontinenz“, liegt kein Risiko für Inkontinenz laut Risikomatrix vor. Die Häufigkeit der Einschätzung des Risikos ist im Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege festgelegt.

Abb. 8: Tiefergehendes Assessment Schmerz



Die Schmerzeinschätzung wird durchgeführt, wenn die Risikoersteinschätzung eine Schmerzproblematik ausweist. Der Expertenstandard unterscheidet hierfür zwischen „stabiler“ und „instabiler“ Schmerzsituation. Hierbei wird auf die Schmerzintensität, den Zeitpunkt des Schmerzes, Dauer und Art des Schmerzes sowie Auswirkung des Schmerzes eingegangen, indem die zutreffenden Aspekte angeklickt werden. Kommentierungen werden freitextlich vorgenommen.

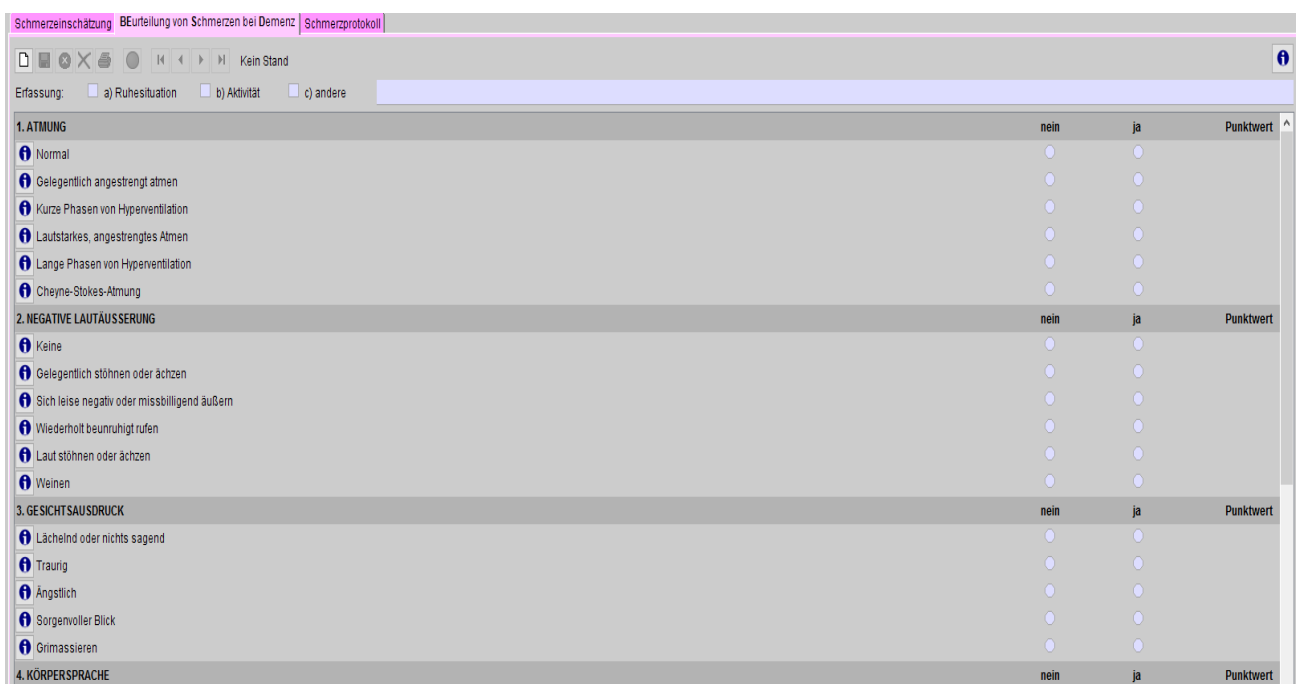
Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 13 von 34

Dieses Formular wird beim ersten Auftreten des Schmerzes von der Pflegefachkraft ausgefüllt. Grundsätzlich sind nur die Angaben zu dokumentieren, die durch Selbst- oder Fremdeinschätzung erfasst werden konnten.

Die Häufigkeit der Einschätzung des Risikos ist im Expertenstandard Schmerzmanagement (chronisch/akut) in der Pflege festgelegt.

Zur Schmerzeinschätzung für Menschen mit Demenz kann das Einschätzungsinstrument BESD zusätzlich herangezogen werden.

Abb. 9: BESD



Schmerzeinschätzung		BEurteilung von Schmerzen bei Demenz		Schmerzprotokoll	
Erfassung: <input type="checkbox"/> a) Ruhesituation <input type="checkbox"/> b) Aktivität <input type="checkbox"/> c) andere					
1. ATMUNG					
<input type="radio"/> Normal	nein	ja	Punktwert		
<input type="radio"/> Gelegentlich angestrengt atmen					
<input type="radio"/> Kurze Phasen von Hyperventilation					
<input type="radio"/> Lautstarkes, angestrengtes Atmen					
<input type="radio"/> Lange Phasen von Hyperventilation					
<input type="radio"/> Cheyne-Stokes-Atmung					
2. NEGATIVE LAUTÄUSSERUNG					
<input type="radio"/> Keine	nein	ja	Punktwert		
<input type="radio"/> Gelegentlich stöhnen oder ächzen					
<input type="radio"/> Sich leise negativ oder misstrauisch äußern					
<input type="radio"/> Wiederholt beunruhigt rufen					
<input type="radio"/> Laut stöhnen oder ächzen					
<input type="radio"/> Weinen					
3. GESICHTSAUSDRUCK					
<input type="radio"/> Lächelnd oder nichts sagend	nein	ja	Punktwert		
<input type="radio"/> Traurig					
<input type="radio"/> Ängstlich					
<input type="radio"/> Sorgenvoller Blick					
<input type="radio"/> Grimassieren					
4. KÖRPERSPRACHE					
	nein	ja	Punktwert		

Der Expertenstandard Schmerzmanagement regelt, wann die BESD Skala zum Einsatz kommt. Dabei werden Informationen zu Atmung und Lautäußerungen, Gesichtsausdruck und Körpersprache sowie Trost und Auffälligkeiten erfasst durch das Anklicken der zutreffenden Antwortkategorie (nein oder ja).

Schmerzverlauf: Wenn sich aus der Schmerzintensität kein Handlungsbedarf ergibt, Schmerzintensität < 3 (NRS), müssen keine weiteren Angaben gemacht werden. Immer, wenn Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchgeführt werden, muss das Ergebnis der Wirksamkeitskontrolle dokumentiert werden.

Abb. 10: Schmerzintensität

Schmerzintensität und -lokalisierung

Schmerzlokalisierung: sonstiger Schmerz

Bemerkung:

Einschätzung erfolgt bei ☐ Ruhe ☐ Belastung

Körperansicht von vorne

Fußansicht von oben

Körperansicht von hinten

Außenseite der unteren Extremitäten

55

36

54

23

34

43

40

45

24

26

27

25

60

21

20

51

50

11

12

13

14

links

rechts

44

35

62

42

57

61

30

41

43

47

40

58

27

25

24

26

22

19

20

51

49

48

50

31

25

19

48

links

32

24

20

50

rechts

alle markieren

geplant

Bitte Bereich testen

kein Schmerz (0)

leicht (1)

leicht (2)

mäßig (3)

mäßig (4)

stark (5)

stark (6)

sehr stark (7)

sehr stark (8)

unerträglich (9)

unerträglich (10)

Abbrechen

Erledigt !!

Erledigung

Geplant:

Erledigt: 23.05.2017 09:24

HDZ: MSR

Aufwand:

Die Schmerzintensität ist im Rahmen der Schmerzeinschätzung zu erfassen.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 15 von 34

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 16 von 34

Aus einem attestierten Risiko resultiert eine individuell passende Prophylaxe, die in der Maßnahmenplanung ggf. auf Basis der VAL (s. DAN) erfasst wird.

Die Prophylaxe beinhaltet in der Regel eine Information / Beratung des Bewohner zu seinen individuellen Risiken und ggf. seiner Mitwirkung bei der Minimierung der Risiken.

Die Information / Beratung ist im Beratungsprotokoll zur Gesundheitsprävention zu dokumentieren, indem das Risiko, zu dem beraten worden ist angeklickt wird und die Gesprächsinhalte festgehalten werden.

2.2 Pflegeprozessschritt: Planung der Pflege

Abb. 13: Maßnahmenplanung/Tagesstruktur (Grund- und Behandlungspflege)

In der Maßnahmenplanung werden Aussagen z.B. zur Alltagsgestaltung der grundpflegerischen Regelversorgung (Immer-so-Leistungen), zur psychosozialen Betreuung und zur hauswirtschaftlichen Versorgung. Die Maßnahmenplanung im Rahmen des Strukturmodells unterscheidet sich grundlegend von der bisherigen Praxis. Diese neue Form trägt wesentlich zur Übersichtlichkeit und damit zur Akzeptanz im Alltag bei und bindet sich nahtlos in die Erkenntnisse aus der SIS ein.

Die Planung umfasst jetzt diejenigen Maßnahmen, die sich als Erkenntnisse aus:

- dem Erstgespräch in Verbindung mit den wissenschaftsbasierten Themenfeldern und dem sechsten Themenfeld
- unter Einbezug der Matrix zur Erfassung der Risiko- und Pflegephänomene und
- der Abstimmung zu den Sichtweisen, Bedürfnisse und Vorgaben der pflegebedürftigen Person aus der SIS ergeben.

Die ausführende Pflegefachkraft durchläuft einen gedanklich-fachlichen Prozess, der die Erkenntnisse aus der SIS einbezieht (Welche Ressourcen bestehen? Welche Problemkonstellationen sind vorhanden? Welche Zielsetzungen sind anzustreben?). Auch wenn im Strukturmodell nicht explizit Ziele dokumentiert werden, sind sie Teil des professionellen Denkens und der Evaluation. Das Ergebnis dieses Prozesses spiegelt sich in Form konkreter Maßnahmen wieder, ohne dass die übrigen Zwischenschritte verschriftlicht werden. Letztlich entscheidend für das angestrebte Ergebnis ist die Darstellung der im Einzelfall bewohnerbezogenen wichtigen Maßnahmen. Die Maßnahmenplanung bildet die Grundlage allen pflegerischen Handelns. Sie ist im Rahmen des Pflegeprozesses das zentrale Instrument zur individuellen Steuerung der Pflege und Betreuung des Bewohners und löst die Pflegeplanung in ihrer bisherigen Form ab.

Pflegemaßnahmen beschreiben die Durchführung und den Zeitpunkt des Angebots der individuellen Pflege, der Prophylaxen und der sozialen Betreuung für den jeweiligen Bewohner. Sie müssen handlungsleitend formuliert werden, davon ausgehend, dass anhand der Maßnahmenplanung für den Bewohner immer die geplante Pflege erbracht wird – egal, wer sie durchführt.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 17 von 34

Pflegemaßnahmen müssen folgende Informationen enthalten:

- Was wird gemacht?
- Wie wird es gemacht?
- Wie oft wird es gemacht (z.B. täglich oder bei jedem pflegerischen Kontakt o.ä.)?
- Wann wird es gemacht?
- Wo wird es gemacht
- Womit wird es gemacht?
- Wer macht es?

Unterstützende oder pflegerische Maßnahmen, die mehrmals am Tag in derselben Form erbracht werden (z.B. das Bereitstellen von Mahlzeiten in einer bestimmten Form, Toilettengänge, Zahnpflege), sind in der Durchführung nur einmal zu beschreiben. Entscheidend ist, dass der routinemäßige und wiederkehrende Ablauf in der grundpflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung übersichtlich und zur schnellen Orientierung nachvollziehbar einmal dargestellt ist. Bei Maßnahmen, die zu bestimmten Uhrzeiten erbracht werden sollen wird diese Uhrzeit in der Maßnahmenbeschreibung aufgenommen, z.B. Bewohner bekommt gegen 7.00 Uhr wunschgemäß eine Tasse Kaffee ans Bett.

Die Maßnahmenplanung stützt sich auf die Verfahrensanleitungen (VAL) Grundpflege, die alle für die Pflege des Bewohners relevanten Grundsätze enthalten. In der Maßnahmenplanung werden nur noch bewohnerindividuelle Aspekte erfasst und ansonsten auf die VAL Grundpflege verwiesen.

Die Tagesstruktur muss im TF 1, 2 und 4 innerhalb von 48 Stunden (mithilfe der VALs) nach Einzug erstellt sein und kann sukzessive um weitere Informationen erweitert werden. Die Maßnahmen, die aus den übrigen Themenfeldern resultieren, müssen nach 7 Tagen erstellt sein. Maßnahmen, die aus der Risikoersteinschätzung resultieren, sind unverzüglich einzuleiten, z.B. Lagerungsmaßnahmen, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme).

Hinzu kommen Maßnahmen im Bereich der Behandlungspflege. Alle aktuellen ärztlichen Verordnungen sind entsprechend mit den jeweiligen Verabreichungszeiträumen in der Maßnahmenplanung, spätestens nach 24 Std zu dokumentieren und nach Durchführung zeitnah (in derselben Schicht) abzuzeichnen (z.B. Entlassungsbefehl KH, Anordnung Hausarzt).

Hinweis: Der Ablauf gilt auch für Bewohner der Kurzzeit- und Verhinderungspflege.

2.3 Pflegeprozessschritt: Durchführung der Pflege & Betreuung

Durchführung der Grundpflege (Maßnahmenplanung - Tagesstruktur)

Pflegemaßnahmen, die geplant sind, müssen auch durchgeführt werden.

Die derzeit herrschende rechtliche Auffassung zur Dokumentation von Pflegeleistungen ist:

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 18 von 34

Was in der Planung beschrieben ist, gilt als durchgeführt nach der Regel „immer so“ und nur Abweichungen der Regel werden dokumentiert. Auf der Basis dieser Regel entfallen zukünftig Einzelleistungsnachweise. Eine Ausnahme von dieser Regel stellt die Dokumentation der Behandlungspflege dar, die weiterhin mittels Einzelleistungsnachweis zu dokumentieren ist. Ein Leistungsnachweis in Form eines Handzeichens ist also nicht erforderlich. Es gilt bei der Durchführung das Prinzip „Immer-So“, das heißt, dass die Pflege- und Betreuungsleistung so durchgeführt wurde, wie sie geplant ist. Wenn Pflegemaßnahmen über die geplante Pflege hinaus notwendig werden, müssen diese im Rahmen einer Evaluation der Maßnahmenplanung eingeleitet und verplant werden. Abweichungen von der geplanten Pflege werden im Bericht erfasst und ggf. begründet (z. B. Annahmeverhalten des Bewohners). Im Falle einer Abweichung muss dann der Grund und die alternative Maßnahme im Berichtsblatt erfasst werden.

Durchführung Soziale Betreuung

Der Nachweis zur Sozialen Betreuung entfällt unter den gleichen Prämissen (Regeln) wie der Nachweis Grundpflege („Immer-so“).

Die Dokumentation von Leistungen nach §43b erfolgt wie folgt:

- Geplante Maßnahme als durchgeführt abklicken
- Tagesstruktur-Abweichungen von geplanten Maßnahmen der sozialen Betreuung (inkl. Begründung und alternative Maßnahmen)
- Erfolge durch die Maßnahmen der sozialen Betreuung
- Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners
- Beobachtungen und Veränderungen bezüglich der körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Situation des Bewohners
- Akute Ereignisse und Besonderheiten
- Situatives Befinden des Bewohners während der sozialen Betreuung (alle 3 Monate im Rahmen der Evaluation, bei dementiell veränderten Menschen und Menschen mit kommunikativen Einschränkungen häufiger)

Die Dokumentation des Wohlbefindens des Bewohners erfolgt im Sinne des Prüffrage 14.6 der PTVS, im „Generellen Bericht“.

Abb. 15: Bewegungsprotokoll (händisch)


Aus der Maßnahmenplanung erfolgt im Rahmen der Dekubitusprophylaxe ein Querverweis in die Bewegungsplanung. Die Bewegungsplanung beinhaltet die

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 20 von 34

Festlegung eines individuellen Bewegungs-/Lagerungsintervalls, der Lagerungsarten (rechts, links, Rücken oder schiefe Ebene), Bewegungstechniken (Mikro-, Makrobewegungen) und Transfertechniken. Die durchgeführte Maßnahmen zur Druckentlastung sowie eine Einschätzung des Hautzustandes nach der Lagerung und/oder Mobilisation werden im Bewegungsprotokoll dokumentiert.

Ein Bewegungsprotokoll muss aus rechtlichen Gründen bei zutreffender Indikation im Rahmen der Dekubitusprophylaxe weiterhin geführt werden.

Abb. 16a: Ernährungsprotokoll (händisch)

 <p>Evangelische Altenhilfe Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige Betriebsgesellschaft mbH ... sicher und geborgen</p>		<p>Handbuch Qualitätsmanagement Geltungsbereich: Pflege</p>						<p>Pflege Kap. D.1.3.4</p>					
<p>Ernährungsprotokoll</p>													
<p>Name: _____ von _____ bis _____</p>													
<p>Legende: TN = Trinknahrung MD = Milchdrink, ZMZ = Zwischenmahlzeit SPM = Spätmahlzeit</p>													
Mahlzeit	Montag Dat.:	Hz.	Dienstag Dat.:	Hz.	Mittwoch Dat.:	Hz.	Donnerstag Dat.:	Hz.	Freitag Dat.:	Hz.	Samstag Dat.:	Hz.	Sonntag Dat.:
Frühstück													
ZMZ													
Mittagessen													
ZMZ													
Abendessen													
SPM													

Freigabe GF	Geprüft ZHL	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	Herr Sauder	QMB	2.0	September 2018	Seite 1 von 1

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 22 von 34

hinsichtlich der bisher eingenommenen Speisen und / oder Getränke und einer lückenlosen Führung.

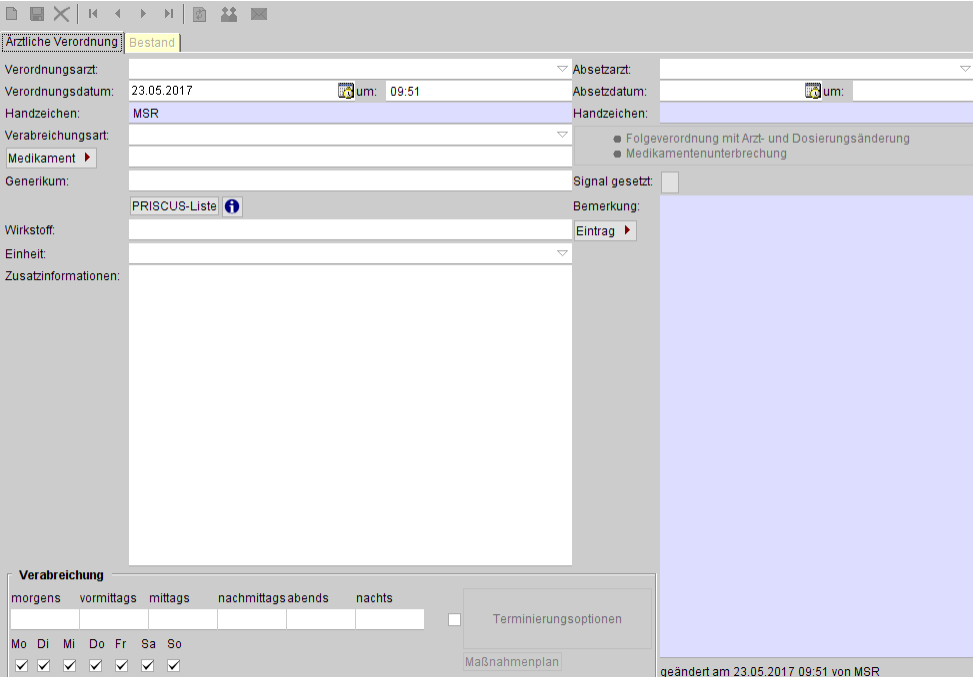
Abb. 17: Behandlungspflege / Ärztliche Verordnung

Ärztliche Anordnungen müssen immer dokumentiert werden, es muss nachvollziehbar sein, wann, durch wen und unter welchen Umständen die ärztliche Anordnung erfolgt ist (telefonisch, mündlich o. ä.) und welchen Inhalt die Anordnung hatte.

Ein Durchführungsnachweis über die ärztlich angeordneten Maßnahmen der medizinischen Pflege (Behandlungspflege) ist entsprechend der dokumentierten Anordnungen von Pflegefachkräften weiterhin geführt. Jede durchgeführte behandlungspflegerische ärztlich verordnete Maßnahme wird ausschließlich von Pflegefachkräften abgezeichnet. Im Ausnahmefalle (vgl. VA Delegation) dürfen ausgewählte Behandlungspflegen auch von 1jährig qualifizierten und examinieren Pflegehilfskräften auf Basis des Delegationsschemas Behandlungspflege durchgeführt und abgezeichnet werden.

Bei verordneter Bedarfsmedikation sind folgende Angaben erforderlich:

- vollständiger Medikamentenname (ggf. Name des Generika)
- Wirksamkeitskontrolle
- Applikationsform
- Einzeldosierung
- Tageshöchstdosierung (max. Dosis in 24h)
- Indikation: konkrete Angabe (z. B. kein Stuhlgang > 3 Tage, wenn Bewohner bis 22.00 Uhr nicht schläft) bzw. unter Benennung der Lokalisation (z.B. bei Kopfschmerzen, Schmerzen in den Knien)



Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 23 von 34

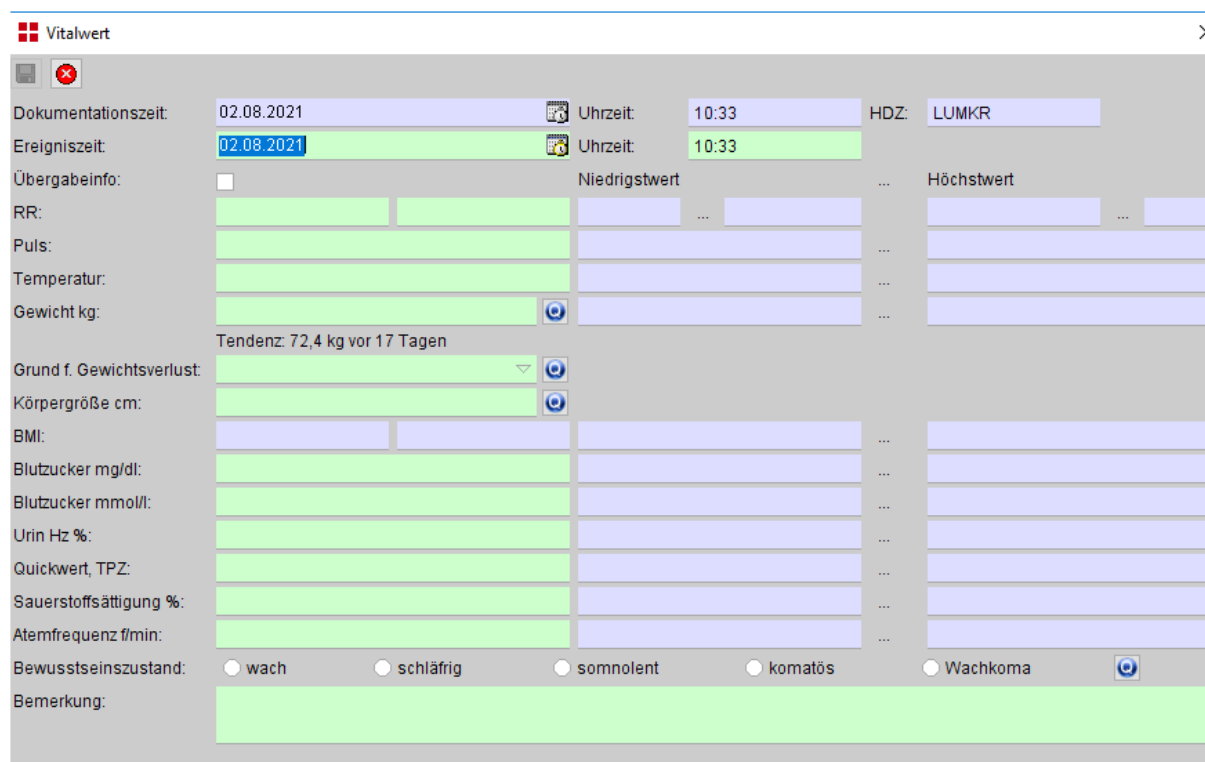
Abb. 18: Ärztliche Kommunikation

Frage / Mitteilung	
Fragen / Mitteilungen an den Arzt: <input type="button" value="Ergänzen"/>	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Datum: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HDZ: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
Antwort / Anordnung	
Visite: <input type="checkbox"/> Antwort / Anordnung / Mitteilung an die Pflegeperson: <input type="button" value="Ergänzen"/>	<div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Datum: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HDZ: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Arzt: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>
Erledigung	
Erledigt: <input type="checkbox"/> Erledigt am: HDZ erledigt: Storniert: <input type="checkbox"/> Stornogrund:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Erledigt am: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HDZ erledigt: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Stornogrund: <input style="width: 80%;" type="text"/> </div>

Das Befinden des Bewohners, Krankheitssymptome, unerwartete Entwicklungen betreffend des Gesundheitszustands, akute Ereignisse, ggf. Ablehnung von angeordneten ärztlichen Maßnahmen, neu aufgetretene Risiken etc. müssen im Rahmen der Durchführung der Pflege dem Arzt zur Kenntnis gebracht werden mittels dokumentierter telefonischer Mitteilung oder per Fax.

Im oberen Teil des Formulars dokumentieren die Pflegekräfte Informationen an den Arzt wie z.B. Aussagen zu Gewichtsverlust, Sturzereignis, vorhandenem Dekubitusrisiko, Ergebnissen der Krankenbeobachtungen und Krankheitsverlauf. Im unteren Teil des Formulars werden die vom Arzt festgelegten Maßnahmen (wann, wie, wie oft und womit) dokumentiert. Mündliche bzw. telefonische ärztliche Anordnungen werden ebenfalls im unteren Teil des Formulars dokumentiert mit Angabe der Person, die die Anordnung entgegengenommen hat sowie Zeitpunkt der Anordnung. Mit dem Anklicken des Feldes „Erledigt“ ist der Prozess beendet.

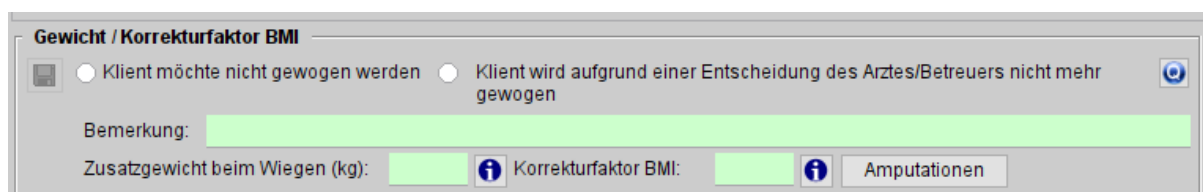
Abb. 19: Vitalwerte



Auf diesem Formular werden von der durchführenden Pflegekraft die gemessenen Werte jeweils in einer Spalte eingetragen. Folgende Werte sind zu erheben:

- Blutdruck / Puls (nach ärztlicher Anordnung bzw. bei Auffälligkeiten und in Akutsituationen, keine Regelleistung der Einrichtung)
- Gewicht und BMI (mindestens 1x monatlich bzw. nach ärztlicher Anordnung)
- Blutzucker (nur nach ärztlicher Anordnung bzw. in Akutsituationen)
- Körpertemperatur bei Bedarf / Auffälligkeiten
- Bewusstseinszustand (Anzugeben ist hier die charakteristische Situation des Bewohners, keine Ausnahmesituation)

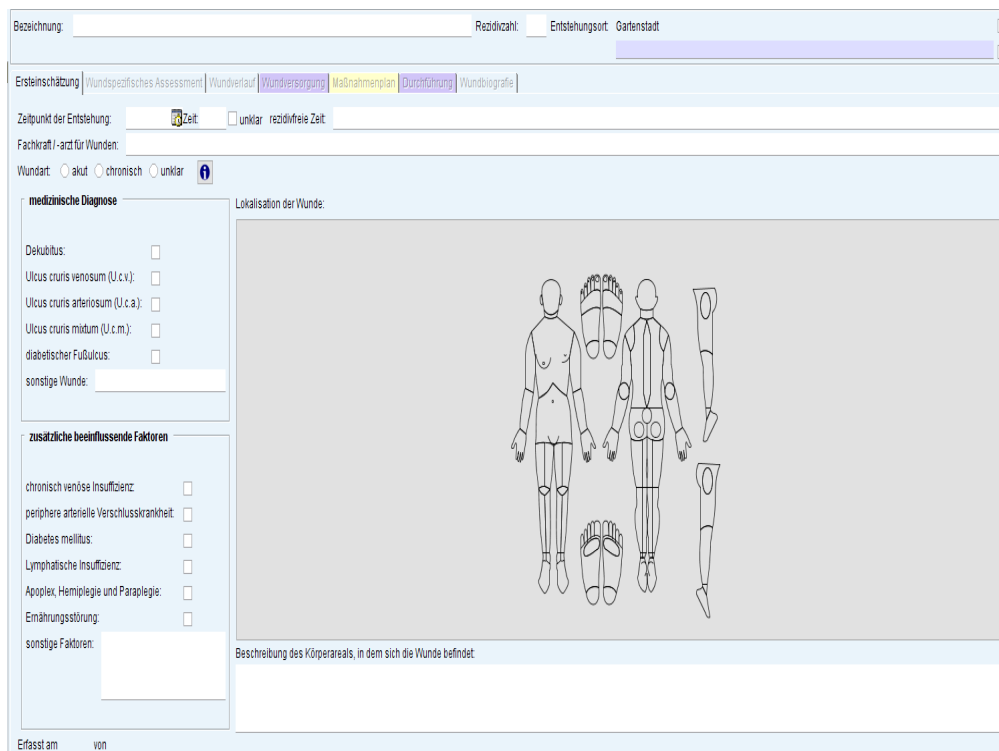
Abb. 20: Gewicht/ Korrekturfaktor BMI



Die Gründe für eine fehlende Gewichtsmessung sollten sich auch an anderer Stelle in der Dokumentation wiederfinden, z.B. in der Kommunikation (Arzt, Angehörige, Betreuer) bzw. im Berichtswesen.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 25 von 34

Abb. 21: Wunddokumentation



Bei folgenden Hautdefekten (= offene Wunde, bei der die Hautoberfläche verletzt ist) ist eine Wunddokumentation anzulegen und bis zur vollständigen Abheilung zu führen:

- Durch Druck verursachte Wunden (Dekubitus)
- Chronischen Wunden (z. B. Ulcus cruris, Diabetisches Fußsyndrom)
- Mechanischen Wunden (z. B. Platz-, Quetsch-, Riss- und Schürfwunden)
- Thermischen Wunden (z. B. Verbrennungen, Verbrühungen)

Ausgenommen sind künstlich angelegte Körperöffnungen wie PEG, Anus praeter, suprapubischer Dauerkatheter bei reizloser Ein- bzw. Austrittsstelle. Sobald erste Entzündungszeichen auftreten ist eine Wunddokumentation anzulegen und bis zur Abheilung zu führen.

Hinweis: Behandlungspflegenachweis bleibt Pflicht

Jede Wunde wird per Mail in DAN an die PDL gemeldet. In Abwesenheit an die stellv. PDL. Verantwortlich dafür ist die Wohnbereichsleitung. In Abwesenheit die jeweilige Schichtleitung.

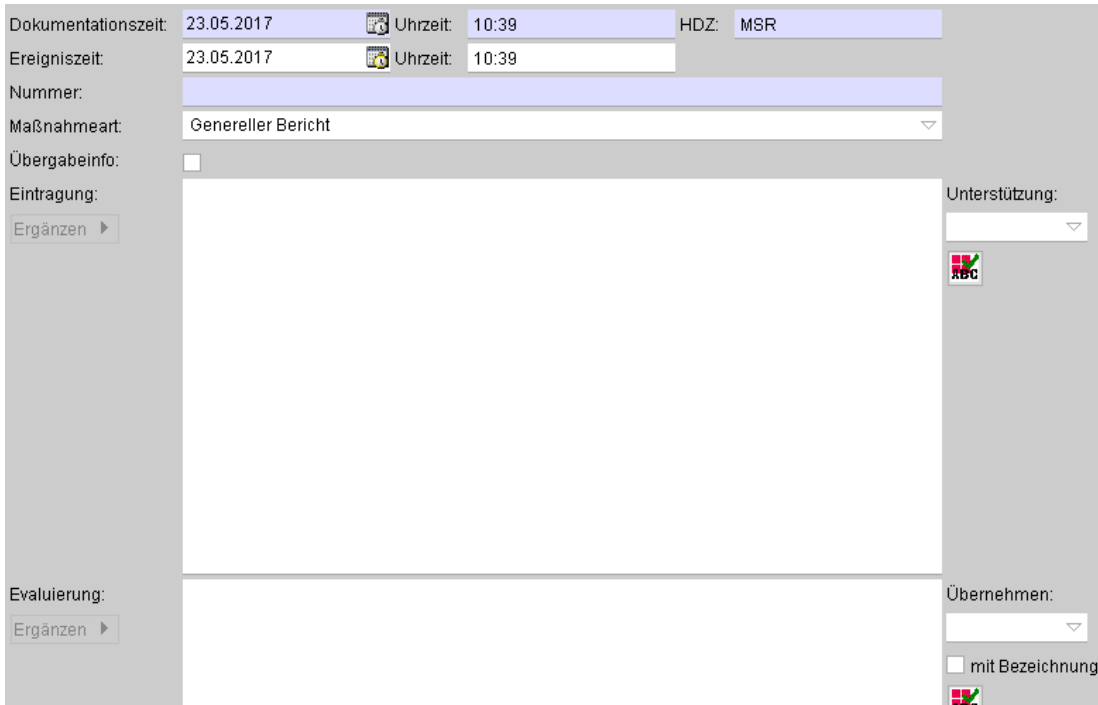
Die ärztlichen Anordnungen zur Wundversorgung werden im Medikamentenblatt unter sonstige ärztliche Verordnungen dokumentiert. Die Durchführung des Verbandwechsels ist im Behandlungspflegenachweis zu dokumentieren.

Die Häufigkeit des Wundberichts orientiert sich an der ärztlichen Verordnung.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 26 von 34

Sollte eine Fotodokumentation zur Unterstützung der Wundbeschreibung eingesetzt werden, ist die Intimsphäre des Betroffenen zu wahren.

Abb. 22: Genereller Bericht (Pflegebericht) & Evaluation



Der Pflegebericht dient im Strukturmodell im Wesentlichen der Dokumentation von Abweichungen zur geplanten Pflege (Maßnahmenplanung). Im Pflegebericht sind von den Pflegekräften folgende Informationen zu dokumentieren:

- Abweichungen von geplanten Pflegemaßnahmen (inkl. Begründung und alternativ Maßnahmen, z.B. Ablehnung einer Mahlzeit, verändertes Trinkverhalten, Ablehnung Mobilisation, Ablehnung von Maßnahmen zur Betreuung & Beschäftigung u.ä.)
- Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners
- Beobachtungen und Veränderungen bezüglich der körperlichen, seelischen, kognitiven und sozialen Situation des Bewohners
- Akute Ereignisse und Besonderheiten (Sturz, Krankenhauseinweisung, Schmerz)
- Situatives Befinden des Bewohners inkl. der pflegerischen Reaktion auf dieses Befinden

Grundsätzlich müssen im Pflegebericht die Beschreibung der Situation, die eingeleiteten Maßnahmen sowie das Ergebnis nachvollziehbar dargestellt sein. Die Eintragungen müssen aussagekräftig sein. Nicht sinnvoll sind Beschreibungen wie „nichts Besonderes“, „Bewohner schläft“ oder auch „Bewohner wurde versorgt“ (fehlende Aussagekraft).

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 27 von 34

2.4 Pflegeprozessschritt: Evaluation der Pflege

Die Auswertung der Maßnahmenplanung dient der Überprüfung der Wirksamkeit der Pflege und der Aktualität der Maßnahmenplanung und erfolgt berufsgruppenübergreifend. Es soll ein für alle nachvollziehbares und aussagekräftiges „Update über die Pflegesituation“ erstellt werden.

Die Auswertung erfolgt strukturiert entlang der Themenfelder. Bei der Evaluation sind folgende Fragen relevant:

- Kurze Beschreibung der körperlichen, kognitiven und psychischen Situation und Befinden des Bewohners
- Gibt es aktuell bestehende Risiken (Risikoausschluss: alle Risiken reflektieren, ob zutreffend), die ggf. ein tiefergehendes Assessment erfordern?
- Ist der Hilfebedarf des Bewohners verändert?
- Sind die Maßnahmen aktuell?
- Gab es Besonderheiten wie akute Ereignisse oder Krankenhausaufenthalte?
- Gibt es Hinweise auf unerwünschte Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Überdosierung bei der medikamentösen Behandlung?
- Ist die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen noch gegeben?
- Gab es Fallbesprechungen, Beratungen und andere Informationen?

Alle zur Verfügung stehende Nachweise (Trink-/Ernährungsprotokoll, Bewegungsprotokoll, Wunddokumentation, Schmerzverlaufsbogen, Gewichtsverlauf etc.) werden zur Evaluation herangezogen, um Risiken ggf. neu zu bewerten und ggf. Veränderungen der Maßnahmenplanung herzuleiten.

Im Rahmen der Evaluation erfolgt für alle Nicht-Risiken (also Risiken, die für den Bewohner nicht zutreffen) ein aktiver Risikoausschluss (z.B. keine Einschränkungen in der Aktivität und Bewegungsfähigkeit = kein Risiko für Dekubitus-, Sturz-, Kontraktur erkennbar).

Die Evaluation erfolgt alle 12 Wochen und bei Veränderungen der Pflegesituation anlassbezogen, ggf. auf das auslösende Problem fokussiert. Bei gravierend veränderter Pflegesituation ist ebenfalls die SIS zu evaluieren (vgl. S. 8).

Die Dokumentation der Auswertung der Maßnahmenplanung erfolgt im Evaluationsbericht (vgl. Abb. 21).

2.5 Indikationsformulare

Indikationsformulare sind nur in bestimmten Pflegesituationen zu führen bzw. anlässlich einer bestimmten Indikation. Eine Indikation ist durch den Arzt zu definieren, durch rechtliche Regelungen vorgegeben oder im Rahmen der Anwendung von Expertenstandards definiert.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 28 von 34

Abb. 23: Nachweis freiheitsbeschränkender Maßnahmen (im Stammblatt zu führen)



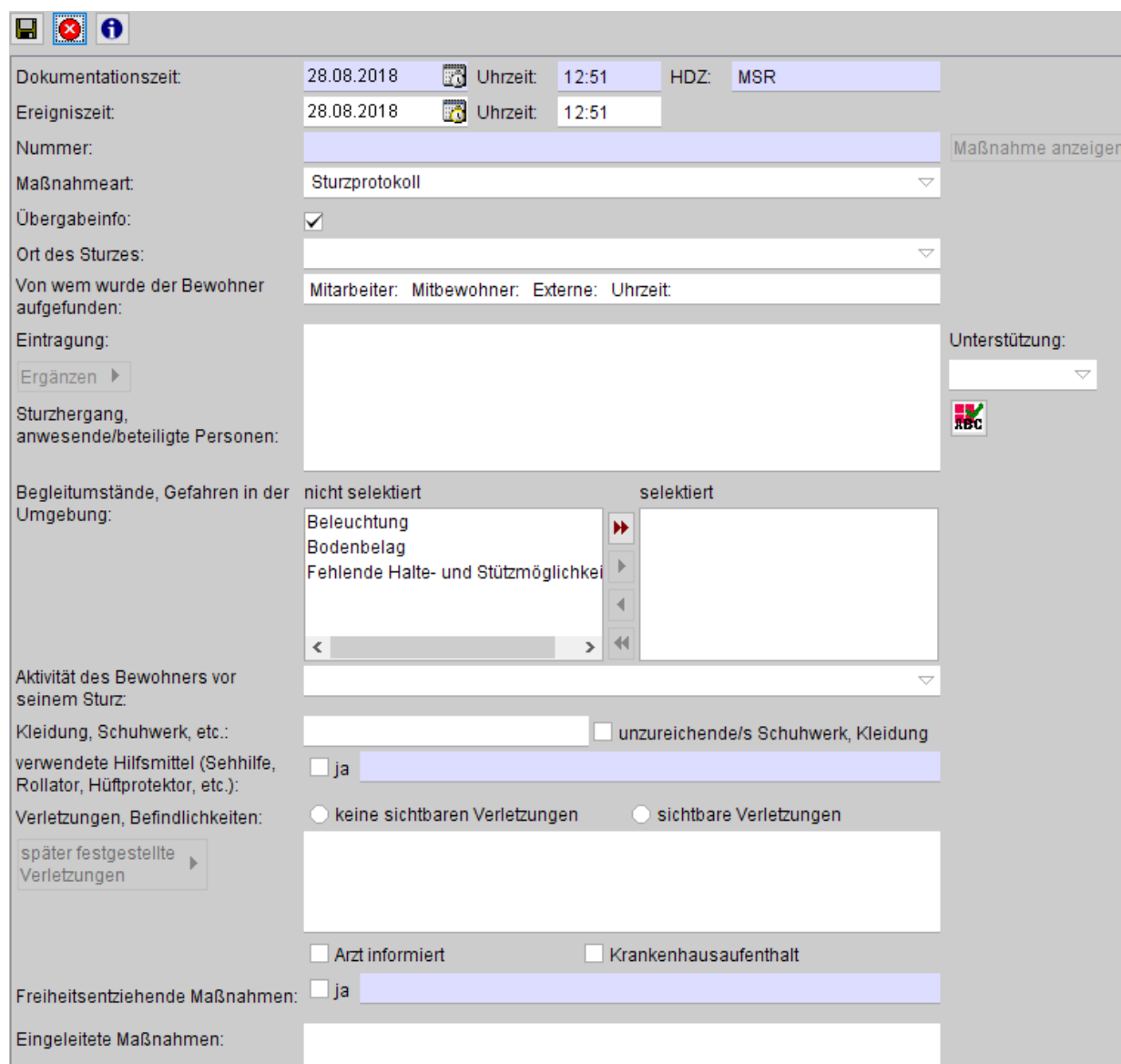
Grundsätzlich gilt, dass die Durchführung von allen freiheitsentziehenden und / oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen dokumentiert werden muss.

Das Formular „Fixierung“ kommt in folgenden zwei Situationen zur Anwendung:

- bei rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB oder
- bei beantragter und noch nicht richterlich genehmigter freiheitsentziehender Maßnahme bis zur Genehmigung.


Im Falle einer bis zur Genehmigung durchzuführenden Freiheitsentziehenden Maßnahme im Rahmen eines rechtfertigenden Notstands ist die angewendete Maßnahme z.B. das Hochstellen eines Bettseitenteils zur Nacht im Bericht unter „freiheitsentziehende Maßnahme“ zu dokumentieren (Art und Dauer der Maßnahme benennen).

Abb. 24: Sturzprotokoll



Das Sturzprotokoll wird nach jedem Sturz eines Bewohners ausgefüllt (lt. Expertenstandard evaluieren des Sturzrisikos).

Abb. 25: Pflegeüberleitungsbogen



Stand 3/3 vom 24.11.2017 HDZ: ALCGI (Altenpfleger/in)

Info zur Überleitung | Persönliche Daten | Angehörigen/Betreuer | Infosammlung kurz

Info zur Überleitung

Einweisungsgrund:

Bericht zur Überleitung (ggf. detaillierte Beschreibung des Einweisungsgrundes):

Bemerkungen:

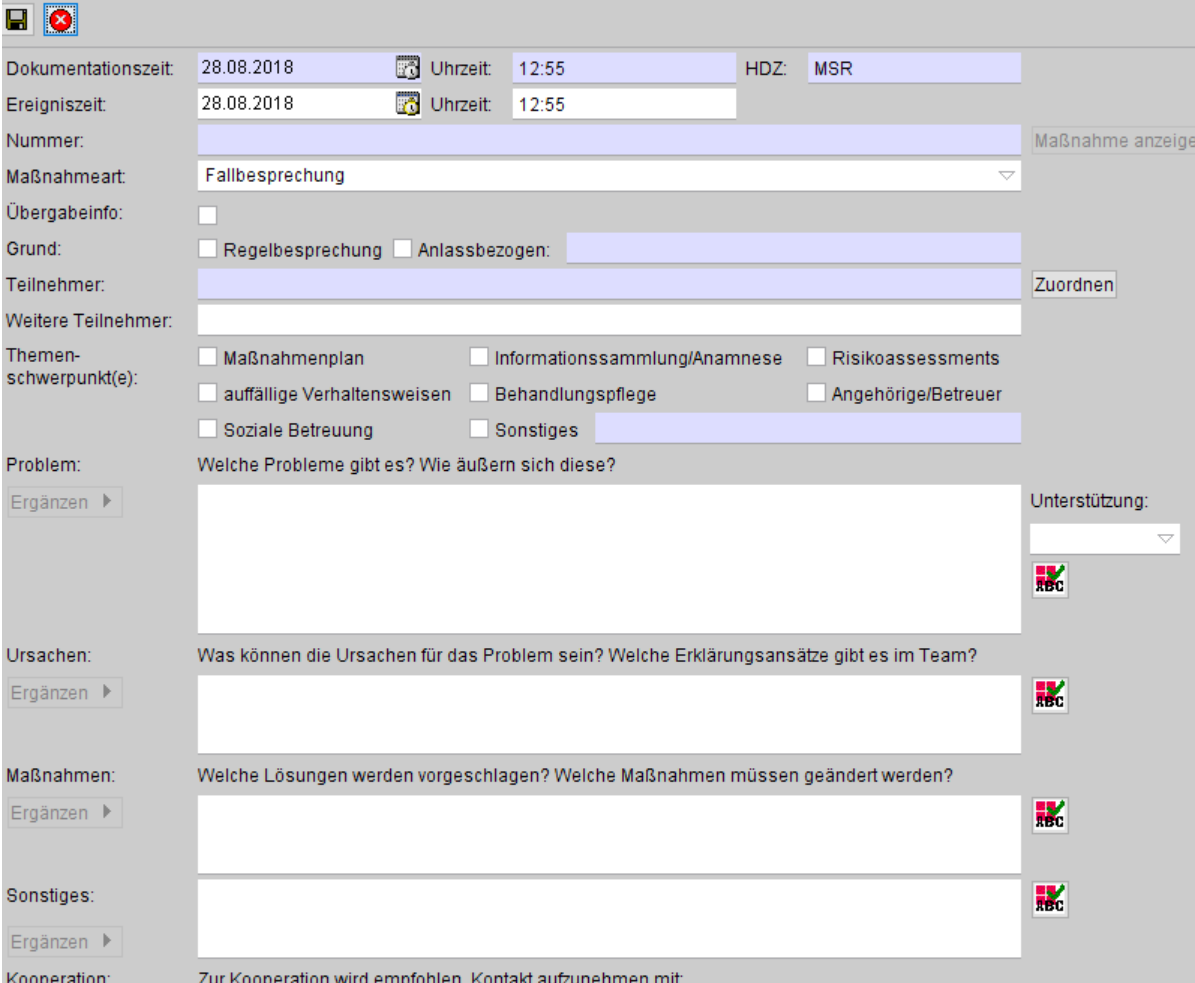
Das Formular wird edv-gestützt durch DAN aus der vorhandenen Datenlage generiert, ggf. ist der Verlegungsbericht durch die Pflegefachkraft zu vervollständigen. Bei Verlegung des Bewohners ausgedruckt, von der Pflegefachkraft unterschrieben und dem Bewohner oder seiner Begleitung, ggf. dem Rettungsdienst in einem verschlossenem Umschlag ausgehändigt. Die Versicherungskarte des Bewohners ist ebenfalls mitzugeben.

Anforderungen an die Pflegedokumentation in der Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege

Grundsätzlich gelten die gleichen Anforderungen wie für die vollstationäre Langzeitpflege.

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.1	August 2025	Seite 31 von 34

Abb. 26: Fallbesprechung



Dokumentationszeit: 28.08.2018 **Uhrzeit:** 12:55 **HDZ:** MSR

Ereigniszeit: 28.08.2018 **Uhrzeit:** 12:55

Nummer: **Maßnahme anzeigen**

Maßnahmearart: Fallbesprechung

Übergabeinfo: ☐

Grund: ☐ Regelbesprechung ☐ Anlassbezogen:

Teilnehmer: **Zuordnen**

Weitere Teilnehmer:

Themen-schwerpunkt(e):

- ☐ Maßnahmenplan
- ☐ Informationssammlung/Anamnese
- ☐ Risikoassessments
- ☐ auffällige Verhaltensweisen
- ☐ Behandlungspflege
- ☐ Angehörige/Betreuer
- ☐ Soziale Betreuung
- ☐ Sonstiges

Problem: Welche Probleme gibt es? Wie äußern sich diese?

Ergänzen

Ursachen: Was können die Ursachen für das Problem sein? Welche Erklärungsansätze gibt es im Team?

Ergänzen

Maßnahmen: Welche Lösungen werden vorgeschlagen? Welche Maßnahmen müssen geändert werden?

Ergänzen

Sonstiges:

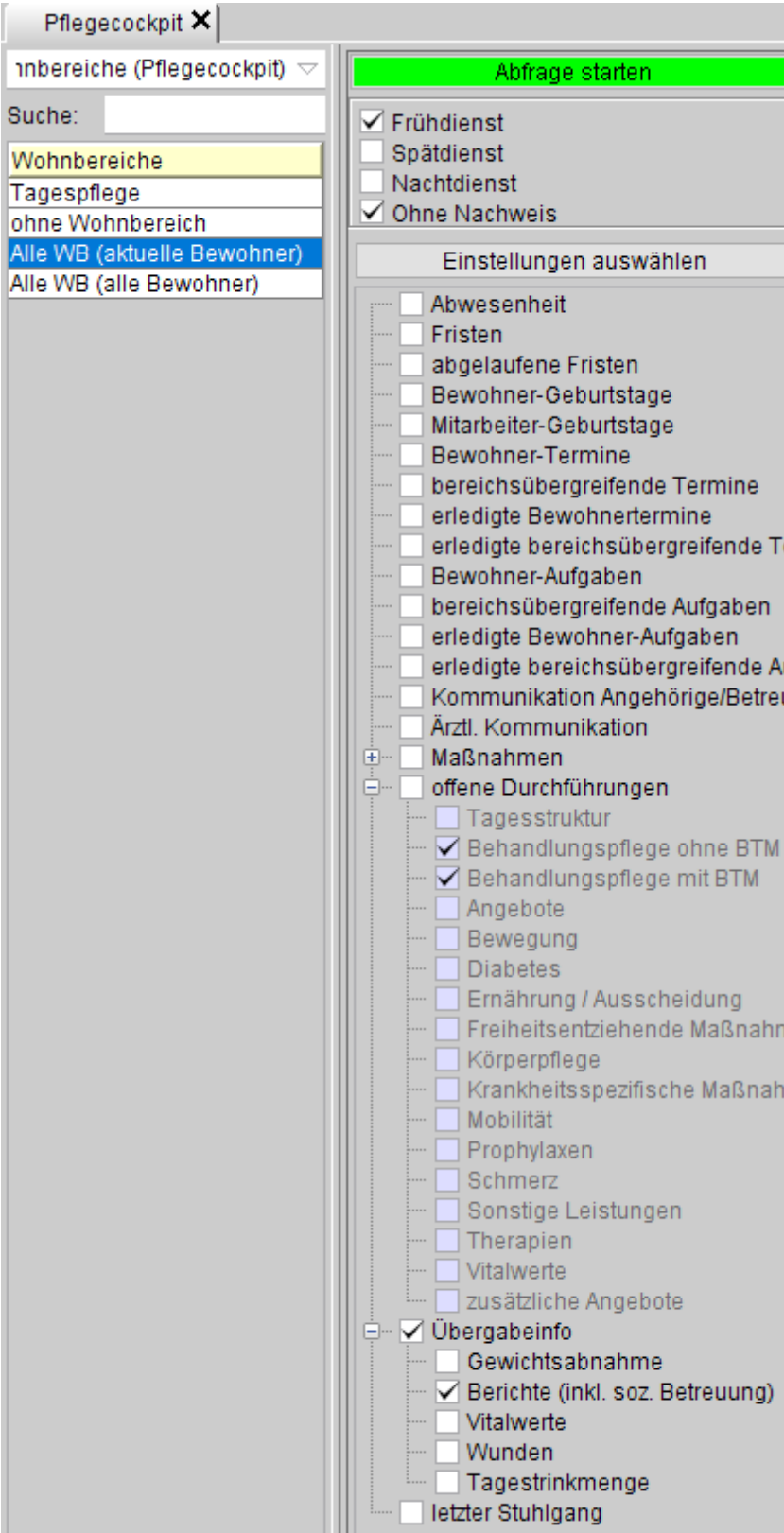
Ergänzen

Kooperation: Zur Kooperation wird empfohlen, Kontakt aufzunehmen mit:

Unterstützung:

Die Fallbesprechung ist mittels VA im QMH Kapitel D.1.13.1 geregelt. Das zu verwendende Fallbesprechungsformular findet sich in der der DAN-Pflegedokumentation.

Abb. 27: Pflegecockpit



Nutzen des Pflegecockpits ist die Zusammenstellung bzw. übersichtliche Darstellung wichtiger Informationen für die gesamte Einrichtung bzw. einen Wohnbereich oder eine Wohngruppe.

Diese Informationen sind dann z.B. Grundlage für die Übergabe bzw. auch die Kontrolle. Grundsätzlich ist die Dienstübergabe anhand des Pflegecockpits durchzuführen. Die jeweilige Wohnbereichsleitung / Schichtleitung ist dafür verantwortlich, dass alle zu erbringenden Leistungen der Behandlungspflege abgezeichnet bzw. abgeklickt sind.

Wesentliches Merkmal des Pflegecockpits ist neben der Zusammenstellung von Daten auch die Möglichkeit, per Doppelklick Informationen zum Weiterbearbeiten aufzurufen. Beispiele sind u.a. die Überwachung der Dokumentation (Leistungserbringung) sowie die Zusammenstellung von Übergabeinformationen einer Schicht.

Offene Durchführungen

Setzen Sie den Haken bei "offene Durchführungen" - es werden alle noch nicht abgezeichneten Pflegemaßnahmen für alle Bewohner der Station angezeigt.

Übergabeinfos

Setzen Sie den Haken bei "Übergabeinfos" - es werden im Anzeigebereich alle Pflegeberichte angezeigt, die im Laufe des Tages geschrieben wurden und von dem entsprechenden Mitarbeiter als "Übergabeinfo" gekennzeichnet wurden. Mit Doppelklick auf den Eintrag öffnen Sie den Übergabebericht o.ä.

Ärztliche Kommunikation

Nicht erledigte Einträge der ärztlichen Kommunikation lassen sich im Pflegecockpit anzeigen, wenn der Filter "Ärztl. Kommunikation" gesetzt ist (ein Haken im Kontrollkästchen).

3. Literatur

- MDS (Hrsg.) (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege
- MDK / MDS (Hrsg.) (2016): Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (Version 3.1)
- BMG (Hrsg.) (2014): Abschlussbericht „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“
- Handlungsanleitung Version 1.1 zur praktischen Anwendung des Strukturmodells, März 2015