

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 besten 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 welchem 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 zu Pilatus fahren.

Oder wie wäre es mit dem Schulalltag:

Mensch, schon wieder 'ne Fünf auf dem Zeugnis, wenn diese Klausur nicht klappen sollte. Wie bekomm' ich das bloß hin? Spickzettel? Nee, den Marcus haben sie letztens 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, inspiert 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.

¹ Die Namen in den Fallbeispielen sind frei erfunden.

Ein anderes Beispiel:

Gesundheits- und Krankenpflegerin Elvira ist heute wieder aus dem Urlaub zurück und versorgt gerade den Oberschenkelstumpf (diabetische Gangrän) der Patientin 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 angereichten 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 Abb. 1 (S. 14) näher verdeutlicht wird. Im Zuge der aktuell durch die Bundesregierung forcierten Entbürokratisierung der Pflegedokumentation findet mit der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) eine Lösung von dem in der Praxis etablierten sechsschrittigen Pflegeprozessmodell statt. Die SIS® orientiert sich am vierstufigen 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 entgegengewirkt 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 Pflegende 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 durchgeföhrten 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. transfiert 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 umherirrt. Sie führt ihn zum Waschbecken, reicht ihm den Waschlappen und for-

dert 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 Pflegeteam und zwischen Pflegeteam 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 Akkreditierungsgesellschaften.
- Zudem wird der innerbetriebliche und interdisziplinäre Informationsfluss für alle Prozessbeteiligten gewährleistet.
- Rechtliche Gründe ergeben sich aus dem Pflegeberufegesetz (PfLBG). Gemäß § 5 Abs. 3 soll eine Pflegefachkraft u. a. folgende Aufgaben selbstständig ausführen können: »Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege«, »Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses« sowie »Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen«. Auch das Pflegeversicherungsgesetz bezieht sich im § 18 Abs. 5a SGB XI darauf, dass das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit u. a. auch »eine individuelle Pflegeplanung« ermöglichen soll. So weist auch der MDS in seinen aktuellen Maßstäben und Grundsätzen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (2019) auf die »Planung, Durchführung, Evaluation und ggf. Anpassung der Pflege sowie auf die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation« hin.

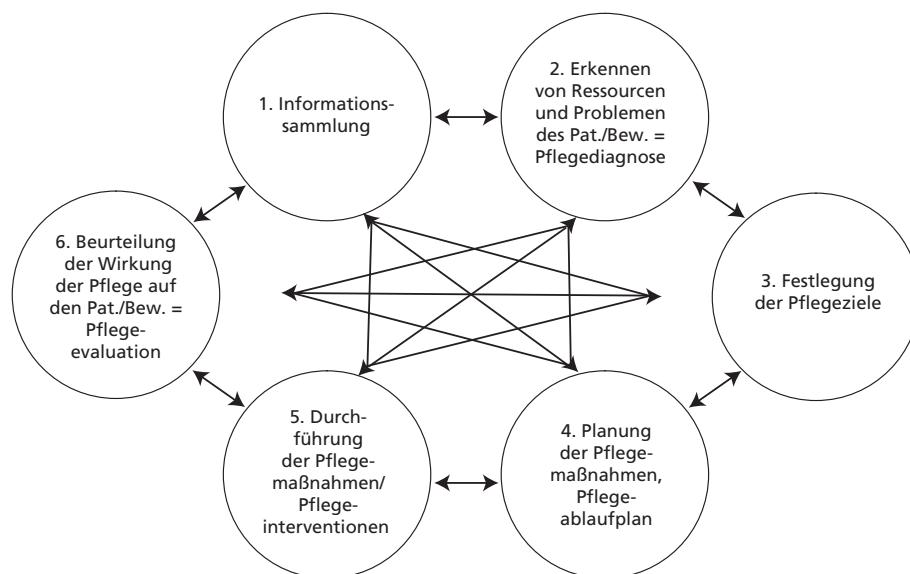


Abb. 1: Die sechs Schritte des Pflegeprozesses (modifiziert nach Fiechter & Meier, 1993)

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 zeitlicher Engpässe, nicht aus den Augen verlieren.

Es existieren weltweit diverse Modelle des Problemlösungsprozesses, wobei in Deutschland das Sechs-Stufen-Modell nach Verena Fiechter und Martha Meier weitestgehend etabliert ist.

Die sechs Schritte des Pflegeprozesses nach Fiechter & Meier (1993) sind in Abb. 1 dargestellt. Diese Fassung des Modells ist weit verbreitet und in vielen Pflegeschriften enthalten. Im Rahmen der aktuellen Bestrebungen (2015) der Bundesregierung, flächendeckend nach und nach die entbürokratisierte Pflegedokumentation zu implementieren, wird das sechsschrittige Modell vom vierstufigen (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) erwähnt. Auch im Begutachtungsinstrument wird zu Beginn unter »Allgemeines« ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben postuliert. 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-, Bestehlungs-, Verarmungs-, Schuld- und Hypochondrerwahn, Antriebssteigerung, -armut, sich beschäftigen (Tagesstruktur, Interessen, Vorlieben, Hobbys, Angebote, Verhältnis zur Natur, zu Tieren und Pflanzen), Raum und Zeit gestalten, Demenzia 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, -eingebung), 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. So mit 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 Rah-

men 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 Unterrassen 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 gefähr-

deten 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 (Medika-

mentenbogen, Anordnungsbogen, Wunddokumentationsblatt) und ggf. als Hinweis (z. B. »siehe Medikamentenblatt«) in die Pflegeplanung aufgenommen. Bei der Verwendung der SIS® wird der Begriff »Pflegeplanung« durch Maßnahmenplanung 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 Pflegende 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 vertrauliche Beziehung Voraussetzung für ein Gelingen des Problemlösungsprozesses. Allein die Pflegeorganisationsform »Bezugspflege« ermöglicht einen effektiven Kontakt zu dem Klienten.
----------------------	---

	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 Nachschicht 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 kundenorientierte 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.
Erfordernisse seitens der nationalen Expertenstandards (vgl. www.dnqp.de)	
Dekubitusprophylaxe in der Pflege:	Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsproblemen pflegebedürftiger Personen. Das vorhandene Wissen zeigt, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann. Ausnahmen sind in pflegerisch oder medizinisch notwendigen Prioritätssetzungen oder im Gesundheitszustand begründet. Von herausragender Bedeutung für eine erfolgreiche Prophylaxe ist, dass die PFK die systematische Risikoeinschätzung, Schulung des Pflege-

	bedürftigen, Bewegungsförderung, Druckentlastung und -verteilung sowie die Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.
Entlassungsmanagement in der Pflege:	Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die PFK dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.
Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen:	Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann für pflegebedürftige Personen gravierende Folgen haben, z. B. physische und psychische Beeinträchtigungen, Verzögerungen des Genesungsverlaufs oder eine Chronifizierung der Schmerzen. Durch eine rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzeinschätzung, Schmerzbehandlung sowie Information, Anleitung und Schulung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen trägt die PFK maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren bzw. zu verhindern.
Sturzprophylaxe in der Pflege:	Stürze stellen insbesondere für ältere und kranke Menschen ein hohes Risiko dar. Sie gehen häufig mit schwerwiegenden Einschnitten in die bisherige Lebensführung einher, die von Wunden und Frakturen über Einschränkungen des Bewegungsradius infolge verlorenen Vertrauens in die eigene Mobilität bis hin zur Aufgabe einer selbstständigen Lebensführung reichen. Durch rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren, eine systematische Sturzerfassung, Information und Beratung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen sowie gemeinsame Maßnahmenplanung und Durchführung kann die PFK eine sichere Mobilität fördern.
Pflege von Menschen mit chronischen Wunden:	Chronische Wunden sind häufig Symptome einer chronischen Krankheit, die maßgeblich den Alltag der betroffenen Person beeinflusst. Sie führen, insbesondere durch Schmerzen, Einschränkungen der Mobilität und Wundexsudat und -geruch, zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Durch Anleitung und Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu alltagsorientierten Maßnahmen im Umgang mit der Wunde und den wund- und therapiebedingten Auswirkungen können die Fähigkeiten zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement so verbessert werden, dass sich positive Effekte für Wundheilung und Lebensqualität ergeben. Mit sachgerechter Beurteilung und phasengerechter Versorgung der Wunde sowie regelmäßiger Dokumentation des Verlaufs unter Berücksichtigung der Sichtweise der zu Pflegenden auf ihr Kranksein verbessert die PFK die Heilungschancen.
Förderung der Harnkontinenz in der Pflege:	Harninkontinenz ist ein weit verbreitetes pflegerelevantes Problem. Für die betroffenen Menschen ist sie häufig mit sozialem Rückzug, sinkender Lebensqualität und steigendem Pflegebedarf verbunden. Durch frühzeitige Identifikation von gefährdeten und betroffenen Personen und der gemeinsamen Vereinbarung von spezifischen Maßnahmen kann die PFK dieses Problem erheblich positiv beeinflussen. Darüber hinaus kann sie durch Inkontinenz hervorgerufene Beeinträchtigungen reduzieren.
Ernährungsmanagement in der Pflege:	Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Mittels Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann die PFK durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung von Anzeichen

	einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung und ihrer Gründe, durch angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.
Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen:	Chronischer Schmerz wirkt beeinträchtigend auf die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein. Durch das Schmerzerleben sinkt die Lebensqualität, wird die Funktionsfähigkeit und die soziale Teilhabe erheblich eingeschränkt und es kann zu gesundheitlichen Krisen aufgrund von Destabilisierungen der Schmerzsituation kommen. Mit einem individuell angepassten pflegerischen Schmerzmanagement leistet die PFK einen wichtigen Beitrag in der interprofessionell abgestimmten Schmerzbehandlung.
Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz:	Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität konstituieren und beeinflussen. Durch personzentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die PFK die Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden sowie anderen Menschen in ihrem sozialen Umfeld erhalten und fördern.
Förderung der physiologischen Geburt:	Durch eine frühzeitige Beratung und Information der schwangeren Frau zur physiologischen Geburt sowie eine kontinuierliche Hebammenbetreuung während der Geburt, werden eine individuelle Geburtsbegleitung und die physiologische Geburt gefördert. Somit kann zu einem positiven Geburtserleben beigetragen werden. Die Anzahl medizinischer Interventionen in der Geburtshilfe – insbesondere der Kaiserschnitte – kann reduziert werden.

Näheres siehe unter www.dnqp.de

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 pflegerelevanten 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 pflegrisch-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.