

1 Allgemeine Grundlagen zur Pflegeplanung

1.1 Die drei Bestandteile des Pflegeprozesses

Pflegeprozess – schon wieder ein neues Wort!? Wieso bleiben die Autoren nicht bei der Pflegeplanung, um die es in diesem Buch doch – laut Titel – gehen soll? Dies könnte sich der eine oder andere Leser fragen und diese Frage ist berechtigt. Wieso also steht gerade dieser Begriff am Anfang des Buches?

Der Pflegeprozess stellt die Grundlage für das Verstehen und die Verfassung der Pflegeplanung dar. Des besseren Verständnisses wegen beginnen wir einmal mit unserem Alltag:

Täglich sind wir in unserem Leben damit beschäftigt, Probleme zu lösen. Dies fängt zum Beispiel schon morgens beim Aufstehen an: Wann muss ich in der Schule/im Betrieb sein? Jetzt müsste ich doch eigentlich aufstehen. Kann ich mir trotzdem noch ein paar Minuten Zeit lassen und mich noch etwas »aufs Ohr hauen«? Dann frühstücke ich eben nicht so ausgiebig und spare dort Zeit ein! Also: Gute Nacht – wenn auch nur für ein paar Minuten.

Wie viel Zeit kann ich mir leisten, die Zeitung zu lesen, damit ich trotzdem noch pünktlich ankomme? Mistwetter! Nehme ich das Fahrrad oder sollte ich bei der Witterung heute besser mit dem Auto fahren?

Gleich kaufe ich mir noch ein Brötchen für die Pause: Hab' ich denn noch genug Geld dabei, oder muss ich schnell am Bankautomat vorbei? Welches Brötchen wähle ich denn aus? Das mit dem leckeren Käse und mit der Remoulade? Das Vollkornbrötchen, das länger vorhält und außerdem viel gesünder ist?

Oder ein anderes Beispiel:

Die Party wird bestimmt klasse! Was soll ich wohl für ein Essen kochen, damit alle Gäste später zufrieden sind? Wie wäre es mit Bratwurst und Salaten? Wohl etwas einfallslos. Oder besser Raclette? Damit mache ich bestimmt nichts falsch: Jeder kann sich das nehmen, was er möchte und das Essen zieht sich über den ganzen Abend hin. Gemütlich! Super, so mache ich es! Was muss ich denn dafür einkaufen? Ich gucke gleich mal in Omas Kochbuch nach. Klasse, ich habe es schon gefunden! So viele Zutaten! In welchen Laden bekomme ich denn das alles? Ach, ich glaube, ich gehe zum Supermarkt an der Hauptstraße; die haben ein breites Sortiment und ich brauche nicht wieder von Pontius nach Pilatus fahren.

Oder wie wäre es mit dem Schulalltag:

Mensch, schon wieder 'ne Fünf auf dem Zeugnis, wenn diese Klausur nicht klappen sollte. Wie bekomme ich das bloß hin? Spickzettel? Nee, den Marcus haben sie letzters erwischt – das traue ich mich nicht. Also bleibt nur: Lernen. Wie bekomme ich das denn in den Kopf rein? Ich mache mir am besten Karteikarten und lese sie mir jeden Abend vor dem Einschlafen durch (...). Hurra, eine Zwei! Die Karteikarten haben sich aber gelohnt! Das mache ich jetzt immer so!

Jeden Tag meistern wir also diverse Probleme. Wir durchlaufen jeweils einen Prozess, der aus verschiedenen Schritten besteht, um ein Problem zu lösen oder zu kompensieren. Auch im pflegerischen Alltag lösen wir immer wieder unterschiedliche Probleme:

Ein Beispiel:

Die examinierte Altenpflegerin Tanja Weller¹ empfängt heute Herrn Bäcker, der soeben sein Zimmer im Seniorenheim bezogen hat. Als sie ihn begrüßt, fällt ihr auf, dass Herr Bäcker äußerst kachektisch erscheint und als sie eine Hautfalte am Unterarm abhebt, zeigt sich, dass der Hautturgor sehr reduziert ist. Zudem kann sich Herr Bäcker im Bett nicht selbst bewegen und trägt eine Schutzhose. Aufgrund ihres in der Ausbildung und Berufserfahrung erworbenen Wissens erkennt Tanja Weller die Dekubitusgefahr von Herrn Bäcker und weiß, dass er ohne pflegerisches Zutun mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Dekubitalulcus erleiden wird. Sie erinnert sich an den nationalen Expertenstandard und plant die ersten Schritte, um dies zu vermeiden: Tanja überprüft die Matratze von Herrn Bäcker und erkennt, dass er bereits auf einer Weichlagerungsmatratze liegt. Nun erstellt sie einen individuellen Bewegungsplan, holt geeignete Lagerungskissen zur sofortigen Druckentlastung, wechselt das durchnässte Inkontinenzmaterial, inspiziert die gefährdeten Hautpartien, lagert Herrn Bäcker und bietet ihm seine Lieblingsgetränke an. Im Verlauf des Tages wiederholt sie dies in von ihr festgelegten Abständen und stellt gegen Schichtende erfreut fest, dass Herrn Bäckers Haut rosig erscheint und somit kein Dekubitalulcus aufgetreten ist.

Ein anderes Beispiel:

Gesundheits- und Krankenpflegerin Elvira ist heute wieder aus dem Urlaub zurück und versorgt gerade den Oberschenkelstumpf (diabetische Gangrän) der Pa-

1 Die Namen in den Fallbeispielen sind frei erfunden.

tientin Edeltraud Wiese, die vor zehn Tagen amputiert worden ist. Zuvor hat sie sich mit der Dokumentationsmappe beschäftigt und es zeigt sich, dass sich die Wundheilung bei Frau Wiese stark verzögert. Die Patientin nimmt sehr wenig Nahrung zu sich und hat – laut Dokumentation – bisher täglich maximal 900 ml getrunken. Pflegerin Elvira weiß, dass die Wundheilung verzögert wird, wenn ein Mensch nicht ausreichend Proteine, Vitamine und Flüssigkeit zu sich nimmt. Zudem muss die Grunderkrankung behandelt werden. Die Dokumentation zeigt, dass Frau Wiese seit einigen Tagen Insulin erhält und die Blutzuckerwerte im Normbereich liegen. Da Frau Wiese sich nicht mehr äußern kann, spricht Elvira mittags den Ehemann der Patientin an und fragt nach Lieblingsgerichten und -getränken bzw. nach Lieblingsgeschmacksrichtungen der Klientin. Frau Wiese hat immer gern süße Speisen und Getränke zu sich genommen. Somit bietet Elvira Frau Wiese hochkalorische Kost mit Vanillegeschmack an, die sie mit großen Zügen zu sich nimmt. Auch den diabetikergeeigneten Zitronensprudel trinkt sie gern und den angereicherten Vanillepudding isst sie komplett auf. Um den Ernährungszustand von Frau Wiese dauerhaft zu verbessern, ist es notwendig, dass die von Elvira ergriffenen Maßnahmen kontinuierlich erfolgen. Jede Pflegeperson muss also »an einem Strang« ziehen, um zum Ziel zu gelangen, also die vorhandene Situation in eine neue umzuwandeln. Es reicht also nicht aus, dass die Pflege an jedem Tag intuitiv erfolgt, sondern die Maßnahmen müssen individuell auf den jeweiligen Klienten zugeschnitten, täglich identisch ausgeführt sowie auf ihren Erfolg hin überprüft werden.

In den 1970er Jahren hielt das Prozessmodell Einzug in den deutschen Pflegealltag; in Deutschland setzte sich das sechsschrittige Pflegeprozessmodell nach Verena Fiechter und Martha Meier durch, welches in der Abbildung 1 auf Seite 15 näher verdeutlicht wird. Im Zuge der aktuell durch die Bundesregierung forcierten Entbürokratisierung der Pflegedokumentation findet mit der Strukturierten Informationssammlung (SIS) eine Loslösung von dem in der Praxis etablierten sechsschrittigen Pflegeprozessmodell statt. Die SIS orientiert sich am vierschrittigen WHO-Modell (► Kap. 1.9).

Wir halten also fest:

Geplante Pflege ist die gedankliche und schriftliche Vorwegnahme von Pflegemaßnahmen, das heißt eine vorhandene Situation (Ist-Zustand) wird in eine neue Situation (Soll-Zustand) umgewandelt. Der Pflegeprozess dient dabei als ein Grundgerüst, ohne das die Anwendung von Pflegehandlungen intuitiv wäre bzw. auf traditionellem Handeln beruhen würde. Die Pflegeplanung stellt demnach ein Instrument dar, das der konkreten Umsetzung des Pflegeprozesses dient.

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation (kybernetischer Regelkreis) ist ein organisatorisches und

qualitätssicherndes Element zur systematischen Beschreibung der Art und Weise des professionellen pflegerischen Handelns. Er stellt eine Methode der Problemidentifikation und -lösung dar und strebt eine individualisierte, ganzheitlich orientierte Pflege, hin zur Bezugspflege, weg von der Funktionspflege an.

Es handelt sich um einen überschaubaren, klar strukturierten, während der gesamten Zeit der Betreuung und Pflege andauernden Prozess. Er geht davon aus, dass Pflege ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess ist, der von der jeweiligen in einer Einrichtung festgelegten pflegeinhaltlichen Ausrichtung geprägt wird. Der Problemlösungsprozess als Element des Pflegeprozesses besteht aus in Form eines Regelkreises logisch aufeinander aufbauenden Überlegungs-, Handlungs- und Entscheidungsschritten, die wechselseitig aufeinander Einfluss nehmen und auf ein Ziel hin ausgerichtet sind. Zudem dienen sie in ihrer Abfolge der Lösung aktueller oder zukünftiger Probleme des Pflegebedürftigen. Dies bedeutet, die Pflege so zu planen, dass die Gesundung bestmöglich gefördert bzw. einer Verschlechterung des Befindens entgegen gewirkt wird. Psychische, seelische, soziale und physische Einschränkungen bzw. Bedürfnisse sind zu kompensieren.

Der Beziehungsprozess »verfeinert« den Problemlösungsprozess zum eigentlichen »Pflegeprozess«, indem er die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Pflegebedürftigen im Rahmen einer ganzheitlichen Sichtweise integriert. Zudem werden die Fähigkeiten und der Unterstützungs- und Pflegebedarf des jeweiligen Pflegebedürftigen systematisch verdeutlicht und berücksichtigt. Der zu Pflegenden erfährt ein spürbares Interesse an seiner Person, an seiner Biografie sowie seinem individuellen Umfeld und erhält, wie auch seine primären Bezugspersonen, individuelle Unterstützung in seiner Lebenslage.

Von großer Wichtigkeit ist, dass Planungs- und Arbeitsschritte im Rahmen eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses zusammen mit dem zu Pflegenden festgelegt werden, um so alle Bedürfnisse berücksichtigen und ein möglichst großes Maß an Zufriedenheit erreichen zu können. Dazu ist eine vertrauensvolle Beziehung unbedingt notwendig, die nur im Kontext einer gelungenen Kommunikation zwischen Klient und Pflegeperson geschaffen werden kann. Ohne diese Vertrauensbasis gibt der Pflegebedürftige signifikante Informationen nicht preis, sodass bestehende Pflegeprobleme nicht erfasst oder verkannt, Ressourcen und Bedürfnisse verfälscht dokumentiert werden, was wiederum in verzerrten Zielsetzungen und fehlerhaften Maßnahmenplänen resultiert.

Die Dokumentation (► Kap. 1.8.5), also die schriftliche Fixierung der geplanten und durchgeführten Pflege, stellt – zusätzlich zum Problemlösungs- und Beziehungsprozess – den dritten Bestandteil des Pflegeprozesses dar. Sie ermöglicht neben der rechtlichen Absicherung vor allem einen zwingend erforderlichen Informationsstand für alle an der Pflege Beteiligten.

Die drei Bestandteile des Pflegeprozesses:

Problemlösungsprozess	Beziehungsprozess	Dokumentation
-----------------------	-------------------	---------------

1.2 Pflegeplanung – warum?

»Warum muss ich überhaupt eine Pflegeplanung schreiben? Das ist doch alles Schikane vom MDK!« Solche Aussagen kennen wahrscheinlich die meisten Leserinnen. Natürlich erwartet der MDK eine individuell geplante, aktivierende Pflege; dies stellt jedoch nicht den einzigen Grund für die Verfassung von Pflegeplanungen dar. Im Folgenden möchten wir Ihnen Gründe nennen, warum es äußerst wichtig ist, Pflege schriftlich zu planen:

- Die Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess ermöglicht zielorientiertes, systematisches, strukturiertes und logisches Handeln.
- Sie drückt das professionelle pflegerische Handeln aus und grenzt sich aus diesem Grunde von der Laienpflege ab.
- Ziel der geplanten Pflege ist es, allen am Prozess Beteiligten die relevanten, individuellen Informationen zum Pflegebedürftigen zugänglich zu machen, sodass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegeperson ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht.
- Durch eine geplante, handlungsanweisende Pflegeplanung besteht für den Pflegebedürftigen die Aussicht, dass dieser von allen Mitarbeitern in gleicher Art und Weise individuell orientiert und qualitativ hochwertig versorgt wird. Ansonsten bestände die Gefahr, dass jeder einzelne Mitarbeiter so pflegt, wie er es im derzeitigen Moment für richtig hält. Dies würde zu negativen Konsequenzen für den Patienten/Bewohner führen, vor allem wenn dieser sich aufgrund kognitiver Veränderungen (z. B. Demenz vom Typ Alzheimer) nicht gezielt artikulieren kann. Angenommen die Planung enthält folgende Formulierung: »Hilfe bei der Körperpflege am Waschbecken und beim Ankleiden«. PK A. schaut am Morgen in das Patienten-/Bewohnerzimmer mit der Aufforderung des zu Pflegenden, sich schon einmal zum Bad zu begeben, sie komme gleich zu ihm. PK B. transferiert am Folgetag denselben Pflegebedürftigen auf die Bettkante und auf den Toilettenstuhl und schiebt ihn ans Waschbecken, wohingegen PK C. ihn unterstützend am Arm fasst und ins Bad führt. Als PK A. den Raum betritt, bemerkt sie, dass der Pflegebedürftige noch im Zimmer umher irrt. Sie führt ihn zum Waschbecken, reicht ihm den Waschlappen und fordert auf, schon mit der Waschung zu beginnen, während sie nebenan das Bett richtet. Der Pflegebedürftige kann sich nicht äußern und schämt sich, dass er die konkreten Handlungsabläufe der Waschung zeitweise vergisst. PK B. übernimmt die Waschung komplett, reduziert damit stark das Selbstwertgefühl des zu Pflegenden und widerspricht damit den Grundsätzen einer ressourcenorientierten Pflege. PK C. aktiviert den Pflegebedürftigen höflich und geduldig, hilft bei Schwierigkeiten im Ablauf und lobt bei Erfolgen. Dies verdeutlicht die Relevanz der Formulierung handlungsanweisender und klientenorientierter Pflegeinterventionen für eine einheitliche, qualitätsvolle und individuelle pflegerische Versorgung.
- Durch die gezielte Anwendung des Pflegeprozesses erhält die Pflege außerdem eine einheitliche Sprache und gewinnt dadurch an Transparenz und Effektivität. Die Dokumentation wird einfacher und nachvollziehbar; zudem wird ein Genesungsverlauf des Klienten ersichtlich.
- Der Pflegeprozess als standardisiertes Problemlösungsverfahren macht Pflege erforschbar und liefert signifikante pflegewissenschaftliche Erkenntnisse.
- Pflegebedürftige (sowie deren Angehörige) werden in die Pflege einbezogen, sodass eine Individualisierung und eine aktive Beteiligung der Klienten erzielt werden.
- Durch die intensive und individuelle Auseinandersetzung kommt es zudem zu einer Verbesserung der emotionalen Beziehung zum Bewohner/Patienten.
- Ohne das Grundgerüst »Pflegeprozess«, welches einen vergleichbaren Rahmen zur Durchführung und Begründung von Pflegeleistungen bildet, ist die Anwendung von professionellen Pflegehandlungen intuitiv bzw. basiert auf traditionellem Handeln (s. o.).
- Die auf dem Pflegeprozess gründende Planung der Pflege bietet Sicherheit für die Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf.
- Pflegeplanung ist Ausdruck von Professionalität und Qualität der Pflege- und Betreuungsleistung.
- Pflegehandlungen werden transparent und nachvollziehbar, wodurch Risiken verringert werden.
- Zudem wird die Sichtbarkeit von Pflegeerfolgen für den Pflegebedürftigen, die Angehörigen sowie für das Pflegepersonal ermöglicht; dies resultiert in einer Steigerung der Pflegemotivation und pflegerischen Effizienz.

- Die Durchführung der Pflegeroutine geschieht mit Hilfe der geplanten Pflege bewusster.
- Des Weiteren wird die personelle und fachliche Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Leistungen gewährleistet.
- Die pflegebedürftige Person erfährt Sicherheit und Vertrauen im Pflegeverlauf sowie eine Verringerung des Risikos durch gemeinsame Absprachen im Pflege-Team und zwischen Pflege-Team und Patient/Bewohner.
- Außerdem werden Hospitalismusschäden reduziert und vorgebeugt.
- Professionell geplante Pflege bringt ebenso auch die Emanzipation des Pflegedienstes durch mehr Verantwortung und Motivation mit sich (Herausstellung der Eigenständigkeit des Pflegeberufes und somit Gleichstellung mit anderen an der pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen).
- Die Pflegenachweise dienen als Argumentationsgrundlage bei der Personalbemessung (Stellenplanverbesserung).
- Eine geplante Pflege ermöglicht Transparenz der pflegerischen Leistungen für Krankenkassen, Gutachter und Akkreditierungsagenturen.
- Zudem wird der innerbetriebliche und interdisziplinäre Informationsfluss für alle Prozessbeteiligten gewährleistet.
- Rechtliche Gründe für die Pflegeplanung sind: Gesetz über die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege/Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Altenpflegegesetz/Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Sozialgesetzbuch (SGB XI), Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Dokumentationspflicht/Beweispflicht, Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG), § 137 SGB V, Länder-Heimgesetze.

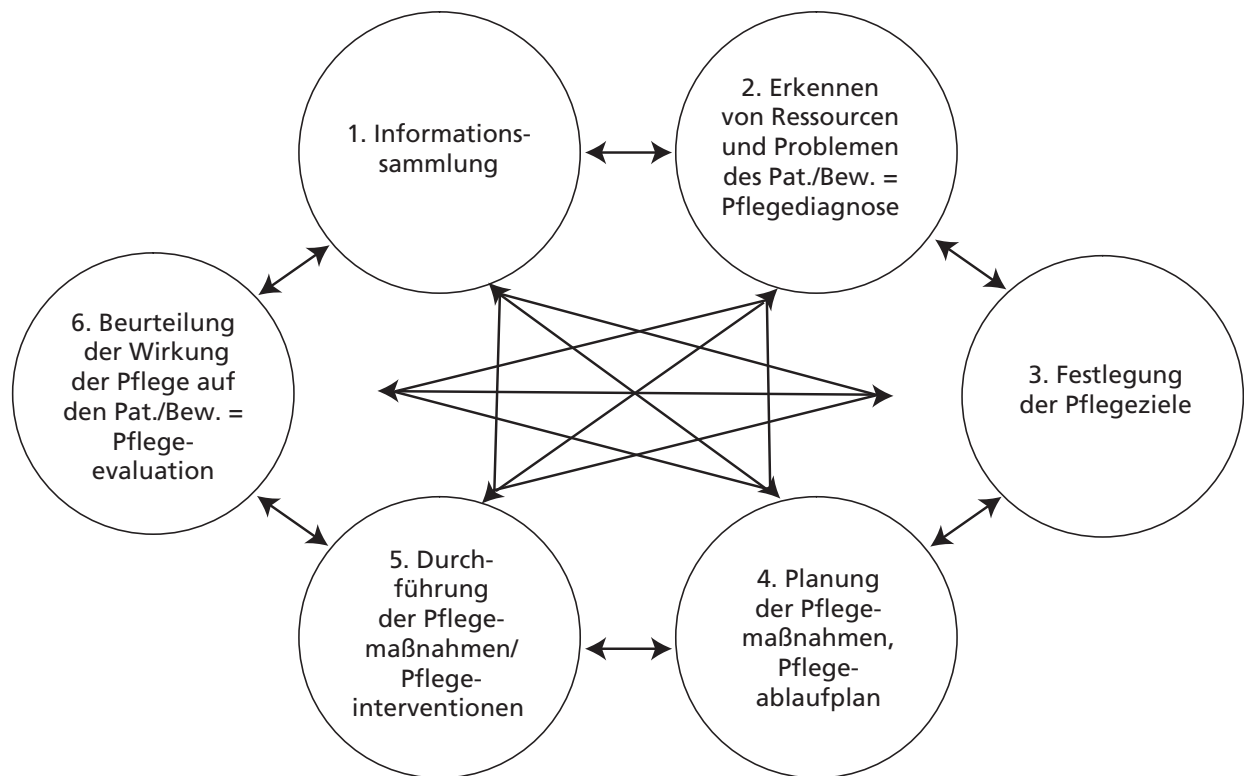


Abb. 1: Die sechs Schritte des Pflegeprozesses

All diese Gründe für die Planung der Pflege nach dem Pflegeprozess zeigen, dass wir vor allem für den Klienten selbst, nicht jedoch gezielt für den MDK planen. Das sollten wir, trotz aller Vorgaben und zeitlichen Engpässe, nicht aus den Augen verlieren.

Es existieren weltweit diverse Modelle des Problemlösungsprozesses, wobei in Deutschland das Sechsstufen-Modell nach Verena Fiechter und Martha Meier

weite Verbreitung findet. Auch dessen in Abb. 1 abgebildete (von den Autoren leicht ergänzte) Fassung erfährt große Popularität. Im Rahmen der aktuellen Bestrebungen (2015) der Bundesregierung, flächendeckend nach und nach die entbürokratisierte Pflegedokumentation zu implementieren, wird das sechsstufige Modell vom vierschriftigen (gemäß WHO-Schema) abgelöst (► Kap. 1.9).

1.3 Pflegeplanung – wie?

Während des gesamten Pflegeprozesses ist eine aktive Teilnahme der zu pflegenden Person unabdingbar. Die aktivierende Pflege zur Förderung der Eigenständigkeit der zu pflegenden Person wird im Pflegeversicherungsgesetz (§ 2 Abs. 1, § 11 Abs. 1 sowie im § 14 Abs. 3) und in den darauf beruhenden Pflegebedürftigkeitsrichtlinien (Kapitel 2 und 3.5) sowie in den Begutachtungsrichtlinien (Kapitel D/4.0/III/6) erwähnt. Somit erfolgt die Planung der Pflege gemeinsam mit dem Klienten. Pflegebedarf, -ziele und -maßnahmen werden demgemäß zusammen ausgehandelt. Auch eine Umstellung/Änderung der Planung geschieht möglichst nur mit Zustimmung des Bewohners/Patienten. Informationen werden kontinuierlich entsprechend der gegenwärtigen Situation des Patienten/Bewohners aktualisiert und in die Planung aufgenommen. Die aktive Teilnahme des zu Pflegenden im Rahmen des Pflegeprozesses resultiert in einer Ermutigung zur Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit sowie dem Recht auf Selbstbestimmung und stellt somit ein wichtiges Prinzip der modernen Pflege dar. Im Falle einer unmöglichen aktiven Beteiligung des Patienten/Bewohners am Problemlösungsprozess (z. B. Kleinkinder, kognitiv eingeschränkte oder bewusstlose Pflegebedürftige), können Familienmitglieder bzw. wichtige Bezugspersonen in die Planung sowie Durchführung der Pflegeinterventionen einbezogen werden. Die Pflegeperson muss sich bewusst machen, dass alle Phasen des Pflegeprozesses interaktiv miteinander verflochten sind: Es handelt sich demnach um einen dynamischen und interaktiven Vor-

gang mit einem kontinuierlichen Feedback. Dies muss die Pflegeperson verstehen, um ein starres Kategoriedenken zu vermeiden. Der zu Pflegende ist als ein ganzheitliches Wesen aus Geist, Seele und Körper zu betrachten, welches in Interaktion (Wechselbeziehung) mit der Umwelt steht (soziales Wesen). Diese vier Bereiche der Zentralen Pflegedokumentation (ZPD) beeinflussen sich gegenseitig, sodass eine Reduktion des Menschen auf einen dieser Teile undenkbar ist. Um den Menschen im Rahmen des Pflegeprozesses ganzheitlich erfassen zu können, bietet es sich an, die Pflegeplanung anhand der Lebensaktivitäten des Menschen zu erstellen, welche miteinander in Wechselwirkung stehen. Die individuelle Betrachtungsweise der zu pflegenden Person spiegelt sich in der Dokumentation u. a. darin wider, dass der Klient mit Namen benannt wird. Dies stellt auch dem Pflegenden immer wieder vor Augen, dass der pflegebedürftige Mensch im Zentrum des Interesses steht. So wird eine wiederholte Verwendung der Formulierungen »Bew. kann...«, »Pat. ist in der Lage ...« vermieden und stattdessen der (abgekürzte) Name gebraucht, z. B.: »Frau D. ist in der Lage ...«, »Herr W. verfügt über ...«. Pflegeplanung erfolgt in kleinen Schritten (diese werden als Nah-, Zwischen-, Teil- oder auch als Feinziele bezeichnet), um später ein Endziel erreichen zu können. Die Formulierung erfolgt detailliert, einfach und nicht zu allgemein; Fachbegriffe werden dort verwendet, wo sie unvermeidbar sind. Allein die Sichtweise der zu pflegenden Person, nicht die des Pflegepersonals steht im Mittelpunkt.

Zentralbereiche der ZPD ²	Inhalte aus Klassifikationen der Lebensbereiche nach Juchli (1991) und Krohwinkel (1993) sowie nach verschiedenen Konzepten
Körper	Sich waschen und kleiden (Fähigkeiten, Vorlieben, Hilfestellungen, Hilfsmittel, Gewohnheiten, Waschen, Baden, Duschen, Hautpflege, Mundpflege, Haar- und Bartpflege, Nagelpflege), Sich bewegen (Mobilisation, Grobmotorik: Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen und Feinmotorik: Finger und Hand), Ausscheiden (Gewohnheiten und Hilfsmittel bzgl. der Harn- und Stuhlausscheidung), Atmen, Regulieren der Körpertemperatur, Vitalzeichen (Gewicht, Körpergröße, Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Blutzucker), Essen und Trinken (Vorlieben, Rituale, Störungen bzgl. Essen und Trinken), Aktivierung, Kinästhetik, Bobath-Konzept
Geist	Kommunizieren (verbal und nonverbal, Sprachstörungen, Gestik, Mimik, Körpersprache), qualitatives Bewusstsein, quantitatives Bewusstsein mit zeitlicher, örtlicher, persönlicher und situativer Orientierung, Artikulation, Merkfähigkeit, Kurzzeit-, Langzeitgedächtnis, Sprachstörungen: motorische und/oder sensorische Aphasie, formale Denkstörung: Denkhemmung, -verlangsamung, umständliches Denken, Grübeln, häufige Themenwechsel, zerfahrenes Denken; Beziehungs-, Verfolgungs-, Vergiftungs-, Größen-, Bestehungs-, Verarmungs-, Schuld- und Hypochondrierwahn, Antriebssteigerung, -armut, Sich beschäftigen (Tagesstruktur, Interessen, Vorlieben, Hobbys, Angebote, Verhältnis zur Natur, zu Tieren und Pflanzen), Raum und Zeit gestalten, Dementia Care Mapping, Gedächtnistraining, Basale Stimulation, Ruhen und Schlafen (Schlafrituale, Schlafstörungen, Schlaf-Wach-Rhythmus)

² ZPD (Zentrale Pflegedokumentation)

Seele	Sinn finden (Stabilität, Labilität, Gemüt, positive und negative Stimmungen, Antriebsarmut, -steigerung, gestörtes Ich-Erleben: Gedankenausbreitung, -entzug, -eingebug), Mit existenziellen Bereichen des Lebens umgehen (Motivation, Religion, Krisen, Akzeptanz von Lebensabschnitten), Snoezelen, Validation, Palliative Care
Soziales Umfeld	Für Sicherheit sorgen (infektiöser und psychischer Hospitalismus, Arztanordnungen, Medikamente, Suchtgefährdung) und soziale Bereiche des Lebens sichern (biografische Daten mit körperlichen Erkrankungen und Unfällen, geistige Daten wie fördernde Erfahrungen, seelische Daten wie Stimmung und soziale Daten wie: Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Ex-Kollegen, Telefon, Besuch, Verkehrsmittel, Medien, Kirchengemeinde), sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten (Bezugspflege)

1.4 Pflegeplanung – wer?

Die dreijährig professionalisierte Pflegefachkraft ist sowohl verantwortlich für die Erstellung der Anamnese (Vorgeschichte) als auch für die Erfassung der Ressourcen und Pflegeprobleme der zu pflegenden Person. Somit obliegt die Erstellung der Pflegeplanung keinesfalls der Pflegehilfskraft (Pflegehelfer, Pflegeassistenten, Zivildienstleistende etc.). Außerdem ermöglicht die Profession der Pflegefachkraft die Planung realistischer und individuell orientierter Ziele und Maßnahmen im

Rahmen des Aushandlungsprozesses mit dem Klienten. Dies setzt ein fundiertes Fachwissen voraus. Zudem sind analytische und kommunikative Fähigkeiten sowie soziale Kompetenz erforderlich. Die Planungsarbeit ist zudem Teamarbeit und benötigt die Akzeptanz aller Beteiligten. Dementsprechend setzt die professionell ausgeführte Pflegeplanung eine gute Kooperation innerhalb des Teams voraus.

1.5 Pflegeplanung – wann?

Die Pflegeplanung erfolgt (nach der Erfassung aussagekräftiger Aussagen über den Pflegebedürftigen im Rahmen der Informationssammlung/des Pflegeassessments) in der Regel ca. zwei bis drei Wochen nach Aufnahme des Pflegebedürftigen. Im vorherigen Zeitraum ist allein eine Kurzplanung möglich. Darin werden die unaufschiebbaren Pflegeinterventionen geplant, deren Unterlassen gefährliche psychische und/oder physische Folgen für den Pflegebedürftigen haben würde. Beispielsweise würde eine zeitliche Verlegung der differenzierten Erfassung des Risikos für Dekubitalulzera bei

einem gefährdeten Bewohner/Patienten schwerwiegende Folgen mit sich führen.

Der Beziehungsprozess im Rahmen des Pflegeprozesses erfordert Zeit zur Vertrauensbildung und zum gegenseitigen Kennenlernen. Eine Eingewöhnungszeit des zu Pflegenden sowie Akzeptanz der Situation sind demnach nötig, um umfassend Bedürfnisse und Probleme des zu Pflegenden zu erkennen. Erfolgt die Pflegeplanung zu früh, besteht die Gefahr der Verfälschung sowie negativer Konsequenzen für den Bewohner/Patienten.

1.6 Pflegeplanung – was?

Pflegerelevante Aspekte werden allein im Bereich der Lebensaktivitäten geplant. Letztere bieten bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie der Pflegeplanung eine entscheidende strukturelle Hilfe und ermöglichen so eine Erfassung aller wichtigen Bedürfnisse, Ressourcen und Pflegeprobleme des pflegebedürftigen Menschen. Medizinische/ärztliche Interventionen (auch Wundtherapien) werden separat dokumentiert (Medi-

kamentenbogen, Anordnungsbogen, Wunddokumentationsblatt) und ggf. als Hinweis (z. B. »siehe Medikamentenblatt«) in die Pflegeplanung aufgenommen. Bei der Verwendung der SIS wird der Begriff »Pflegeplanung« durch Maßnahmeplanung ersetzt, um zu verdeutlichen, dass neben pflegerischen auch betreuende und hauswirtschaftliche Maßnahmen sowie das interdisziplinäre Team Berücksichtigung finden (► Kap. 1.9).

1.7 Erfordernisse für eine erfolgreiche Umsetzung des Pflegeprozesses

Erfordernisse seitens des Pflegepersonals

Fach- und Beratungskompetenz:	Die PFK verfügt über fundierte fachliche Kenntnisse zum Pflegeprozess in Theorie und Praxis und kennt Sinn und Ziel der Pflegeplanung. Sie besitzt ein umfassendes pflegerisches Wissen auf dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand. Somit ist eine intensive Schulung aller an der Pflege beteiligten Pflegepersonen zur Pflegeplanung dringend erforderlich. Da die Beratung der zu pflegenden Person einen wichtigen Tätigkeitsbereich der examinierten Pflegeperson darstellt, muss diese in der Thematik geschult sein und setzt zudem eine gute Gesprächskompetenz (s. u.) voraus.
Praxiskompetenz:	Die PFK ist in der Lage, das theoretische Wissen korrekt in die Praxis zu transferieren.
Gesprächskompetenz:	Die PFK kennt Grundlagen der Kommunikation und Beratung und ist in der Lage, durch positive Gesprächsführung das erforderliche Vertrauensverhältnis zum Bewohner/Patienten aufzubauen.
Beobachtungskompetenz und Einschätzungsfähigkeit:	Die PFK verfügt über die Fähigkeit, den physischen und psychischen Zustand des Bewohners/Patienten sowie seine soziale Situation ganzheitlich zu beobachten und zu erfassen. Sie kann außerdem diese Erkenntnisse in die Pflegeplanung übertragen.
Emotionale und soziale Kompetenz:	Zur Gestaltung des Beziehungsprozesses spielt das empathische Verhalten der Pflegenden eine große Rolle. Die PFK ist dazu in der Lage, emotionale Zuwendung zu signalisieren, denn dies ist für die zu pflegende Person von großer Wichtigkeit. Individuelle Bedürfnisse müssen erkannt werden und es ist erforderlich, dass Pflegeprobleme behutsam »entlarvt« werden. Zudem spielt das Vorhandensein von Kommunikations-, Team-, Kooperations-, Konfliktfähigkeit, Respekt und Toleranz eine große Rolle für die praktische Umsetzung der Pflegeplanung.
Motivationskompetenz:	Dem Pflegebedürftigen kommt, wie bereits beschrieben, im Rahmen des Pflegeprozesses eine aktive Rolle zu. Nur mittels eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses zwischen Klient und Pflegendem und einer aktiven Beteiligung der zu pflegenden Person bei der Durchführung der Pflege, lassen sich Pflegeerfolge erzielen. Dies impliziert die Motivation des Patienten/Bewohners. Gemäß der Aussage »nur ein aufgeklärter Patient ist ein motivierter Patient« kommt der Pflegeperson eine wichtige Aufgabe zu: Der zu Pflegenden muss über seinen pflegerischen Ist-Zustand informiert, seine Ressourcen müssen offen gelegt, Zusammenhänge erklärt und Perspektiven geboten werden, damit er ein Bedürfnis entwickelt, seine Situation zu verbessern und bereit ist, Mitverantwortung für den Pflegeprozess zu übernehmen. Zusätzlich spielt es eine große Rolle, Angehörige im Pflegeprozess zu berücksichtigen und mit einzubeziehen. Hier obliegt es dem Pflegepersonal, die nächsten Angehörigen, in Absprache mit dem Klienten, zur Teilnahme am Pflege- und Heilungsprozess zu motivieren.

Arbeitsorganisatorische Erfordernisse

Bezugspflege:	Wie bereits beschrieben, ist eine vertrauensvolle Beziehung Voraussetzung für ein Gelingen des Problemlösungsprozesses. Allein die Pflegeorganisationsform »Bezugspflege« ermöglicht einen effektiven
----------------------	---

	ven Beziehungsprozess und führt zur erfolgreichen Umsetzung der Pflegeplanung im Pflegealltag.
Regelmäßige Dienstübergaben:	Regelmäßige Dienstübergaben nach jedem Schichtende, in denen jeder einzelne Bewohner/Patient angesprochen wird, gehören zu den wichtigsten Qualitätswerkzeugen einer Pflegeeinrichtung. Eine Beteiligung aller jeweils anwesenden Pflegepersonen ist notwendig. Die Dienstübergabe ist als mündlicher Informationstransfer die entscheidende Schnittstelle zwischen den Mitarbeitern der Früh-, Spät- und Nachtschicht und dient außerdem dazu, die Abläufe zu reflektieren und Möglichkeiten zur Fehlervermeidung und Arbeitsoptimierung zu finden. Inhalte sind zudem auch Fragen zur Organisation der nächsten Arbeitsschritte.
Zeit zur Pflegeplanerstellung:	Eine professionelle Planung erfordert ausreichend Zeit. Fest im Arbeitsablauf eingeplante Planungszeiten sind erforderlich.
Zeit für Pflegeplanungsgespräche:	Es muss ausreichend Zeit für Pflegeplanungsgespräche mit dem Klienten und seinen Angehörigen zur Verfügung stehen, denn nur so ist eine klientenorientierte Pflegeplanung realisierbar.
Zeit für Fallbesprechungen:	Fallbesprechungen im Team fungieren als Instrument zur Erstellung der Pflegeplanung bzw. werden bei auftretenden Problemen genutzt. Sie dienen u. a. der kollegialen Beratung: Die Bezugspflegekraft kann sich beispielsweise bei besonders schwierigen oder langwierigen Pflegeproblemen, von denen sie sich überfordert fühlt, Rat und Unterstützung von den Kollegen einholen.
Regelmäßige Pflegevisiten:	Diese stellen ein effektives internes Qualitätssicherungsinstrument der professionell ausgeübten Kranken- oder Altenpflege dar und üben u. a. eine Kontrollfunktion für die Pflegeplanung aus. Die im Rahmen der Pflegevisite erzielten Ergebnisse müssen in die bestehende Pflegeplanung aktualisierend einfließen.
Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit:	Die gut funktionierende, effektive und intensive Zusammenarbeit im Pflegeteam sowie mit den anderen an der Pflege und Betreuung beteiligten Berufsgruppen (z. B. Physiotherapie, Pflegepersonen, Sozialdienst, Ärzte, Ergotherapie, Psychologen, Zivildienstleistende etc.) ist für eine erfolgreiche ganzheitliche Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen von großer Bedeutung. So sollte auch bei der Erstellung der Pflegeplanung (z. B. im Rahmen von Fallbesprechungen) sowohl das Pflege- als auch das interdisziplinäre Team befragt und informiert werden, sofern dies personell und organisatorisch leistbar ist.
Umstrukturierung der Arbeitsabläufe:	Eine individuell orientierte Pflegeplanung setzt Arbeitsabläufe (z. B. flexible Aufsteh- und Essenszeiten) voraus, die den Bedürfnissen des zu Pflegenden angepasst sind.
Verwendung eines speziellen Dokumentationssystems:	Das für die Pflegeplanung verwendete Dokumentationssystem muss alle Schritte des Pflegeprozesses leicht nachvollziehbar abbilden und logisch aufgebaut sein. Alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen (auch interdisziplinär) benötigen Zugang zum System.

1.8 Die sechs Schritte des Pflegeprozesses

1.8.1 Erster Pflegeprozessschritt: Informationssammlung

1.8.1.1 Informationssammlung – warum?

Die Informationssammlung, auch als Pflegeassessment, Pflegeanamnese oder Pflegediagnostik bezeichnet, stellt den ersten Pflegeprozessschritt dar. Ihr kommt eine hohe Bedeutsamkeit für das Gelingen der folgenden Schritte und damit des gesamten Pflegeprozesses zu, da sie der systematischen Erfassung aller pflegerrelevanten Daten dient und die Basis für die Erstellung des Pflegeplans bildet.

1.8.1.2 Informationssammlung – wer?

Die Informationssammlung ist im Bezugspflegesystem (Primary Nursing) Aufgabe der für den jeweiligen Klienten zuständigen Bezugspflegeperson, welche für dessen Pflegeverlauf während seines gesamten Aufenthaltes persönlich verantwortlich ist: für die geplante Pflege, die Durchführung der Pflegeinterventionen, die Pflegedokumentation sowie die Evaluation und Anpassung von Pflegehandlungen.

1.8.1.3 Informationssammlung – was?

Im Rahmen der Ersteinschätzung zu Anfang der pflegerisch-therapeutischen Beziehung findet eine systematische Sammlung aller pflege- und behandlungsrelevanten Informationen über den zu pflegenden Menschen, sein familiäres und soziales Umfeld, seine Wünsche, Gewohnheiten, Bedürfnisse, Sorgen und Ängste, seine Fähigkeiten, spezifischen Probleme und bewährten Bewältigungsstrategien, seine Biografie etc. statt; in der Einrichtung verwendete Assessmentverfahren (z.B. Mobilitätstest nach Tinetti, MNA, BMI, Frowein-TVT-Score, Schmerz-Skala, Überleitungsbrief etc.) zur Erfassung spezifischer Pflegebedarfe sind einzusetzen. Außerdem ist eine körperliche Untersuchung (Hautinspektion, Beweglichkeit der Gelenke, Gangbild, Muskeltonus, fehlende Körperteile, Prothesen/Hilfsmittel etc.) erforderlich.

Risikoskalen können professionelle Pflegekräfte bei der fachgerechten Risikoeinschätzung unterstützen. Sie müssen aber nicht mehr unbedingt verwendet werden. Die pflegfachliche Einschätzung erfährt aktuell eine höhere Gewichtung. Sollte Ihre Einrichtung nach der entbürokratisierten Pflegedokumentation arbeiten, wird hier die Strukturierte Informationssammlung (SIS) verwendet (► Kap. 1.9).

Die im Rahmen der Pflegeanamnese zusammengetragenen und schriftlich fixierten Daten vom oder über den Klienten bestehen aus subjektiven oder objektiven pflegerrelevanten Informationen.

Unter **subjektiven Daten** werden Informationen verstanden, die von der zu pflegenden Person oder dessen Bezugspersonen in eigenen Aussagen preisgegeben werden und Wünsche, Bedürfnisse und Mitteilungen enthalten, die der Klient weitergeben möchte, z. B. Müdigkeit, Schmerzen, Kraft, Sorgen bezüglich der Zukunft, Erwartungen und Vorstellungen. Es handelt sich hier um wichtige Angaben, die vom Pflegenden unbedingt akzeptiert werden müssen, denn der zu Pflegenden ist der beste Experte für sein subjektives Erleben, seine subjektive Wirklichkeit: Nicht die Sichtweise des Pflegenden steht im Mittelpunkt, sondern die der zu pflegenden Person. **Objektive Daten** umfassen Informationen, die beobachtbar und messbar sind, z. B. Vitalwerte, Hautbeschaffenheit, Quantität der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme, Ergebnisse aus Risikoassessments, Überleitungsbrief, Ausmaß der Funktionsstörungen etc.

1.8.1.4 Informationssammlung – wie?

Die Informationssammlung stellt keinen starr abzuarbeitenden Prozessschritt ausschließlich zu Beginn des Pflegeauftrages dar, sondern ist ein fortlaufendes Instrument zur Aktualisierung der klientenspezifischen Informationen. Dies bedeutet, dass sie beim Erstkontakt mit dem Klienten beginnt und im pflegerischen Verlauf, gemäß der sich verändernden Lebenssituation des zu Pflegenden, immer wieder aktuelle Daten erhoben und in der Pflegeplanung berücksichtigt werden.

Somit kommt dem Erstkontakt eine immense Bedeutung zu: Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient/Bewohner und seinem primären Ansprechpartner, der Bezugspflegekraft, bildet die Grundlage für einen effizienten Verlauf des Pflegeprozesses. Dieser erste Schritt der Vertrauensbildung steht und fällt mit der emotionalen, sozialen, motivationalen und kommunikativen Kompetenz der Pflegefachkraft. Von großer Wichtigkeit ist es in diesem Prozessschritt, der zu pflegenden Person auf gleicher Kommunikations- und Interaktionsebene zu begegnen. Zudem empfiehlt sich eine nicht-direktive Gesprächshaltung, die sich durch Akzeptanz (Annehmen, Wertschätzen), Empathie (einführendes, nicht wertendes Verstehen) und Echtheit (Kongruenz) auszeichnet. Diese Merkmale lassen sich mittels spezieller Verhaltensweisen des Pflegenden während des Informationsgespräches realisieren:

- Suchen Sie einen ruhigen und ansprechenden Raum auf.
- Nehmen Sie sich ausreichend Zeit.
- Klären Sie den Klienten über den Sinn sowie die Vertraulichkeit des Gespräches auf.
- Geben Sie dem Pflegebedürftigen einen Überblick über die Einrichtung/Abteilung/Station und das Pflegeteam, informieren Sie über strukturelle Arbeitsab-

läufe, Angebote der Einrichtung, benötigte Gegenstände (z. B. Pflegeutensilien), Umgang mit Wertgegenständen etc.

- Stellen Sie offene Fragen, also Fragen, die nicht nur mit »ja« oder »nein« beantwortet werden können; dies würde den Gesprächsverlauf blockieren.
- Die Fragen sollen an den Aussagen des zu Pflegenden anknüpfen (kein Frage-Antwort-Spiel, das dem zu Pflegenden Aussagen suggeriert, die er Ihnen gegenüber dann bloß aus Freundlichkeit und/oder Abhängigkeit macht).
- Spiegeln Sie Äußerungen des Klienten mittels bewussten Feedbacks zurück (wiederholen Sie, was Sie verstanden haben).
- Bestätigen Sie die Aussagen Ihres Gegenübers durch Bemerkungen wie »Aha, Genau, Mhm«, Kopfnicken, aufmunternde Gesten etc.
- Wenden Sie sich Ihrem Gesprächspartner zu und schauen Sie ihn direkt an; stellen Sie Blickkontakt her. Setzen Sie sich möglichst nicht frontal dem Klienten gegenüber, sondern über Eck.
- Fragen Sie nach, wenn Sie glauben, etwas nicht richtig verstanden zu haben.
- Verwenden Sie keine Fremdwörter oder Fachbegriffe, die Ihr Gesprächspartner nicht verstehen könnte.
- Wahren Sie die notwendige Distanz und die Formen der Höflichkeit.
- Sprechen Sie den Pflegebedürftigen mit Nachnamen an.
- Nehmen Sie die gleiche Höhe mit dem Klienten ein und behalten Sie die Hände oberhalb des Tisches.
- Reichen Sie etwas zu trinken und evtl. einen kleinen Snack.
- Lassen Sie Ihren Gesprächspartner nicht ins Gegenlicht schauen.
- Reden Sie in Anwesenheit von Bezugspersonen mit dem Bewohner und niemals über ihn.
- Wahren Sie Objektivität.
- Berücksichtigen Sie kulturelle und religiöse Besonderheiten.

Ist der zu pflegende Mensch in seiner verbalen Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt (z. B. bei kognitiven Veränderungen wie demenziellen Erkrankungen), erhält die Beobachtungskompetenz der PFK eine noch höhere Gewichtung: So ist besonders auf die Äußerung nonverbaler Signale hin zu beobachten, wie Körperhaltung, Mimik und Gestik, Nähe und Distanz, Blickkontakt sowie vegetative Reaktionen (Erröten, Schwitzen, Pupillenveränderungen etc.). Die Bezugspflegekraft hat die Aufgabe, die erfragten Informationen schriftlich zu fixieren. Sie erfasst u. a. folgende, als Stammdaten bezeichnete Informationen:

- Angaben zur Person (Name, Geburtsdatum)
- ggf. Angaben zur Konfession
- Versicherungsdaten
- Kostenübernahmeregelungen
- Pflegestufe nach SGB XI
- Datum des Beginns der Pflegeleistung

- medizinische Diagnosen
- Informationen zu Unverträglichkeiten und Allergien
- Angaben zur Kostform (z. B. Angabe, ob Zusatznahrung bei vorhandener PEG erlaubt ist, Broteinheiten bei Diabetikern etc.)
- Informationen zur medizinisch therapeutischen Versorgungsform (Ärzte, Fachärzte, Therapeuten [z. B. Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Wundmanager etc.], letzte Reha-/Krankenhaus-/Kurzzeitpflege-/Tagespflegeaufenthalte)
- Eingesetzte Hilfsmittel (z. B. Rollator, Protektoren, elektrisches Pflegebett, Gehstock, Inkontinenzmaterial, Blasenverweilkatheter, Zahnprothese, Hörgerät, Herzschrittmacher, Schmerzmittelpumpen etc.)
- Information für Notfallsituationen (z. B. Adresse, Telefonnummern einer Bezugsperson)
- Angaben zu Bezugspersonen und/oder gesetzl. Betreuer mit Wirkungskreis
- ggf. Name des Seelsorgers
- ggf. Angabe zur Vorsorgevollmacht und/oder Patientenverfügung

Auch Stammdaten müssen bei gravierenden Veränderungen (z. B. aktuelle Arztbesuche, neue Betreuerin) aktualisiert und in der Dokumentation verändert werden. In manuell geführten Dokumentationssystemen wird das jeweilige Aktualisierungsdatum der einzelnen Information deutlich vermerkt und mit Handzeichen der verändernden Pflegeperson versehen; bei Unübersichtlichkeit des Stammblasses ist dringend eine Neuschrift erforderlich, die aber klar als solche mit Erstellungsdatum und Handzeichen vermerkt werden muss (bei EDV-gestützten Dokumentationen erfolgt Letzteres automatisch).

Außer die Stammdaten erhebt die Bezugspflegeperson die Pflegeanamnese: Hier werden die pflegerisch relevanten Daten (► Kap. 1.8.1.3) zum Zeitpunkt des Einzugs/des ersten Besuchs des ambulanten Pflegedienstes/der Aufnahme erfasst, häufig nach den Lebensaktivitäten gegliedert und am Ende mit Handzeichen versehen.

An dieser Stelle möchten wir jedoch darauf hinweisen, dass die Daten in der Anamnese und Pflegeplanung nicht identisch sein müssen. Bei der Anamnese handelt es sich um die Pflegevorgeschichte, die – je mehr Zeit zwischen Aufnahme des Klienten und aktuellem Zeitpunkt liegen – mit hoher Wahrscheinlichkeit von der momentanen Situation des Klienten abweichen wird. Die Anamnese sollte also nicht kontinuierlich geführt werden. Dies gilt jedoch nicht für die Informationssammlung, welche durchgehend erfolgen muss und deren erworbene Daten in Pflegebericht und Pflegeplanung aufgenommen werden.

Die Biografie

Einen wichtigen Bestandteil der Informationssammlung stellt die Biografie dar. Je intensiver und detail-