

Friedhelm Henke

Formulierungshilfen zur Pflegeplanung

Dokumentation der Pflege und Betreuung
gemäß Pflegeprozess nach ATL, ABEDL,
SIS, Expertenstandards, QPR-Indikatoren
und BI des MDK

10., erweiterte und
überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Der Autor



Friedhelm Henke, Lehrer für Pflegeberufe, Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachbuchautor und Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Multiplikator der Bundesregierung zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Fachlehrer am Stift Cappel – Berufskolleg, Lippstadt-Cappel sowie an der LIPPSTÄDTER AKADEMIE FÜR PFLEGE UND GESUNDHEIT in der ESTA-Bildungswerk gGmbH in Lippstadt.

E-Mail: Friedhelm.Henke@gmx.de
Internet: www.menschenpflege.de

Weitere Veröffentlichungen von Friedhelm Henke im Verlag W. Kohlhammer:

Friedhelm Henke (2020): SIS[®]-Planungshilfe. Nach Expertenstandards. MDK-Kriterien des neuen BI und Indikatoren der QPR. ISBN 978-3-17-038524-5

Friedhelm Henke (2020): Ausbildungsnachweis Pflegefachfrau/Pflegefachmann. Lern- und Kompetenzkompass gemäß PflAPrV und Rahmenpläne. ISBN 978-3-17-039576-3

Friedhelm Henke, Christian Horstmann (2019): Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert. Lehr- und Lernhilfen zur Pflegedokumentation entlang der ATL, ABEDL[®], SIS[®], und BI gemäß § 5 PflBG, 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. ISBN 978-3-17-037130-9

Friedhelm Henke (2021): Arbeitsbuch für die zusätzliche Betreuungskraft. Qualifizierung der Demenz-, Alltags- und Seniorenbegleitung gemäß §§ 87b und 45b SGB XI, 4., erweiterte und überarbeitete. ISBN 978-3-17-039408-7

Friedhelm Henke; Christian Horstmann (2019): Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert. Praktische Arbeitshilfen für Lehrende und Lernende, 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. ISBN 978-3-17-037130-9

Friedhelm Henke

Formulierungshilfen zur Pflegeplanung

Dokumentation der Pflege und Betreuung
gemäß Pflegeprozess nach ATL, ABEDL[®], SIS[®],
Expertenstandards, QPR-Indikatoren und BI des MDK

10., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Für meine Schwester Annegret und für meine Eltern

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

10., erweiterte und überarbeitete Auflage 2021

Alle Rechte vorbehalten
© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:
ISBN 978-3-17-039414-8

E-Book-Formate:
pdf: ISBN 978-3-17-039415-5
epub: ISBN 978-3-17-039416-2
mobi: ISBN 978-3-17-039417-9

Vorwort

Zur Erstellung einer individuellen Pflegeplanung benötigt die Pflegefachkraft umfassende fachliche Kenntnisse und muss in der Lage sein, diese auch in die Praxis umzusetzen. Dazu sind hier die wesentlichen Inhalte der Pflegeprozessplanung kompakt zusammengefasst.

Professionelle Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass sie Theorie und Praxis reflektiert und sich so auf ihrem Weg zur Ganzheitlichkeit etabliert. Die hier vorliegenden Formulierings- und Arbeitshilfen eignen sich zum Erlernen der Pflegeplanung. Ihre ganze Wirkung zeigen sie letztlich in der realen Praxis. Somit tragen sämtliche Inhalte in der Überschrift den Hinweis »Bitte jeweils individualisieren« bzw. auch »Bitte inklusive Wer/Wie/Was/Wann und ggf. Wo?/Wie oft?«.

Auch die Entbürokratisierte Pflegedokumentation ersetzt das strukturierte Lernen und schriftliche Formulieren von Ressourcen, Problemen, Zielen und Maßnahmen nicht gänzlich, sondern unterstreicht den Ermessensspielraum der Pflegefachkraft, die zum Beispiel nach ihrem pflegefachlichen Vorbehalt die Anwendung oder das Pausieren pflegerischer Assessments entsprechend begründen und befristen kann.

Komplett vorgefertigte oder gar standardisierte Pflegepläne für die im Einzelfall jeweils zu pflegende Person widersprechen dem Sinn des Pflegeprozesses. Schließlich stellt dieser richtigerweise nicht die Dokumentationssystematik, sondern den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt.

Ich wünsche allen viel Erfolg, die Vorteile der leider oft recht theoretisch erscheinenden Pflegeplanung stärker in die Praxis einzubringen und damit die Profession und Eigenständigkeit des Pflegeberufes zu fördern.

Besonderen Dank richte ich an Christian Horstmann (Schulleiter der Lippstädter Akademie für Pflege und Gesundheit in der ESTA-Bildungswerk gGmbH sowie an den Kohlhammer Verlag, vor allem an meine Lektorinnen Alexandra Schierock und Verena Geywitz für die freundliche und kompetente Unterstützung.

Friedhelm Henke
Anröchte-Berge, im Dezember 2020

Inhalt

Vorwort	5
Abkürzungen	10
1 Grundlagen	11
Zentrale Pflegedokumentation (ZPD)	11
Entbürokratisierung/vereinfachte Pflegedokumentation in der Langzeitpflege	17
SIS [®] -Themenfelder statt LA, ATL, A(B)EDL [®]	21
2 Formulierungshilfen zur Pflegeplanung nach Lebensaktivitäten, ATL/A(B)EDL[®]	25
Vitale Funktionen aufrechterhalten können/Atmen/Regulieren der Körpertemperatur	25
Sich situativ anpassen können/Sich als Frau, Mann oder Kind fühlen	29
Für Sicherheit sorgen können	33
Sich bewegen können	37
Sich sauber halten und kleiden können/Sich waschen (pflegen) und kleiden	41
Essen und trinken können	45
Ausscheiden können	50
Sich beschäftigen können/Raum und Zeit gestalten	55
Kommunizieren können	59
Ruhens und schlafen können	63
Soziale Bereiche des Lebens sichern können/Sinn finden/Mit existenziellen Erfahrungen umgehen	66
3 Formulierungshilfen aus dem BI für individuelle Maßnahmen zur vereinfachten Pflegedokumentation nach den Themenfeldern der SIS[®]	71
Individualisierbare Formulierungshilfen zum SIS [®] -Themenfeld 1: »Kognition und Kommunikation«	71
Individualisierbare Formulierungshilfen zum SIS [®] -Themenfeld 2: »Mobilität und Beweglichkeit«	72
Individualisierbare Formulierungshilfen zum SIS [®] -Themenfeld 3: »Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen«	73
Individualisierbare Formulierungshilfen zum SIS [®] -Themenfeld 4: »Selbstversorgung«	74
Individualisierbare Formulierungshilfen zum SIS [®] -Themenfeld 5: »Leben in sozialen Beziehungen«	75
Individualisierbare Formulierungshilfen zum SIS [®] -Themenfeld 6: »Haushaltsführung« bzw. »Wohnen/Häuslichkeit«	76
4 Bewertungskriterien	77
Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen gemäß Qualitätsprüfungs-Richtlinien	77
Pflegequalität der ambulanten Pflegeeinrichtungen	79
Erforderliche Dokumentationsunterlagen (ambulante Pflegedienste)	80
Erforderliche Dokumentationsunterlagen (stationäre Pflegeeinrichtungen)	80
5 Expertenstandards im Überblick	82
Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe«	82
Expertenstandard »Entlassungsmanagement«	82
Expertenstandard »Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen«	83
Expertenstandard »Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen«	83

Expertenstandard »Sturzprophylaxe«	83
Expertenstandard »Förderung der Harnkontinenz«	84
Expertenstandard »Pflege von Menschen mit chronischen Wunden«	84
Expertenstandard »Ernährungsmanagement«	85
Expertenstandard »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz«	85
Expertenstandard »Erhaltung und Förderung der Mobilität«	86
Expertenstandard »Förderung der physiologischen Geburt«	86
6 Dokumentationsvordrucke und Arbeitshilfen zum Pflegeassessment von A – Z	87
6.1 Aktivierungsnachweis	87
6.2 Atemskala	88
6.3 Barthel-Index	90
6.4 Berichtsblatt	91
6.5 Berner Schmerzscore	92
6.6 Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)	93
6.7 Bewegungsanalyse (inkl. Bewegungs- und Lagerungsplan)	94
6.8 Biografiebogen	95
6.9 Bradenskala	96
6.10 Cohen-Mansfield-Skala (CMAI-Skala, Cohen-Mansfield Agitation Inventory)	98
6.11 Dehydratationsgefährdung	99
6.12 Delirium-Screening durch Beobachtung	100
6.13 DemTect, Demenz Detection (I. Teil)	101
6.14 Ein- und Ausfuhrbogen	104
6.15 Erfassung der sozialen Situation in der Geriatrie (I. Teil)	105
6.16 Evaluationsbogen	109
6.17 Erfassungsbogen zur Bestimmung des Ernährungszustands	110
6.18 Fixierungsprotokoll	112
6.19 Frowein-Score/Thrombose-Assessment	113
6.20 Funktionelles Assessment der Alzheimer-Demenz	114
6.21 Geriatrische Depressionsskala (GDS)	115
6.22 Häusliche Pflege-Skala (HPS)	116
6.23 Kontrakturgefährdung	117
6.24 KUSS – Kindliche Unbehagen- und Schmerzskala	118
6.25 Meldeformular für kritische Ereignisse, Critical Incident Reporting System (CIRS)	119
6.26 Mini-Mental-Test	121
6.27 Modifizierte Autar-Skala/DVT-Assessment	122
6.28 Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)	123
6.29 Obstipationsgefährdung	124
6.30 Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)	125
6.31 Pflegeanamnese	126
6.32 Pflegerische Überwachung der Arzneimittelwirkung (PÜdA-Skala nach Henke)	128
6.33 Pflegetagebuch zum Nachweis für die MDK-Prüfung	130
6.34 Pflegetagebuch	132
6.35 Risikoassessment	133
6.36 Soor- und Parotitisgefährdung	134
6.37 Stammblatt	135
6.38 Sturzereignisprotokoll	136
6.39 Sturzrisikoskala nach Huhn	139
6.40 Verhaltensprotokoll zur systematischen Schmerzerfassung (ECPA)	140
6.41 Verlaufsdocumentation (ECPA)	141

6.42	Wunddokumentation	142
6.43	Zystitis- und Harninkontinenzgefährdung	143
	Literatur	144
	Stichwortverzeichnis	147

Abkürzungen

Zur Erleichterung der Formulierungen bieten sich folgende Abkürzungen an. Sie sind einheitlich zu verwenden, um allen Beteiligten Transparenz zu ermöglichen.

A. A.	Arztanordnung
A(B)EDL [®]	Aktivitäten (Beziehungen) und existentielle Erfahrungen des Lebens
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BGH	Bundesgerichtshof
BI	Begutachtungsinstrument
bpm	beats per minute (Herzschläge pro Minute)
exam. PP	examinierte Pflegeperson (Pflegefachkraft)
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess (Grundprinzip des QM)
LA	Lebensaktivitäten
max.	maximal
min	Minute(n)
m. A.	mündliche Anordnung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
m. U.	mit Unterstützung
o.	oder
OLG	Oberlandesgericht
P	Puls
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PP	Pflegeperson (Pflegekraft)
RR	Blutdruck (nach Riva-Rocci)
QM	Qualitätsmanagement
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
s.	siehe
selb.	selbstständig
SIS [®]	Strukturierte Informationssammlung
t. A.	telefonische Anordnung
Temp	Körpertemperatur
TÜ	Teilübernahme, bezogen auf die Leistung der Pflege(fach)kraft
u./o.	und/oder
VÜ	Vollübernahme, bezogen auf die Leistung der Pflege(fach)kraft
v.	vom
v. u. g.	vorgelesen und genehmigt
z. B.	zum Beispiel
ZPD	Zentrale Pflegedokumentation

1 Grundlagen

*»Was tun Sie«, wurde Herr K. gefragt, »wenn Sie einen Menschen lieben?« »Ich mache einen Entwurf von ihm«, sagte Herr K., »und Sorge, dass er ihm ähnlich wird.« »Wer? Der Entwurf?« »Nein«, sagte Herr K., »der Mensch.«
Bertolt Brecht (1898–1956), dt. Dramatiker und Dichter*

Zentrale Pflegedokumentation (ZPD)

Wie die bereits in allen Voraufgaben dieses Fachbuches vom Autor konzipierte ZPD, so bestätigt auch die vereinfachte Pflegedokumentation das obige Zitat! Demnach ist es ganz gleich, ob die Pflegedokumentation nach ATL, A(B)EDL® oder SIS®-Themenfeldern gegliedert ist. All diese Gliederungspunkte dienen, wie in den vorherigen Auflagen bereits betont wurde, schließlich als »Hilfsleiter«, damit an möglichst alle relevanten Inhalte gedacht wird. Auch deren Nummerierung geschieht unwillkürlich bzw. wird am besten im Pflegegespräch vom zu Pflegenden festgelegt. Im Sinne der ganzheitlichen Orientierung hat die Sicht der zu pflegenden Person absolute Priorität. Entsprechend des oben aufgeführten Zitats von Bertolt Brecht steht eben nicht der Plan, sondern der Mensch im Mittelpunkt. Um ein zu starres Kategoriendenken zu vermeiden, muss die Pflegeperson verstehen, dass alle Phasen des Pflegeprozesses (egal ob sechsschrittig wie bisher oder vierschrittig nach der vereinfachten Pflegedokumentation) miteinander verflochten sind. Der zu Pflegenden ist als ganzheitliches Wesen aus Geist, Seele und Körper zu betrachten, welches in der 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 (vgl. Henke/Horstmann 2010, S. 14).

Die »Zerlegung« des Menschen in Aktivitäten des täglichen Lebens, seien es ATL, AEDL oder ABEDL®, kann die Übersicht der Dokumentation und letztlich die Qualität der Pflege erschweren. Abhilfe versucht

dazu die Übersicht aus dem Lehrbuch »Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert« (Henke/Horstmann 2012, S. 30) zu schaffen, die die Lebensaktivitäten jeweils den Bereichen zuordnet, um eine überschaubare Ordnung für weniger Kategorisierungen und Bürokratie und damit mehr Pflegebewusstsein und für mehr Pflegezeit zu schaffen (► Tab. 2, Bezeichnungen der Lebensaktivitäten).

Die Vordrucke zur zentralen Pflegedokumentation in diesem Buch orientieren sich am professionell betrachteten Pflegeprozess. Der Zeitaufwand und die Inhalte der Pflegedokumentation müssen sich im relevanten Pflegeablauf am tatsächlichen Pflegebedarf orientieren. Die Qualitätssicherung in der Pflege darf kein Selbstzweck sein und nicht mehr Zeit als die eigentliche Pflegedurchführung beanspruchen. Die ZPD ist als einheitliches Konzept zu verstehen, das von allen Beteiligten (Pflegeeinrichtungen, Versicherungsträgern, Aufsichtsbehörden) anerkannt wird. Einrichtungsinterne Überlegungen können darin freigestaltend eingebunden werden. Sie kann einrichtungsinterne Qualitätsverbesserungen nicht überstülpen, sondern lediglich dazu anregen. So ergeben sich für die Nachhaltigkeit der Entbürokratisierung automatisch weitere **kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP)** bezüglich Pflegesystem, Arbeitszeitgestaltung, Übergaben sowie der Delegation der speziellen Pflege/Behandlungspflege etc.

Tab. 1 bietet eine pflegeleitbildgerechte, übersichtliche sowie ganzheitliche Betrachtungsweise der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Aspekte des im Mittelpunkt stehenden pflegebedürftigen Menschen.

Tab. 1: Körperliche, geistig-seelische und soziale Aspekte des im Mittelpunkt stehenden pflegebedürftigen Menschen

Bereiche der ZPD¹	Inhalte aus Klassifikationen der Lebensbereiche nach Juchli (1991) und Krohwinkel (1993) sowie nach verschiedenen anderen 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), 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 Hypochonderwahn, 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), qualitatives Bewusstsein, quantitatives Bewusstsein mit zeitlicher, örtlicher, persönlicher und situativer Orientierung
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, soziale Daten wie Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Ex-Kollegen, Telefon, Besuch, Verkehrsmittel, Medien, Kirchengemeinde), sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten (Bezugspflege)

Pflegeplanung nach den sechs Schritten des Pflegeprozesses

Die Pflegeplanung ist gesetzlich vorgeschrieben und bildet die Grundlage einer geplanten, zielorientierten und nachvollziehbaren Pflege unter Berücksichtigung der Individualität des Menschen. Ihr Ziel ist die Sicherung der systematischen Durchführung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen Pflegequalitätssicherung. Durch alle Pflegebereiche hindurch lassen sich große Unsicherheiten hinsichtlich der vollständigen und korrekten Formulierung von Ressourcen, Problemen, Zielen und Maßnahmen erkennen. Gemäß § 5 Pflegeberufegesetz (PflBG) 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«. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) umfasst im § 16 auch die praktische Planung der Pflege und die Evaluation des

Pflegeprozesses sowie in § 35 ebenso für den schriftlichen Prüfungsteil die Planung, Organisation, Gestaltung, Steuerung und Durchführung von Pflegeprozessen. 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.

Abbildung 1 zeigt den sechsschrittigen Pflegeprozess, wie er in der Kurzzeitpflege und in der theoretischen Pflegeausbildung sowie als Denkprozess auch bei allen Pflegedokumentationen in der Praxis weiterhin stattfindet, jedoch gemäß der vereinfachten/entbürokratisierten Pflegedokumentation in der Langzeitpflege nicht mehr so ausdifferenziert verschriftlicht wird.

Das Erstellen einer individuellen Pflegeanamnese beginnt im Erstgespräch (erster Schritt) person-zentriert, also mit der pflegebedürftigen Person (**Informationssammlung**). Sie erfolgt im Pflegeprozess fortwährend und ist folglich nie ganz beendet. Mit diesem ersten Schritt sind insbesondere der Aufbau und Erhalt der Beziehung, die Schaffung einer Vertrauensbasis sowie die Sammlung von Informationen über den pflegebedürftigen beabsichtigt. Dabei wird der physische, psychische

1 ZPD (Zentrale Pflegedokumentation).

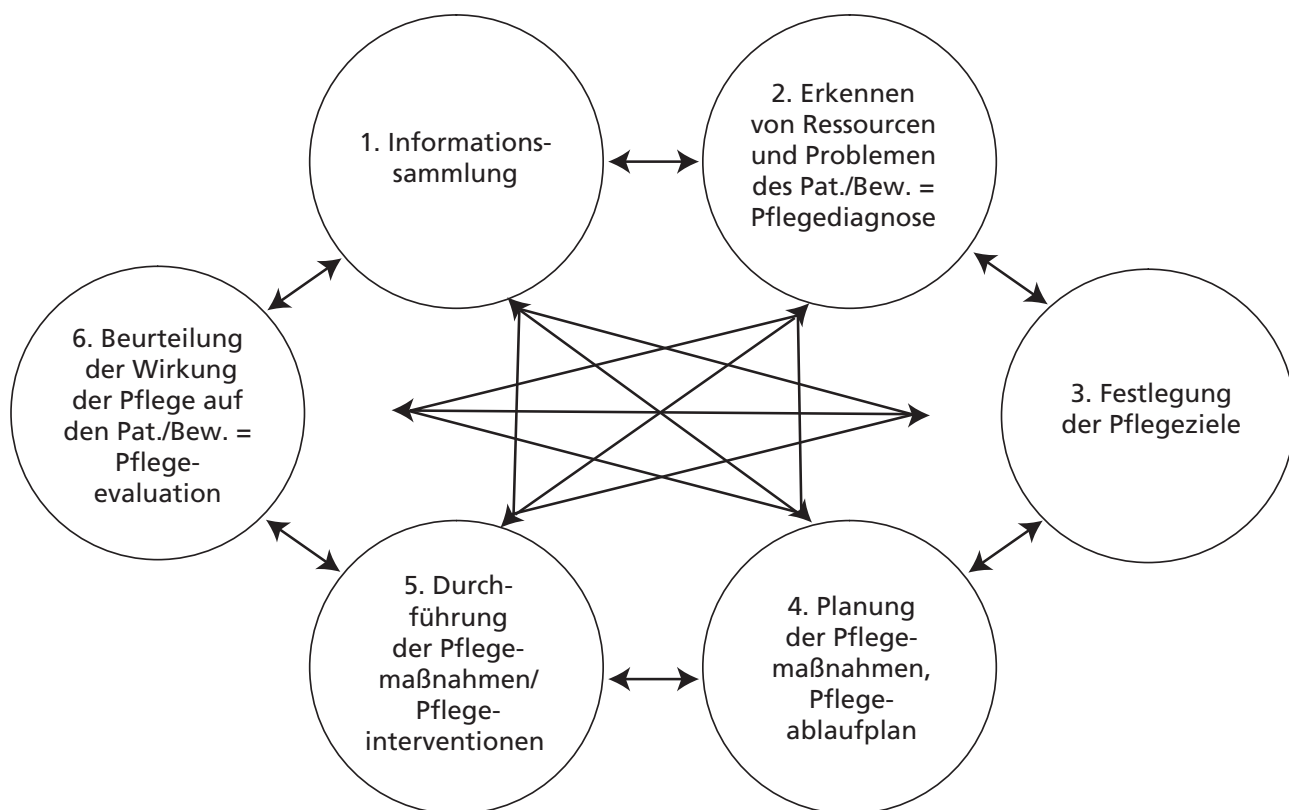


Abb. 1: Die sechs Schritte des Pflegeprozesses (modifiziert nach Fiechter & Meier 1993)

und soziale Hintergrund des Klienten berücksichtigt. Hilfreich im Rahmen des ersten Pflegeprozessschrittes sind auch Pflege-Assessments (Einschätzungshilfen), die jedoch nicht zu statisch, sondern auch im individuellen Ermessen der jeweils zuständigen Pflegefachkräfte selbstbestimmt verwendet werden sollten.

Im zweiten Schritt (**Ressourcen/Probleme erfassen und formulieren**) geht es um das Erkennen von Einschränkungen, aber im Sinne der fördernden Pflege auch von vorhandenen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Probleme können aktuell, z.B. Frau Müller kann nicht selbstständig für Druckentlastung am Steiß sorgen, weil sie zu schwach zum Umdrehen im Bett ist (auszehrende Erkrankungen), oder potenziell sein, z.B. ein drohendes Dekubitalulkus. Aktuelle Pflegeprobleme müssen begründet werden, damit die Ursache pflegerisch angegangen werden kann. Zur besseren Verdeutlichung kann die medizinische Diagnose in Klammern dahinter gesetzt werden. Dem aktuellen Pflegeproblem wird eine Ressource zugeordnet, die hilfreich dabei ist, das Problem zu beheben oder zu kompensieren. Das potenzielle Pflegeproblem geht aus dem aktuellen Problem hervor. Wird das aktuelle Problem nicht angegangen, realisiert sich das potenzielle Problem. Ressourcen können äußerlich (z.B. intakte Familie) oder innerlich vorhanden sein (z.B. eine humorvolle Grundstimmung des Pflegebedürftigen). Pflegediagnosen können die Erfassung von Problemen und Ressourcen unterstützen.

Danach folgt die **Formulierung der Pflegeziele** (dritter Schritt). Diese müssen positiv formuliert, prägnant, realistisch und überprüfbar sein. Werden Fernziele

(z. B. Herr Becker hat sein Idealgewicht von 72 kg erreicht) geplant, müssen diese in Teil- und Nahziele (z. B. Herr Becker wiegt zum ... 65 kg) unterteilt werden. Standardziele helfen dabei, in der Praxis häufig vorkommende Formulierungsschwierigkeiten zu reduzieren. Pflegeziele sollen unter Berücksichtigung der SMART-Kriterien spezifisch, messbar, realistisch und terminiert sein sowie nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen (andernfalls mit Angehörigen, Freunden) vereinbart sein. Die zu pflegende Person muss mit dem Ziel einverstanden sein. Das Ziel muss attraktiv sein und die Unabhängigkeit der Person fördern. Es darf sich nicht um Ziele der Pflegekraft handeln. Zum Beispiel:

- Frau Meier sucht bis zum ... von sich aus das Gespräch mit ihrer Bezugsperson und äußert ihr gegenüber individuelle Wünsche und Sorgen.
- Herr Schmidt steht am ... laut eigener Aussage problemlos allein auf.
- Frau Brink atmet bis zum ... nach Aufforderung tief ein und aus.

Pflegemaßnahmen (vierter Schritt) müssen als praktische Anweisungen (»Bedienungsanleitungen«) formuliert sein. Es ist zu klären, wann, wie, mit welchen Mitteln und wie oft welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Pflegemaßnahmen klären die Fragen »wer, was, wann, wo, wie und wie oft« teilweise oder vollständig übernimmt, unterstützt, beaufsichtigt, beobachtet und/oder anleitet. Sie müssen verständlich, hand-

lungsleitend und nachvollziehbar sein. Werden Maßnahmen durchgeführt, die in einem hausinternen Standard hinterlegt sind, ist auf diesen zu verweisen. Zudem werden individuelle Abweichungen genau beschrieben. Zum Beispiel:

- 2-mal täglich vollständige Übernahme (VÜ) durch eine Pflegefachkraft nach der Morgen- und Abendpflege: Passive Bewegungsübungen nach Standard XY. Individuelle Abweichung: Re. Ellenbogengelenk max. bis 45 Grad beugen.
- 7-mal täglich Teilübernahme (TÜ) durch zwei Pflegefachkräfte nach Aufforderung von Frau K. per Rufanlage: Pflegefachkraft 1 reicht Frau K. beide Hände; Frau K. stellt sich hin; Pflegefachkraft 2 schiebt den Toilettensstuhl unter...
- 3-mal täglich Anleitung/Beaufsichtigung (A/B) durch eine Pflegefachkraft nach den Hauptmahlzeiten: Herrn M. auffordern, seine Zahnprothesen herauszunehmen, unter fließendem Wasser abzuspülen und wieder einzusetzen.

Die **Durchführung der Pflegemaßnahmen** (fünfter Schritt) ist individuell an den jeweiligen Pflegebedürftigen und seine Situation anzupassen und zu formulieren. Es handelt sich um Unterstützungen in den Lebensaktivitäten. Das, wozu der Pflegebedürftige noch in der Lage ist, soll er selbstständig durchführen (Grundsatz: aktivierende Pflege). Wichtig dazu ist eine gute Teamarbeit. Dokumentiert wird dieser Schritt im Leistungskatalog sowie im Pflegeverlaufsbericht (Berichtblatt).




Im sechsten und letzten Schritt (**Pflegeevaluation**) geht es um die Fragen, ob die geplanten Pflegeziele erreicht wurden oder nicht. Wie reagiert der Pflegebedürftige auf die Pflegemaßnahmen? Wie ist jetzt sein Befinden? Wurde das Ziel erreicht? Wenn nicht, würde

der Pflegeprozess wieder neu beginnen. Die Pflegebeurteilung geschieht am besten mit Hilfe der Pflegevisite. Das Evaluationsdatum ist im Rahmen der Zielformulierung jeweils individuell festzulegen. Alle Pflegeziele müssen mit Zeitangabe formuliert werden. Für jede Lebensaktivität ist der **Grad der Selbstständigkeit** des zu pflegenden Menschen festzulegen (s. u. Selbstständigkeitsgrade/Abhängigkeitsstufen).

Aktivitäten des täglichen Lebens

Die Beurteilung der Fähigkeiten und Einschränkungen in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bildet eine wesentliche analytische Grundlage zur Ableitung von Rehabilitationsmaßnahmen und des **individuellen Pflegeplans**. Sie unterstützt damit auch eine umfassende ganzheitliche Sichtweise und in der Folge realistische pflegerische und rehabilitative Interventionspotenziale. Die Ermittlung des Rehabilitations- und Pflegebedarfs auf der Grundlage der Aktivitäten des täglichen Lebens orientiert sich im jeweiligen Einzelfall an den Fähigkeiten und Einschränkungen der Person, nicht jedoch an seinem klinischen Krankheitsbild. Eine wesentliche Grundlage für den individuellen Pflegeplan bildet die Beurteilung der Fähigkeiten der zu pflegenden Person im Hinblick auf die in der professionellen Pflege etablierten Lebensaktivitäten. Deren Bezeichnungen (► Tab. 2) können nach den Begutachtungsrichtlinien (LA: Lebensaktivitäten), nach Liliane Juchli (ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens) oder auch nach Monika Krohwinkel (A(B)EDL®: Aktivitäten (Beziehungen) und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens) unterteilt werden. Zu beachten ist, dass auch mit diesen Kategorien keine standardisierten Pflegeplanungen möglich sind. Die beispielhaften Inhalte zu den einzelnen LA, ATL bzw. A(B)EDL® zeigen, wie sehr hier individuelle Formulierungen erforderlich sind.

Tab. 2: Bezeichnungen der Lebensaktivitäten

Symbol	Verschiedene Bezeichnungen und typische Aspekte der Lebensaktivität
	<p>LA: Vitale Funktionen aufrechterhalten können [ATL: Atmen, Regulieren der Körpertemperatur; A(B)EDL®: identisch]</p> <p>Beispielhafte Inhalte: Bewusstseinszustand, zeitliche, örtliche, persönliche und situative Orientierung, Kälte- und Wärmeempfinden, selbstständige Atmung, Atemfrequenz, -rhythmus, -tiefe, -geruch, Husten, Auswurf, Rauchen...</p>
	<p>LA: Sich situativ anpassen können [ATL: Raum und Zeit gestalten; Sinn finden; Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten; A(B)EDL®: Soziale Bereiche des Lebens sichern; Mit existenziellen Bereichen des Lebens umgehen; Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten]</p> <p>Beispielhafte Inhalte: Bezug zur Religion, Lebenseinstellung, Bewältigung von Problemen, Angst, Schamgefühl, Umgang mit verschiedenen Lebensphasen, z. B. Kindheit, Jugend, Alter, Klimakterium, Krankheit, Unfall ...</p>
	<p>LA: Für Sicherheit sorgen können [ATL und A(B)EDL®: identisch]</p> <p>Beispielhafte Inhalte: Medikamenteneinnahme, Vermeiden von Verletzungen, Geborgenheit, Vertrauen, gesicherte häusliche und wirtschaftliche Situation, Suchtverhalten (z. B. Alkohol, Medikamente) ...</p>