

# Symposium Demenz und Pflege

-

## Impulse für die Praxis

### Dokumentation und Pflegeplanung

- Einführung Pflegeprozess
- Sinn und Zweck der Dokumentation
- Rechtliche Grundlagen
- Dokumentationsanforderungen bei Menschen mit Demenz
- Information Pflegebegutachtung nach § 18 SGB XI
- Information Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI

# Einführung Pflegeprozess

- den Gedanken, Pflege planend zu gestalten hatten amerikanische Krankenschwestern, wie z. B. V. Henderson bereits in den 50´er Jahren des 20. Jh.
- die Diskussion um den Pflegeprozess kam in Deutschland mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1985 in Gang
- das Pflegeversicherungsgesetz von 1995 hat die Pflicht zur systematischen Pflegeplanung und Pflegedokumentation aufgegriffen
- vor dem Hintergrund der Vielfalt der verschiedenen pflegetheoretischen Ansätze ist es nicht möglich, eine verbindliche Empfehlung - im Sinne einer einheitlichen Musterdokumentation – zur Ausgestaltung des Pflegeprozesses zu geben

# Sinn und Zweck der Pflegedokumentation

- die lebhafte Diskussion um die Pflegedokumentation beginnt immer da, wo Pflege dokumentiert werden soll und damit der gesellschaftlich wichtigen Arbeit der Berufsgruppe Pflege Ausdruck gegeben wird
- in zahlreichen Berufen gehört die Dokumentation selbstverständlich zum Arbeitsprozess, im Bereich der Pflege, in dem die Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Mittelpunkt steht, kommt es oft Diskussionen
- dient vorrangig pflegerischen/therapeutischen Belangen und der Wahrung des Persönlichkeitsrechts des Pat. bzw. PB

- Schutz vor haftungsrechtlichen Konsequenzen bis hin zur Beweislastumkehr zu Lasten des Pflegepersonals
- die Nichtdokumentation einer pflegerischen gebotenen Maßnahme führt dazu, dass man davon ausgeht, dass diese Maßnahme auch nicht durchgeführt wurde
- Beweissicherung z. B. hinsichtlich möglicher Körperverletzungsdelikten
- Pflegedokumentation trägt den rechtlichen Charakter einer Urkunde (Zivilprozessordnung)
- auf Fragen, wie Wer?, Was?, Wann?, Wie oft?, Wie?, sollte die Pflegedokumentation Auskunft geben

- dient der Gedächtnisstütze, der Kommunikationsunterstützung und der Beweissicherung
- Dokumentation ist die Sammlung, Ordnung, Speicherung und Auswertung von Daten -> Recht auf Einsicht in die Patientenakte
- bildet die Basis für die von jedem Betroffenen erhoffte individuelle Versorgung
- erst das Führen einer Dokumentation ermöglicht den beruflich Pflegenden die individuelle Situation des Betroffenen umfassend systematisch und professionell in den Blick zu nehmen

- in jeder Phase des Pflegeprozesses können Pflegemaßnahmen so an die individuellen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Probleme des Pflegebedürftigen angepasst und für alle Beteiligten nachvollziehbar festgehalten werden
- pflegerisches Handeln wird durch die Anwendung einer Pflegedokumentation einheitlich und zielgerichtet, festgelegte Ziele und Interventionen werden für alle am Pflegeprozess Beteiligten verbindlich
- Pflegekräfte erfahren durch Anwendung der Pflegedokumentation einen Zuwachs an Handlungssicherheit

# Rechtliche Grundlagen

- **Rechtsgrundlagen:** § 113 Abs. 1 SGB XI (früher § 80 SGB XI), Rahmenverträge gem. § 75 SGB XI, § 6 SächsBeWoG , § 37 KhsVO, KrPflG und AltPflG
- **§ 113 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 SGB IX:** „(...) eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen.“
- eingeführt durch Pflegeweiterentwicklungsgesetz

- Berufsgesetze fordern eine geplante und dokumentierte Pflege
- nach dem geltenden Berufsrecht in der Kranken- und Altenpflege gehört die Realisierung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation zu den Sorgfaltspflichten in der Pflege
- im Sozialversicherungsrecht sind eine Reihe von Normen aufgeführt, die ohne Pflegedokumentation weder in ambulanten noch in stationären Pflegeeinrichtungen zu realisieren wären



# Besondere Anforderung an die Pflegeplanung bei Menschen mit Demenz

- grundsätzlich werden an eine Pflegeplanung für Menschen mit Demenz die gleichen Anforderungen gestellt, wie an andere Pflegeplanungen auch
- die Systematik der Dokumentation muss geeignet sein, die Grundproblematik von Menschen mit Demenz zielsicher und nachvollziehbar abzubilden
- es sind alle Aspekte des herausfordernden Verhaltens zu beachten, da diese ein Hauptproblem in der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung darstellen können

- (sensible!) Anwendung von geeigneten Assessmentverfahren (z. B. BESD, FIM, MMST, DCM)
- dokumentierte Einbeziehung der Angehörigen in d. Pflegeprozess u. eine sorgfältige dokumentierte Krankenbeobachtung sind zentrale Elemente
- aktuelle Probleme u. Ressourcen des PB/ Pat. müssen mit d. Zielen der Interventionen u. den entsprechenden Maßnahmen abgebildet werden
- fortlaufende Evaluation der Ziele u. Maßnahmen
- bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, die nicht bzw. nur wenige Angaben zu ihrer Lebensgeschichte, zu Vorlieben u. Abneigungen kommunizieren können, sind Angehörige/Freunde eine wichtige Informationsquelle

- eine aktive Beteiligung der Angehörigen am Pflegeprozess gelingt, wenn der individuelle Pflegeplan transparent ist u. Angehörige aktiv einbezogen werden
- unterschiedliche Sichtweisen von Professionellen u. Angehörigen/Betroffenen sind bei der Planung berücksichtigen
- nach Möglichkeit gemeinsame planerische Festlegungen im Sinne der Selbstbestimmung des betroffenen Menschen treffen

**-> (Aushandeln statt Behandeln!) <-**

- bei der Informationssammlung ist zu beachten, dass es nicht darum geht, möglichst alles über den PB/ Pat. zu erfahren, sondern pflegerelevante Informationen zu erhalten
- wenn PB/ Pat. und Angehörige dem Pflorgeteam bestimmte Informationen nicht geben wollen, so ist das zu respektieren (**biographische Angaben sind mit besonderer Sensibilität unter Beachtung der Schweigepflicht zu behandeln**)
- der PB/ Pat. ist nach Möglichkeit in die Gespräche einzubeziehen, und es sollte vermieden werden, dass in seinem Beisein nur über ihn gesprochen wird

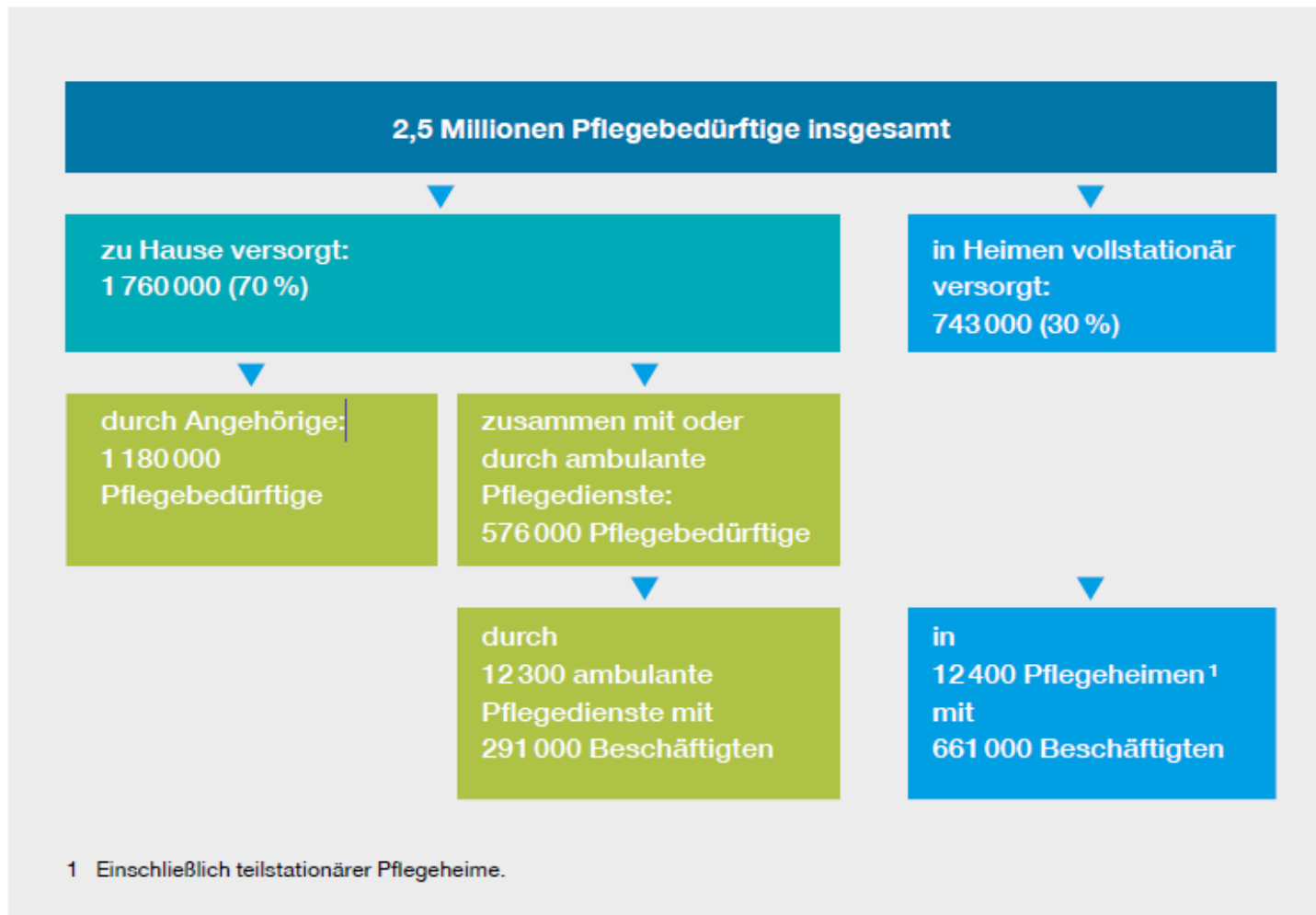
- Angehörigen sollte die Möglichkeit geboten werden, ohne die Anwesenheit des PB/ Pat. möglicherweise „heikle“ Probleme mit der Bezugspflegekraft zu besprechen
- um die Wahrnehmung und Dokumentation der Perspektive des PB/ Pat. zu sichern kann es hilfreich sein, in der Pflegedokumentation eine **„Spalte für die Sichtweise des PB/ Pat.“** zu schaffen und dadurch den Blick der Pflegenden immer wieder auf die PB/Patientenperspektive zu lenken
- die Sichtweise des PB/ Pat. zu den einzelnen Problemen und damit verbundenen Zielen u. Maßnahmen spielt bei psychisch veränderten Menschen eine entscheidende Rolle für den Erfolg eingeleiteter Maßnahmen

- in der Pflegedokumentation muss sich die individuelle Anwendung der im Pflegekonzept der Einrichtung beschriebenen und gelebten Ansätze wiederfinden (z. B. Basale Stimulation, Validation)
- die Auswahl der entsprechenden Methoden für den PB/ Pat. ist zu begründen, Auswirkungen der Interventionen sind anschließend zu beschreiben
- eine ausschließliche Erwähnung z. B. des Konzeptes „Snoezelen“ ohne individuelle Zielformulierung, Maßnahmenplanung und Evaluation ist nicht ausreichend

# Information zur Pflegebegutachtung nach § 18 SGB XI

1. Leistungen für PB mit erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand (PEA - berechtigter Personenkreis)
2. Verfahren zur Feststellung von eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (PEA)
3. Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (ambulant / stationär)
4. Besonderheiten bei der „PEA-Feststellung“

► Abb 6 Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2011





# Leistungen für PB mit erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand

- Menschen mit **demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen** haben häufig einen Hilfe- und  
Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf hinausgeht
- für ambulant gepflegte bzw. versorgte PB mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) besteht ein –  
seit dem 01.07.2008 je nach Umfang des allgemeinen  
Betreuungsbedarfs gestaffelter – zusätzlicher  
Leistungsanspruch (Anpassung durch PNG 2013)
- mit dieser Leistung werden insbesondere für die  
Pflegeperson/-en zusätzliche Möglichkeiten zur  
Entlastung geschaffen und für PB mit erheblich  
eingeschränkter Alltagskompetenz aktivierende  
Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt

# Berechtigter Personenkreis nach § 45a SGB XI

- PB der PS I, II u. III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen
- es besteht ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung , der nicht das Ausmaß der PS I erreicht (mind. aber 1 Minute)
- die Dauer des erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung beträgt voraussichtlich mindestens 6 Monate

- bei der Bestimmung des *erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung u. Betreuung* sind nicht aussch. bestimmte Krankheitsbilder wie z. B. Demenz ausschlaggebend , sondern d. tatsächliche Hilfebedarf, d. durch bestimmte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten ausgelöst, die zu Einschränkungen in d. Alltagskompetenz führen
  - der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich
  - Grundlage für die Feststellung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen Einschränkungen in der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien
- Screening- und Assessmentverfahren**

# Screening

Orientierung	Wahrnehmung und Denken
Antrieb/Beschäftigung	Kommunikation und Sprache
Stimmung	Situatives Anpassen
Gedächtnis	Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen
Tag-/Nachtrhythmus	

mind. eine  
Auffälligkeit??

vgl. MDS 2009

## POSITIVES SCREENING =

- **Abbildung mindestens einer Auffälligkeit**, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und hieraus ein **regelmäßiger und dauerhafter Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf** resultiert (voraussichtlich mindestens 6 Monate)
- wenn ja, wird ein **Assessmentverfahren** durchgeführt

Mit dem **Assessment** erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

- krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie
- Störungen des Affekts und des Verhaltens erfasst.

Ein Assessment-Merkmal ist dann mit "Ja" zu dokumentieren, wenn wegen dieser Störungen

- ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,
- auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und
- regelmäßig besteht.

- mit dem **Assessment** erfolgt die Bewertung, ob die **Alltagskompetenz auf Dauer erheblich** oder in **erhöhtem Maße eingeschränkt** ist
- eine **erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz** liegt vor, wenn im Assessment wenigstens **zweimal “ja”** angegeben wird, davon mindestens einmal aus einem der **Bereiche 1 - 9**
- die **Alltagskompetenz ist in erhöhtem Maße eingeschränkt**, wenn die Voraussetzungen für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz erfüllt sind u. **zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus den Bereichen 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11** dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten festgestellt werden

- **regelmäßig** bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann
- bei bestimmten Krankheitsbildern kann in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein
- ein **regelmäßiger und dauerhafter Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung** kann auch aus der Unfähigkeit resultieren, körperliche und seelische Gefühle oder Bedürfnisse, wie Schmerzen, Hunger, Durst, Frieren und Schwitzen wahrzunehmen oder zu äußern, z. B. bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz oder im Wachkoma



# Assessment I

- 1) Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs
- 2) Verkennen/Verursachen gefährdeter Situationen
- 3) Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen
- 4) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
- 5) im situativen Kontext inadäquates Verhalten
- 6) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
- 7) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
- 8) Störungen der höheren Hirnfunktion (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

## Assessment II

### 9) Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus

10) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

### 11) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

12) Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

13) Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression



vgl. MDS 2009

# Zusätzliche Betreuungsleistungen n. § 45b SGB XI bei bestätigter PEA -ambulant

zweistufige Differenzierung bei ambulanter  
Pflege:

- *erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz:*  
bis zu **100 € im Monat Betreuungsleistungen  
(Grundbetrag)** und **120 € Pflegegeld bzw. 225 €  
Sachleistungen**
- *in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz:*  
bis zu **200 € im Monat Betreuungsleistungen  
(erhöhter Betrag)** und **120 € Pflegegeld bzw. 225 €  
Sachleistungen**

## Pflegegeld ambulant ab 01.01.13 für Pflegebedürftige mit PEA

Stufe	bisher	neu	Verbesserung	Betreuungsleistungen
0	0 €	<b>120 €</b>	120 €	GB 100 € / EB 200 €
I	235 €	305 €	70 €	GB 100 € / EB 200 €
II	440 €	525 €	85 €	GB 100 € / EB 200 €
III	700 €	700 €	0€	GB 100 € / EB 200 €

# Sachleistungen amb. ab 01.01.13 für Pflegebedürftige mit PEA

Stufe	bisher	neu	Verbesserung	Betreuungsleistungen
0	0 €	<b>225 €</b>	225 €	GB 100 € / EB 200 €
I	450 €	665 €	215 €	GB 100 € / EB 200 €
II	1100 €	1250 €	150 €	GB 100 € / EB 200 €
III	1550 €	1550 €	0 €	GB 100 € / EB 200 €
III HF	1918 €	1918 €	0 €	GB 100 € / EB 200 €

die **Sachleistung** ist zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen einzusetzen, z. B:

- Tages- oder Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- Pflegedienste (besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung, KEINE Leistung der Grundpflege oder Hauswirtschaft!)
- niedrighschwellige Betreuungsangebote, die nach Landesrecht anerkannt, gefördert oder förderungsfähig sind -> § 45c SGB XI

# **Zusätzliche Betreuungsleistungen n. § 45b SGB XI bei bestätigter PEA - stationär**

- bei PB mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, hat die Pflegeeinrichtung einen Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung, wenn die Pflegeeinrichtung ein zusätzliches über das normale Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen hinausgehendes Angebot der Betreuung und Aktivierung dieser Bewohner vorhält -> § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB XI

## **Vergütungszuschläge n. §87 b SGB XI bei bestätigter PEA-stationär**

- Pflegekasse zahlt für die Betreuung von Personen mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (unabhängig von Pflegestufe) einen Zuschlag
- Betreuungskräfte sind zusätzlich als sozialversicherungspflichtige Pflegehilfskräfte vorzuhalten
- Zuschlag darf nur berechnet werden, wenn tatsächlich zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Bewohner erfolgt



- **seit 2013** besteht neben stationären auch für teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege) die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte mit entsprechender Refinanzierung durch die Pflegekassen einzusetzen
- die Betreuungsrelation wurde einheitlich für stationäre Pflegeeinrichtungen auf **1:24** verbessert
- Aufgabe der Betreuungskräfte ist es u. a., Betroffene in enger Kooperation mit den Pflege(-fach)kräften bei alltäglichen Aktivitäten wie Spaziergängen, Gesellschaftsspielen, Lesen, Basteln usw. zu begleiten und zu unterstützen

- Ende 2011 waren rund 24.500 Personen – und damit ca. 4 Prozent der insgesamt 661.000 Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen – als Betreuungskräfte nach §87b SGB XI tätig
- der GKV-Spitzenverband hat Richtlinien n. § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation u. zu den Aufgaben von zusätzl. Betreuungskräften in Pflegeeinrichtungen beschlossen u. 2013 angepasst (Betreuungskräfte-RI)
- die Anforderungen an die persönliche Eignung von Personen, die eine Betreuungstätigkeit ausüben wollen, sowie deren notwendige Qualifizierung ist in der **Betr. – RI** festgelegt (fünftägiges Orientierungspraktikum, Qualifizierungsmaßnahme sowie jährliche zweitägige Fortbildungen)

# Besonderheiten beim PEA-Verfahren

- aufgrund des **gestörten Tag-/Nachtrhythmus** sind Zeitpunkt u. Ausmaß der Pflege häufig nur eingeschränkt vorhersehbar, gilt insbesondere für den **nächtlichen Hilfebedarf**
- stehen z. B. depressive Verstimmungen oder Situationsverkennung im Vordergrund, ist **Umstimmungs- und Motivationsarbeit** erforderlich, um eine Durchführung der Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer zu gewährleisten oder durch **Deeskalation** überhaupt durchführbar zu machen
- bei der Pflegezeitbemessung ist die **gesamte Zeit zu berücksichtigen, die für die Erledigung der Verrichtung benötigt wird** (entfernt sich z. B. ein unruhiger demenzkranker Mensch beim Waschen aus dem Badezimmer, so ist auch die benötigte Zeit für ein beruhigendes Gespräch, das die Fortsetzung des Waschens ermöglicht), zu berücksichtigen

- Nicht-kognitive Störungen (z. B. Wahn, Halluzinationen, psychomotorische Unruhe) sind für die Pflegesituation genau so erheblich wie kognitive Störungen
- Antragsteller können in vertrauter Umgebung, bei der Kontaktaufnahme orientiert und unauffällig wirken -> Einschränkungen der seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit werden nicht deutlich (“erhaltende Fassade”)
- typisch sind Schwankungen im Tagesverlauf (tagsüber nur relativ leicht gestört, am späten Nachmittag, abends und nachts unruhig und verwirrt) -> Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nachtrhythmus

# Qualitätsprüfung n. § 114 SGB XI – stationär (PTVS)

M/Info	
<b>16.1</b>	<b>Orientierung und Kommunikation</b>
a.	sinnvolles Gespräch möglich
b.	nonverbale Kommunikation möglich
d.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden

ja    nein

Erläuterung zur Prüffrage 16.1: Keine.

M/T36/B	
<b>16.2</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?</b>

ja    nein    t.n.z.    E.

Diese Fragen sind bei allen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz relevant. Informationen dazu ergeben sich aus der Frage 11.2h nach den Angaben der Pflegeeinrichtung. Es können aber auch andere aktuelle Hinweise auf eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorliegen, die eine Einbeziehung des Bewohners in dieses Kapitel erforderlich machen. In diesem Fall sind diese Hinweise im Freitext bei Frage 16.1 darzustellen.

## **Ausfüllanleitung zu 16.2:**

*Das Kriterium ist erfüllt, wenn die individuelle Tagesgestaltung auf der Grundlage der Biographie des Bewohners erfolgt. Dazu können z.B. Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und Schlafgewohnheiten oder Maßnahmen zur sozialen Integration in die Einrichtung gehören.*

*Die Frage ist mit „trifft nicht zu“(t.n.z.) zu beantworten, wenn nachvollziehbar keine Möglichkeiten der Informationssammlung zur Biographie bestanden.*

<b>M/T37/B</b>	
<b>16.3</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?</b>

ja            nein            t.n.z.            E.  
                                   

### **Ausfüllanleitung zu 16.3:**

*Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden.*

*Bei diesen Heimbewohnern können oftmals nur Angehörige oder Freunde Hinweise auf Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Hobbys, Bildung usw. geben.*

*Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen erreichbar oder vorhanden sind bzw. die Einbeziehung ausdrücklich nicht gewünscht war.*

Erläuterung zur Prüffrage 16.3: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Eine organisierte Kommunikation zwischen einer vollstationären Pflegeeinrichtung und Angehörigen von demenzkranken Bewohnern, die im Rahmen eines systematischen Zusammenwirkens entwickelt und gepflegt werden sollte, ist eine grundlegende Voraussetzung zur Einbindung Angehöriger in die gerontopsychiatrische Versorgung.

<b>M/T38/B</b>	
<b>16.4</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?</b>

ja            nein            t.n.z.            E.  
                                   

### ***Ausfüllanleitung zu 16.4:***

*Bei der Pflegeplanung müssen die Bedürfnisse, die Biographie, die Potenziale und die Selbstbestimmung des Bewohners berücksichtigt werden. Sofern der Bewohner dazu selbst keine hinreichenden Auskünfte geben kann, sind nach Möglichkeit (vgl. auch Frage 16.3) Angehörige, Freunde oder ggf. der Betreuer darüber zu befragen.*

### Erläuterung zur Prüffrage 16.4:

Hinreichende Auskünfte umfassen auch Ergebnisse aus Beobachtungen des Bewohners.

M/T44/B	
16.5	Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?

ja      nein      t.n.z.      E.  
                 

### **Ausfüllanleitung zu 16.5:**

*Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern deren Bedürfnissen ansprechende Angebote wie z.B. Spaziergänge, Ausflüge, Bewegungsübungen, Singen, Vorlesen oder auch Besuche von Veranstaltungen außerhalb des Pflegeheims gemacht werden.*

Erläuterung zur Prüffrage 16.5: Keine.

### Fachlicher Hintergrund:

Menschen mit Demenzerkrankungen benötigen ein speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Pflege- und Betreuungskonzept, in dem auch ein erhöhter Bedarf an Kommunikation, psychiatrischer Pflege und sozialer Betreuung Berücksichtigung findet

Die derzeitigen Forschungsergebnisse reichen nicht aus, um einzelne der beschriebenen Betreuungsansätze zu favorisieren. Die Vor- und Nachteile der einzelnen Betreuungsformen sind noch nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert. Die beschriebenen positiven Effekte sollten Pflegeeinrichtungen bestärken sich mit den Wohngruppenkonzepten auseinander zusetzen.



M/T39/B	
16.6	<b>Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?</b>

ja      nein      t.n.z.      E.  
                 

### **Ausfüllanleitung zu 16.6:**

*Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern das Wohlbefinden der Bewohner im Pflegealltag ermittelt und bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung berücksichtigt wird.*

*Aussagen zum Wohlbefinden sowie sich daraus ggf. im Pflegealltag ergebende Änderungen bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung sind der Pflegedokumentation nachvollziehbar zu dokumentieren.*

### Erläuterung zur Prüffrage 16.6:

Eine regelmäßige und aussagekräftige Erfassung des Wohlbefindens des Bewohners muss erfolgen und in der Pflegedokumentation abgebildet sein. Das Wohlbefinden kann z.B. auf der Grundlage von Beobachtungen des Bewohners (z.B. Mimik, Körperhaltung, Verhalten, Muskeltonus, Lautäußerungen) erfasst werden. Daraus resultierende Maßnahmen sind in der Pflegeplanung darzustellen. Aussagen, wie z.B. „der Bewohner fühlt sich wohl“ reichen nicht aus.

# Qualitätsprüfung n. § 114 SGB XI – ambulant (PTVA)

## 14. Umgang mit Demenz

Diese Fragen sind bei allen pflegebedürftigen Menschen zu beantworten, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde.

M/Info		ja	nein
<b>14.1</b>	<b>Orientierung und Kommunikation</b>		
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 14.1: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>14.2</b>	<b>Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 14.2:

Das Kriterium ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn keine gerontopsychiatrische Erkrankung ärztlich festgestellt wurde.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnungen der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

M/T15/B	
<b>14.3</b>	<b>Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?</b>

ja      nein      t.n.z.      E.  
                 

### **Ausfüllanleitung zu 14.3:**

*Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird.*

*Das Kriterium ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.*

M/T16/B	
14.4	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?

ja      nein      t.n.z.      E.  
                 

### **Ausfüllanleitung zu 14.4:**

*Das Kriterium ist erfüllt, wenn vom Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z.B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen).*

*Das Kriterium ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.*

# Literatur

- Kuratorium Deutsche Altershilfe: Powerpoint-Präsentation: Ansätze in der Begleitung von Menschen mit Demenz, 2011
- MDS (Hrsg.): „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ & „Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“, Köln, 2008/ 2013
- MDS (Hrsg.): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Köln, April 2012
- MDS (Hrsg.): Qualitätsprüfrichtlinie- MDK- Anleitung in der stationären Pflege, Köln, 2009
- MDS (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen, Köln, 2009
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 2013 - Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, 2013
- Sträßner, H.: Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation: CNE.Fortbildung, 01.2010

**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit**