MDS Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V.

Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation

Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege

Impressum

Herausgeber:
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen e. V. (MDS)
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 0201 / 8327 - 0
Telefax: 0201 / 8327 - 100
E-Mail: office@mds-ev.de

Autoren:

Uwe Brucker
MDS (Leitung)

Gerdi Ziegler
MDK in Bayern

Sylvia Theis
MDK Niedersachsen

Ursula Jodes-Laßner
MDK Nordrhein

Claudia Köhler
MDK Rheinland-Pfalz

Ulrike Reus
MDK Westfalen-Lippe

Achim Uhl
VdAK – AEV, Verband der
Angestellten-Krankenkassen e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Anne Veit-Zenz
AOK-Bundesverband

Review:

Prof. Dr. Edith Kellnhauser
Mainz

Prof. Petra Weber
Hamburg

Andreas Kutschke
Mönchengladbach

Ute Pilzecker
MDK Schleswig-Holstein

Jürgen Brüggemann
MDS

Bernhard Fleer
MDS

Umschlaggestaltung:
BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG
45481 Mülheim an der Ruhr

Herstellung & Druck:
asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg
50829 Köln

April 2005

Vorwort

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) beauftragt, „zu den Anforderungen, den Inhalten und der sachgerechten Führung der Pflegedokumentation ein Positionspapier zu erstellen“.

Anlass für diese Initiative waren und sind die Ergebnisse des MDK aus den Qualitätsprüfungen. Diese legen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, einen zum Teil erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Anwendung und Umsetzung des Pflegeprozesses nahe. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste belegen, dass die Einrichtungen gerade bei der Etablierung und Umsetzung des Pflegeprozesses Unterstützung und Begleitung brauchen.

In den Pflegeeinrichtungen sind vielfältige Bemühungen zur Etablierung des Pflegeprozesses unternommen worden. Einrichtungen, die bisher bereits erfolgreich mit dem Instrument des Pflegeprozesses arbeiten, berichten vor allem von einer Qualitätsverbesserung der Pflegeleistungen und einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter. Diskussionen über die „Entbürokratisierung“ in der Pflege im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation sind dort obsolet geworden.

Ziel dieser Grundsatzstellungnahme ist es, den Pflegefachkräften in den Einrichtungen, den Trägern der Pflegeeinrichtungen und den Mitarbeitern der Medizinischen Dienste eine praxisverbessernde und „entbürokratisierende“ Arbeitshilfe anzubieten. Basis ist der Stand des Wissens zum Thema Pflegeprozess und die gesetzlichen Regelungen (u. a. Krankenpflegegesetz) vor dem Hintergrund der zunehmenden Eigenständigkeit der Pflege.
Die aktuell im Zusammenhang mit Entbürokratisierungspotenzialen in Pflegeeinrichtungen geführte Diskussion um Planung und Dokumentation von Pflege ist kein neues Thema. In einigen Bundesländern sind zwischenzeitlich Initiativen zur Neugestaltung der Dokumentationssysteme in Gang gekommen. Im Unterschied dazu legt diese Grundsatzstellungnahme den Fokus auf die inhaltliche Ausgestaltung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation.

Das hier vorgelegte Papier flankiert damit die bereits in einigen Bundesländern existierenden Initiativen zur Pflegedokumentation.

Bereits seit Jahren beschäftigen sich auch Pflegepraktiker und Pflegewissenschaftler mit der Systematisierung der Pflege und bieten Schulungen für Pflegekräfte zu den Themenkomplexen Pflegeprozess und Pflegedokumentation an. Die gelungene Umsetzung des Pflegeprozesses an der Basis blieb, trotz aller Bemühungen, hinter den Erwartungen zurück und führte oft zu einer unübersehbaren Formularvielfalt, an der nicht zuletzt die Kritik an der überbordenden Dokumentation aufgehängt wird.

Die Autoren setzen daher an den zentralen Problemen der schriftlichen Umsetzung des Pflegeprozesses und einem häufig „unpraktikablen“ Aufbau gängiger Dokumentationssysteme an. Ziel ist es, möglichst kurzfristig und praxisorientiert konkrete Verbesserungen der Pflege- und Dokumentationsqualität und des Umfangs der notwendigen Dokumentation zu erreichen, um eine vollständige, systematische und übersichtliche Verlaufsdokumentation der Pflege zu ermöglichen.

Mit dieser Grundsatzstellungnahme tragen die Spitzenverbände der Pflegekassen und die MDK-Gemeinschaft konstruktiv zur „Entbürokratisierung“ und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege bei.

Den Mitgliedern der Projektgruppe P42, die die Stellungnahme erarbeitet haben, und den externen Experten aus Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, die die Stellungnahme fachlich gegengelesen haben, sei an dieser Stelle für die gute und erfolgreiche Zusammenarbeit gedankt.

Essen, im April 2005

Gert Nachtigal
Vorsitzender
MDS-Vorstand

Hans Langenbucher
Alternierender Vorsitzender
MDS-Vorstand

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer MDS

Inhaltsverzeichnis

1. Der Pflegeprozess und seine Zielsetzung 10

1.1 Pflegeprozessmodell 11

1.2 Pflegeinhaltliche Orientierung 14

1.3 Die Schritte des Pflegeprozesses 15

1.3.1 Informationssammlung 16
1.3.1.1 Funktion 16
1.3.1.2 Inhalte 18
1.3.2 Erkennen von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten – Problembeschreibung 19
1.3.2.1 Funktion 19
1.3.2.2 Inhalte 20
1.3.3 Pflegeziele 26
1.3.3.1 Funktion 26
1.3.3.2 Inhalte 27
1.3.4 Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen 29
1.3.4.1 Funktion 30
1.3.4.2 Inhalte 30
1.3.5 Evaluation - Bewertung der Wirkung der Pflegemaßnahmen (Soll - Ist – Analyse 31
1.3.5.1 Funktion 31
1.3.5.2 Inhalte 32

2. Dokumentation 34

2.1 Zielsetzungen 34

2.2 Aufbau eines Dokumentationssystems 34

2.2.1 Stammblatt 35
2.2.2 Formular zur Informationssammlung 36
2.2.3 Pflegeplanung 36
2.2.4 Durchführungsnachweis 37
2.2.5 Pflegebericht 37

2.3 Die Anwendung und Dokumentation des Pflegeprozesses in Einrichtungen der teilstationären Pflege, der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege 38

2.4 Die Anwendung und Dokumentation des Pflegeprozesses bei Behandlungspflege und die Einbeziehung des Arztes 39

2.5 Pflegedokumentation in der Praxis 40

2.6 EDV-gestützte Pflegedokumentation 42

3. Nutzen des Pflegeprozesses für den Pflegealltag 44

4. Pflegeprozess und Pflegedokumentation als Instrument der Qualitätssicherung 47

5. Normative Bezugspunkte des Pflegeprozesses und der Dokumentation 50

5.1 Das Recht der Pflegeberufe 50

5.2 Sozialversicherungsrecht und Ordnungsrecht 52

5.3 Das Haftungsrecht 54

6. Schlussfolgerungen 57

Anlagen 60
Glossar 66
Literatur 69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 4-Phasen-Model (WHO) 12
Abbildung 2: Modifiziertes 6-Phasen-Model nach Fiechter & Meier, 1998 S. 19 13
Abbildung 3: Das PESR-Format 21
Abbildung 4: Zuordnung Pflegeprozessschritte zu Formularen des Dokumentationssystems 35
Abbildung 5: Qualitätsentwicklungs-Zyklus und Pflegeprozess 47

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 - Ein erfolgreiches Gespräch zur Informationssammlung führen 61
Anlage 2 - Leitfaden für ein Informationsgespräch 63
Anlage 3 - Weitere mögliche Gesprächspunkte zur Erhebung der Informationssammlung 64

Einführung in das Thema

Den Gedanken, Pflege planend zu gestalten hatten amerikanische Krankenschwestern wie z. B. Virginia Henderson bereits in den 50-er Jahren des 20. Jahrhunderts[1]. Dahinter stand die Idee, dass die Pflege ihr professionelles Handlungsziel erreicht, indem sie einen Prozess initiiert, in dessen Verlauf sie sicherstellen muss, dass den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen Rechnung getragen wird. Entsprechende Interventionen gilt es deshalb mit dem Pflegebedürftigen auszuhandeln, auf der professionellen Wissensgrundlage zu überprüfen und ggf. gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen[2] zu verändern. Eine intensivere Diskussion über den Pflegeprozess als strukturierter Problemlösungsprozess einerseits und als Interaktionsgeschehen andererseits wird in Deutschland erst seit der Entwicklung der Pflegewissenschaft geführt.

In den deutschen Pflegeeinrichtungen wurde der Pflegeprozess überwiegend "verkürzt" und ohne die notwendige Anpassung organisatorischer und personeller Rahmenbedingen eingeführt. So wurden beispielsweise viele Mitarbeiter lediglich im Ausfüllen der Pflegedokumentationsformulare geschult, die vorgaben, den Pflegeprozess vollständig abzubilden. Der Pflegeprozess wird in der Praxis als „...ungeliebt, ... zögernd angenommen, zu zeitraubend und als wenig hilfreich“[3] angesehen. Er wird nicht von vornherein als analyse- und handlungsleitendes Instrument des pflegerischen Handelns begriffen. „Einer vorwiegend auf mündliche Kommunikation fixierten Kultur, war die Notwendigkeit schriftliche Notizen anzulegen, nichts als ein Ärgernis. Als wirkungslos empfundene Kommunikationssysteme werden mit der Zeit, wenn überhaupt, nur noch pro forma weitergeführt.“[4] Die zudem häufig mechanistischen Lehr-, Anwendungs- und Umsetzungsversuche führten und führen immer noch zu den viel beklagten und hinlänglich bekannten Praxisproblemen. Zwei wesentliche Problemstellungen sollen hier kurz aufgezeigt werden:

1. Unvollständiges theoretisches Verständnis vom Pflegeprozess

Die aktuellen Umsetzungsschwierigkeiten sind deutlich mitbedingt durch die Reduktion des Pflegeprozessmodells auf unmittelbare Dokumentationserfordernisse. Pflegefachkräfte kennen das „theoretische Konstrukt“ des Pflegeprozesses häufig nur eingeschränkt aus ihrer Ausbildung. Die Art der Wissensvermittlung impliziert dabei vielfach, das Handlungsmodell des Pflegeprozesses gäbe „automatisch“ dessen Handlungs- und Dokumentationsinhalte vor. In der Praxis sind Pflegefachkräfte allerdings häufig in der Anwendung eines Dokumen-

[1] Braun, U.; Halisch, R.: Pflegeplanung als Arbeitsstil. Hannover 1989 S.1

[2] Zur besseren Lesbarkeit und sprachlichen Vereinfachung wird im Text in der Regel die männliche Form verwendet. Das andere Geschlecht ist jeweils einbezogen.

[3] Schrems, B.: Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien, Opladen Facultas UTB Verlag 2003 S. 17

[4] Johns, C.: Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Bern 2004 S. 264

tationssystems mit der alleinigen Begründung geschult worden, die Pflege müsse dokumentieren und damit sei auch der Pflegeprozess vollzogen.

2. Der Aufbau gängiger Dokumentationssysteme

Eine weitere Umsetzungsschwierigkeit des Pflegeprozesses steht im Zusammenhang mit dem Aufbau gängiger Dokumentationssysteme. Die durch die Struktur der Dokumentationssysteme „erzwungenen“ Abbildungsversuche führen zu Dokumentationsproblemen und Unübersichtlichkeiten. Einerseits lassen sich in manchen Systemen die einzelnen Handlungsschritte des Pflegeprozesses nur fragmentarisch darstellen und nachvollziehen, andererseits neigen einige Systeme zur völligen Überfrachtung mit Formularen, die zu Doppeldokumentationen geradezu auffordern. Das wechselseitige Zusammenwirken der unterschiedlichen Schritte erschließt sich den Anwendern in der Praxis so nur wenig bis gar nicht.

Die Ursachen für die Umsetzungsprobleme des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation wurden in der Vergangenheit vielfach, auch von der Pflegewissenschaft, thematisiert und Lösungen[5] angeboten. Dagegen plädieren andere[6] für seine Abschaffung. Ihre Kritik bleibt jedoch bei der Deskription von Problemen im Umgang mit dem Pflegeprozess stehen und bleibt alternative Lösungen für die Abbildung professionellen Handelns schuldig.

Der Pflegeprozess ist ein Instrument zur Problemlösung und Beziehungsgestaltung, dem eine bestimmte in der Einrichtung festgelegte pflegeinhaltliche Orientierung zugrunde liegt. Vor dem Hintergrund der Vielfalt der verschiedenen pflegetheoretischen Ansätze ist es nicht möglich, eine verbindliche Empfehlung – im Sinne einer einheitlichen Musterdokumentation – zur Ausgestaltung des Pflegeprozesses zu geben. Dennoch werden in dieser Grundsatzstellungnahme allgemeine Anforderungen an die inhaltliche Gestaltung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation formuliert, die unabhängig von der jeweiligen Ausrichtung der Einrichtung gelten. Es bleibt jeder Pflegeeinrichtung überlassen, welche pflegeinhaltliche Orientierung sie ihrer Arbeit zugrunde legt. Es ist ihre Aufgabe, die Pflegedokumentation an der von ihr ausgewählten pflegeinhaltlichen Orientierung auszurichten.

Die Grundsatzstellungnahme basiert auf der Auswertung der deutsch- und englischsprachigen Literatur[7] aus den Jahren 1995 bis 2004. Auch ältere Publikationen wurden herangezo-

---

[5] Höhmann, U.; Weinrich, H.;Gätschenberger G.: Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.). Bonn 1996

[6] z. B.: Fischbach,A.: Vom Ende des Pflegeprozesses. In: Die Schwester/Der Pfleger: 2001, S. 173; vgl. zur Diskussion: Lay, R.; Brandenburg,H.: Pflegeplanung abschaffen? In: Die Schwester/ Der Pfleger: 2001, S. 938

[7] Die Literaturauswertung hat ergeben, dass zum Thema Effekte des Pflegeprozesses sowie der Pflegedokumentation auf die Qualität der Pflege wenige Studien im Sinne der klassischen Evidenzgrad-Einteilung vorliegen (RCT, Studien ohne Randomisierung, quasi-experimentelle Untersuchungen). Studien zum Thema aus Deutschland liegen bis auf Krohwinkel und Höhmann nicht vor. Aufgrund der Literatur- und Forschungslage werden in die Grundsatzstellungnahme im wesentlichen Veröf-

gen, sofern sie noch den aktuellen Stand des pflegefachlichen Wissens abbilden. Als Quellen verwendet wurden überwiegend Veröffentlichungen aus der Pflege- und Rechtswissenschaft sowie pflegefachliche Grundlagenliteratur (Lehrbücher). Literaturrecherchen erfolgten in den Datenbanken Medline und Gerolit (Keywords waren: nurs*[8], care plan; OR nurs*, record, OR nurs*, document, OR pflegeprozess OR pflegeplan OR pflegedokument sowie nurs*home OR homecare OR home, care OR altenpflege OR pflegeheim) sowie in der Cochrane Library.

fentlichungen einbezogen, die dem Evidenzgrad IV (Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung; Expertenkommissionen; beschreibende Studien) zuzuordnen sind.

[8] “nurs*” schließt ein “nurse” und “nursing”

Kapitel 1

1. Der Pflegeprozess und seine Zielsetzung

Die Diskussion um den Pflegeprozess kam in Deutschland mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1985 in Gang. Mit seinem Inkrafttreten wurde die Arbeit und Dokumentation nach der Pflegeprozessmethode verbindlich für die professionelle Pflege; auch die landesrechtlichen Regelungen zur Altenpflegeausbildung sahen entsprechende Inhalte vor. Das Pflegeversicherungsgesetz von 1995 hat diese Pflicht zur systematischen Pflegeplanung und -dokumentation aufgegriffen.

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der Kompetenz des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzukommen, dem Aushandeln von Pflegebedarfen und Pflegezielen, dem Festlegen von Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen. In der Dokumentation werden die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und allen am Prozess Beteiligten werden die notwendigen Informationen zugänglich gemacht[9]. Das individuelle und aktuelle Bild des Pflegebedürftigen soll sich darin widerspiegeln, so dass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft[10] ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht.

Der Pflegeprozess ist eine Arbeitsmethode und geht davon aus, dass Pflege ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess[11] ist. Er besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Phasen/Schritten[12], die sich wechselseitig beeinflussen. Seinen Ursprung hat der Pflegeprozess in der Systemtheorie, der Kybernetik[13] und in der Entscheidungstheorie[14].
In Deutschland gilt der Pflegeprozess als anerkannte fachliche Methode zur systematischen Beschreibung der professionellen Pflege. Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der jeweili-

[9] Uhl, A.: Die individuelle Situation des Patienten muss berücksichtigt werden. In: Pflege Zeitschrift 8/1998 S. 582
[10] Im Rahmen dieses Textes werden alle beruflich Pflegenden als Pflegekraft bezeichnet.
[11] Krohwinkel, M.: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilierender Prozesspflege, Nomos Verlagsgesellschaft, 1993, S. 28
[12] Krohwinkel, M.: a. a. O.
[13] vgl. Hampden-Turner, C.: Modell des Menschen, Belz Verlag, Weinheim und Basel, 1993, S. 158-159; Linck, W.: Alltag mit Dementen, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2002, S. 18-19
[14] vgl. Vester, F.: Neuland des Denkens. 7. Aufl., Deutscher Taschenbuchverlag, München, 1991

gen Schritte des Pflegeprozesses, z. B. die Festlegung der Pflegeziele, wird klientenbezogen anhand der pflegeinhaltlichen Orientierung gestaltet.
Die Schritte des Pflegeprozesses orientieren sich an den Problemen, Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen und haben zum Ziel:

- Sicherheit für die Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf herzustellen
- den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen in die Pflege mit einzubeziehen
- die personelle und fachliche Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Leistungen zu gewährleisten
- die Qualität der Pflege- und Betreuungsleistung zu sichern
- jederzeit die objektive Beurteilung der Pflegeleistungen zu ermöglichen
- den innerbetrieblichen und interdisziplinären Informationsfluss für alle Prozessbeteiligten zu gewährleisten
- Leistungen transparent und nachvollziehbar darzustellen
- den juristischen Nachweis der Pflegequalität im Sinne einer Beweissicherung zu führen.

1.1 Pflegeprozessmodell

Der Pflegeprozess ist zunächst ein abstraktes Problemlösungsverfahren bzw. ein offenes analytisches Handlungsmodell, welches erst durch die Anwendung in einer konkreten Pflegesituation zu einem berufsspezifischen Prozess wird. Die Terminologie in Bezug auf die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses ist nicht einheitlich. Gängig sind 4-, 5- und 6-schrittige Modelle.

Das 4-schrittige Modell geht auf Yura und Walsh[15] zurück und ist in folgende Schritte unterteilt:

[15] Yura, H.; Walsh, M. B. : The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. 5. Auflage Norwalk, 1988

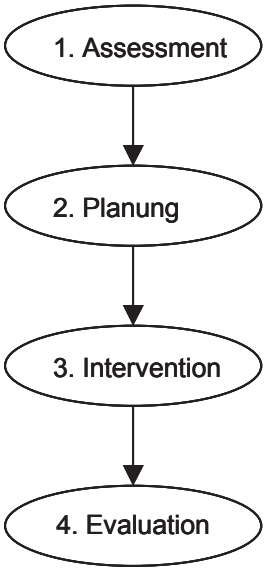

***Abbildung 1**:* 4-Phasen-Modell (WHO)

Dieses Modell diente der WHO 1974[16] [17] als Vorlage zur Festschreibung des Pflegeprozesses als Bestandteil der pflegerischen Arbeit.

Das 5-schrittige Modell nimmt – im Gegensatz zum 4-schrittigen Modell nach der Phase des Assessments – die Diagnosephase auf. Das Assessment dient hier dazu, begründete Pflegediagnosen aufzustellen[18].

Das 6-schrittige Modell ist in Deutschland am weitesten verbreitet. Es geht auf Fiechter und Meier[19] zurück und besteht aus folgenden Schritten:

- Informationssammlung
- Erkennen von Problemen und Ressourcen
- Festlegung der Ziele
- Planung der Maßnahmen
- Durchführung der Maßnahmen
- Beurteilung der durchgeführten Pflege

Ziel dieses Modells ist es, über einen induktiven Prozess einen individuellen Pflegeplan zu erstellen[20]. Im Gegensatz zum 5-schrittigen Modell liegen dem 6-schrittigen Prozessmodell

[16] WHO Regionalbüro für Europa : Quality assurance of health service. Copenhagen 1988

[17] Ashworth, P.; Björn, A.; Dechanoz, G.; Delmotte, L.; Farmer, E.; Kordas, A.; et al.: World Health Organisation, Regional Office for Europe (Hrsg): People´s needs for nursing care: a European study. Copenhagen; 1987S. 35-37

[18] Gordon, M. : Pflegediagnosen. Mosby Verlag, Berlin, 1994, Wiesbaden. Das Assessment gibt geordnete Kriterien im Sinne einer systematischen Klassifikation vor, an denen sich die Pflegenden orientieren. Insofern sind Pflegende nicht gefordert, die Beschreibung und Aufdeckung von Problemen selbst vorzunehmen.

keine normierten Erhebungsverfahren bzw. verbindliche Problembeschreibungen im Sinne von formulierten Diagnosen zugrunde. Das Handeln im Sinne des Modells stellt hohe Anforderungen[21] an die Pflegenden, da der Gegenstand der Pflege strukturiert wird. Notwendig sind analytische und kommunikative Fähigkeiten sowie soziale Kompetenz. Im Rahmen der Einführung ist es erforderlich, dass zuvor intensive theoretische Schulungen der Pflegenden und kontinuierliche Prozessbegleitung in der Praxis durchgeführt werden, welche die Fähigkeiten und das Wissen der Pflegenden reflektieren, erweitern und fördern. Erst das Zusammenwirken dieser Kompetenzen und Fähigkeiten führt dazu, dass Pflegende in der Interaktion mit dem Pflegebedürftigen Pflegeprobleme benennen und beschreiben können.

Für die nachfolgenden Ausführungen ist das Phasenmodell der WHO[22] in modifizierter Form übernommen worden. Der Pflegeprozess besteht hier aus sechs sich gegenseitig zyklisch beeinflussenden Phasen:

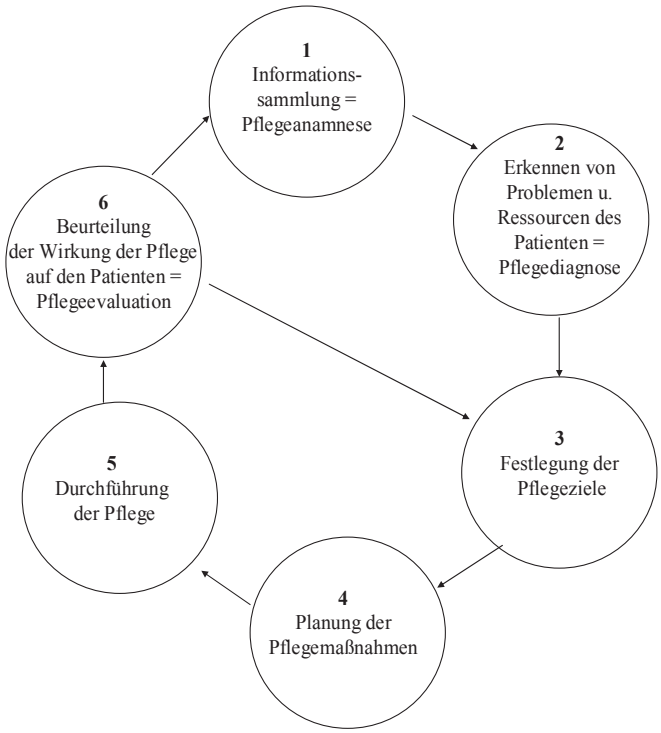

***Abbildung 2**:* Modifiziertes 6-Phasen-Modell nach Fiechter & Meier

[19] Fiechter, V.; Meier, M.: Pflegeplanung, Recom Verlag Basel 1998

[20] Isfort, M.; Weidner, F.: Pflegequalität und Pflegeleitungen. I. Bericht über die erste Phase des Projektes Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität. Schlütersche Verlagsgesellschaft Freiburg, Köln, 2001

[21] Just, A. In: Käppeli, S.: Pflegediagnostik unter der Lupe (2. Auflage). Verlag des Pflegedienstes am Universitätsspital Zürich, 2000

[22] Ashworth, P; Björn, A.; Dechanoz, G.; Delmotte, N.; Farmer, E.; Kordas, A. et. al. a.a. O.

Der Pflegeprozess ist:

⇒ als kybernetischer Regelkreis gestaltet,

⇒ ein Problemlösungs- und Beziehungsprozess, der eine Reihe logischer, voneinander abhängiger

- Überlegungsschritte
- Handlungsschritte
- Entscheidungsschritte

durchläuft.

⇒ zielgerichtet, d.h. Probleme, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Interventionen werden in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt. Die Ergebnisse werden nach Prioritäten und unter Einbeziehung der Gesamtsituation systematisch ausgewertet,

⇒ grundlegende Voraussetzung, um Pflege qualitativ und quantitativ zu

- beurteilen und
- zu gestalten.

1.2 Pflegeinhaltliche Orientierung

Das Pflegeprozessmodell legt lediglich die „Abläufe“ des Handelns und nicht den „Inhalt“ fest. Die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses ist anhand theoriegeleiteter Entscheidungen zu bestimmen.

Der Pflegeprozess wird oft als „inhaltliche Pflegetheorie“ missverstanden und nicht als handlungsstrukturierendes Konzept gesehen, das lediglich den Ablauf zielgerichteten Handelns in der Pflege beschreibt. Als „Handlungsmodell“ gibt es noch keinerlei Auskunft darüber, welche Interventionen in den einzelnen Schritten ausgeführt werden und wie diese schriftlich festgehalten werden. In der Praxis fehlt – von Ausnahmen abgesehen – eine in den Alltag integrierte Orientierung an pflegetheoretischen Modellen[23] (pflegeinhaltliche Orientierung), aus denen stringent Inhalte und Begründungen von Handlungen abgeleitet werden. Ohne einen solchen Theorierahmen muss die Einschätzung der Bedeutung und des inneren Zusammenhangs der einzelnen Pflegemaßnahmen beliebig bleiben; dies spiegelt sich dann in einer unsystematischen, aus Unsicherheit über deren Bedeutungsgehalt oft episch breiten, aber doch informationsarmen Beschreibung mehr oder wenig zufällig erfasster Einzelheiten wieder.

[23] Für den deutschsprachigen Sprachraum wurden in den vergangen Jahren vermehrt angloamerikanische Pflegetheorien übersetzt und somit für die bundesdeutsche Pflegepraxis zugänglich gemacht. Eine Theorie aus einem anderen professionellen und kulturellen Kontext ist auf unser Gesundheitssystem nur bedingt übertragbar.

Ziel eines Theorierahmens[24] ist es, zu einem besseren Verständnis des professionellen Handelns beizutragen. Es werden Aussagen getroffen

- zum **Menschen**, der Pflege in Anspruch nimmt
- zur **Umgebung**, in welcher der zu betreuende Mensch lebt
- zum Standort des Menschen im **Gesundheits-/ Krankheitskontinuum** zum Zeitpunkt der Pflege und
- wie **Pflege** das Wohlbefinden, die Unabhängigkeit und die Lebensqualität des zu betreuenden Menschen wiederherstellen will.

Eine pflegeinhaltliche Orientierung bietet einen unverkennbaren Bezugsrahmen und ein zusammenhängendes, in sich vereinheitlichtes Denken über Ereignisse und Prozesse[25]. Sie bietet eine praxisrelevante Orientierung für die Pflege des Pflegebedürftigen, benennt Zweck und Umfang der Pflege und stellt eine Basis für eine Beurteilung ihrer Wirkung dar. Ihre Anwendung verbessert die Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe und stellt zusätzlich einen systematischen Ansatz zur Forschung, Ausbildung und Organisation der Pflege bereit.

1.3 Die Schritte des Pflegeprozesses

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses detailliert vorgestellt. Anhand eines Fallbeispieles und mithilfe des PESR-Schemas[26] wird eine mögliche Umsetzung des idealtypischen und formalen Pflegeprozessmodells in die Pflegepraxis vorgestellt. Die PESR-Systematik stammt aus der Diskussion um die Pflegediagnostik und ist unabhängig von der Anwendung einer Pflegediagnose[27] bei der Formulierung von Pflegeproblemen hilfreich. Die individuelle Anwendung dieser auf den ersten Blick sehr formal und linear ablaufenden Handlungsschritte ist abhängig vom Erfahrungshintergrund des professionell Pflegenden. Eine Pflegefachkraft mit langjährigem beruflichen Erfahrungshintergrund wird mit dem Instrument des Pflegeprozesses anders umgehen, als ein Anfänger oder ein fortgeschrittener Anfänger. Benner[28] unterscheidet fünf Kompetenzstufen, die ein Lernender beim Erwerb und Vertiefen einer Fähigkeit durchläuft: Sie beginnt beim Neuling und geht über den fortgeschrittenen Anfänger, den kompetent Handelnden, den Erfahrenen bis hin zum Experten. Charakteristikum ist hierbei eine Entwicklung vom Befolgen festgelegter Regeln hin zum Handeln auf der Basis gelernter Erfahrungen.

---

[24] In der Pflegewissenschaft wird zwischen Modellen, Konzepten und Theorien unterschieden.
[25] vgl. Fawcett, J. : Pflegemodelle im Überblick. Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, 1996, S. 13
[26] vgl. Kapitel 1.3.2.2
[27] Es wird hier zu den Pflegediagnosen keine Position bezogen.
[28] Benner, P.; Tanner. C.; Chesla, C.: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, 2000

Dies ist auch bei der Anwendung des Pflegeprozesses und vor allem bei der Anwendung des PESR-Schemas zur Problembeschreibung zu berücksichtigen. Der Pflegeprozess als systematisches Verfahren zur Lösung pflegerischer Probleme wird durch die unterschiedlichen Kompetenzstufen in erheblichem Maße beeinflusst. Zum Erlernen oder Wiederauffrischen des entsprechenden theoretischen wie praktischen Wissens ist das PESR-Schema eine nutzbringende Strukturierungshilfe. Vor diesem Hintergrund ist die nachfolgende „Gebrauchsanweisung" zu verstehen.

1.3.1 Informationssammlung

„Die Informationssammlung:

1. erfasst bei der Aufnahme systematisch die Probleme, die Pflegebedürfnisse, die Gewohnheiten, die Fähigkeiten, die Ressourcen und Wünsche des Patienten/Klienten. Diese werden im Verlauf der Betreuung ergänzt und in die Pflegeplanung einbezogen;
2. stellt Informationen zur Verfügung, die allen an der Pflege Beteiligten zugänglich sind;
3. gibt den übersichtlichen Verlauf des Gesundheitszustandes des Patienten/Klienten wieder" [29].

Die Informationssammlung beginnt bereits beim ersten Kontakt mit dem Pflegebedürftigen und seinen Bezugspersonen; sie wird zügig vervollständigt, wobei sie niemals „vollständig" sein kann, da während des gesamten Pflegeprozesses eine fortlaufende Informationssammlung in Form eines kontinuierlichen Assessments stattfinden muss (Anmerkung: einmalige Informationssammlung ist ein häufig anzutreffender Fehler).

1.3.1.1 Funktion

Die Informationssammlung hat zum Ziel, eine Grundlage für die klientenorientierte Pflege zu schaffen[30], in dem der Pflegebedürftige und seine spezifischen Probleme kennen gelernt werden, seine Pflegebedürfnisse, Gewohnheiten, seine Fähigkeiten, Wünsche und Ressourcen[31] erfasst werden. Hierbei geht es zum einen um die Erhebung so genannter „Grundda-

[29] als **ein** Beispiel: Uhl, A.: Allgemeine Qualitätskriterien, Pflegeprozess – Pflegedokumentation. 2000. http://www.vincentz.net/ahdownloads_stationaer.cfm#Arbeitshilfen

[30] Uhl, A.: Pflege: ein dynamischer Prozess. In: Häusliche Pflege, Juli 2004, S. 26-31

[31] **Bedürfnisse:** Körperliche, psycho-soziale oder geistige Erfordernisse**;** sie werden nicht als Mangel verstanden, sondern im positiven Sinne eher als Erfordernis. Sie sind subjektiv beeinflusst durch die Erfahrungen, die pflegebedürftige Personen und deren Bezugspersonen in ihren individuellen Lebens-, Gesundheits- und Entwicklungsprozessen machen und gemacht haben. Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten stehen in einer unmittelbaren Beziehung zueinander. Bedürfnisse werden erst dann zu einem Problem, wenn die Person aufgrund einer Einschränkung in ihren Fähigkeiten nicht oder nicht mehr in der Lage ist, ihre Lebensaktivitäten selbständig zu realisieren. In fördernden pflegerischen Handlungsprozessen muss berücksichtigt werden, das sowohl pflegebedürftige Personen als auch deren Bezugspersonen (Angehörige) unterschiedliche Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten haben können, die sich gegenseitig beeinflussen und die es zu berücksichtigen gilt.
Fähigkeiten: Möglichkeiten (Können und Wissen) und Kräfte des Pflegebedürftigen, die er selbständig einbringen kann. Die Erkennung dieser Fähigkeiten kann dem Pflegebedürftigen Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen.

ten“ wie Name, Anschrift oder Bezugspersonen, zum anderen sollen die Fähigkeiten, Ressourcen und Probleme des Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund der individuellen Gewohnheiten und der aktuellen Lebenssituation berücksichtigt werden. Ziel der Informationssammlung ist es nicht, alles über den Pflegebedürftigen zu erfahren, sondern die pflegerelevanten Informationen vollständig festzuhalten. Bei der Informationssammlung werden sowohl Fremdeinschätzungen (Pflegefachkraft, Angehörige) als auch die Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen berücksichtigt. Für den erfolgreichen Verlauf des Pflegeprozesses ist diese subjektive Einschätzung des Klienten und sein Erleben von entscheidender Bedeutung. Dies wird beispielsweise daran deutlich, dass Pflegebedürftiger und Pflegefachkraft unterschiedliche Pflegeprobleme definieren und beschreiben oder auch ein und dasselbe Pflegeproblem unterschiedlich wahrnehmen und bewerten können. Aus dem Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen resultiert, dass er bestimmte Informationen für sich behält und nicht preis gibt. Sofern die Informationen genau erhoben werden, sind die übrigen Phasen des Pflegeprozesses problemlos zu meistern, insbesondere die Erstellung einer individuellen Pflegeplanung.

Für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen bietet das Informationsgespräch[32] die Möglichkeit, die Pflegefachkraft kennen zu lernen und dieser die subjektive Befindlichkeit, wichtige Bedürfnisse und Wünsche mitzuteilen. Hierbei ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Pflegefachkraft durch die Art ihrer Interaktion dem Pflegebedürftigen vermittelt, dass seine Einschätzungen zum Pflegebedarf sowie seine Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen und er als „gleichberechtigter“ Partner in den Beziehungs- und Problemlösungsprozess einbezogen ist (Aushandeln statt Behandeln). Nur wenn dies gelingt, wird der Pflegebedürftige mit der Pflegefachkraft über eigene Ängste, Überforderungen und Verlassenheitsgefühle, aber auch über seine Bewältigungsstrategien sprechen, so dass dieser Bereich in der Pflegeplanung berücksichtigt werden kann. Das Abklären von gegenseitigen Erwartungen kann von Anfang an Missverständnisse zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie den Pflegefachkräften weitgehend verhindern.

Die Pflegefachkraft kann sich innerhalb des Informationsgespräches ein erstes Bild über den Pflegebedarf machen. Durch die Informationssammlung wird der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen bei der Gestaltung und Bewältigung seiner Lebensaktivitäten erfasst. Die Pflegefachkraft kann die Bedürfnisse und Wünsche im Zusammenhang mit der Biographie des Pflegebedürftigen besser verstehen. Sichtweisen und Einschätzungen des Pflegebedürftigen können denen der Pflegefachkraft gegenübergestellt werden und lassen das

---

Ressourcen: Individuelle Hilfsquellen (des Pflegebedürftigen), die ihm helfen seine Bedürfnisse, Probleme und Wünsche zu befriedigen und seine vorhandenen Fähigkeiten unterstützen und erhalten (Bsp. Der Gehstock (Ressource) ermöglicht dem Pflegebedürftigen sich im Hause alleine zu bewegen (Fähigkeit)).

[32] siehe Anlage 1: Ein erfolgreiches Gespräch zur Informationssammlung führen

Erkennen von unterschiedlichen Vorstellungen und Schwerpunkten zu. Informationsquellen sind auch die Bezugspersonen. Die Erfassung ihrer Fähigkeiten, Möglichkeiten und Bedürfnisse ist für die Pflegesituation wesentlich und für die spätere Integration sozialer Ressourcen in den Pflegeprozess von Bedeutung. Mithilfe dieser Grundlage und darauf aufbauenden weiteren Gesprächen[33] wird eine gezielte und individuelle Pflege(-planung) erst möglich.

Darüber hinaus dient die Informationssammlung der rechtlichen Absicherung der Pflegenden durch dokumentierte Daten.

1.3.1.2 Inhalte

Die Qualität der Situationseinschätzung hängt weitgehend von der Fähigkeit ab, mit dem Pflegebedürftigen effektiv zu kommunizieren. Das Informationsgespräch[34] soll nicht nur ein Frage- und Antwortspiel sein, sondern ein sinnvoller Dialog. Um den Pflegebedürftigen zu ermutigen sich zu öffnen, ist es notwendig, Einfühlungsvermögen zu zeigen, Objektivität zu wahren und kulturelle Besonderheiten zu berücksichtigen. Die Orientierung an Grundsätzen der humanistischen Gesprächstherapie hat sich als hilfreich erwiesen. Hierzu gehören Akzeptanz (positive Wertschätzung), Echtheit (Selbstaufrichtigkeit) und Empathie (einfühlendes Verstehen).

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gelangen in ihren Fähigkeiten, verbal zu kommunizieren rasch an ihre Grenzen. Hier tritt die Wahrnehmung von nonverbaler Kommunikation seitens des Pflegebedürftigen in den Vordergrund (Körpersprache wie Gestik, Mimik, Körperhaltung usw.). Bei Personen, die zu keiner verbalen Kommunikation (mehr) fähig sind, bedarf es der Wahrnehmungsfähigkeiten nonverbaler Signale (z. B. vegetative Reaktionen bei schwerst Schädel-Hirn geschädigten Menschen).

Die Informationssammlung beinhaltet die Sammlung, Systematisierung[35] und Dokumentation von pflege- und behandlungsrelevanten Daten, einschließlich biographischer Aspekte des zu pflegenden Menschen (und seiner Bezugsperson); relevante Bedürfnisse, Probleme, Fähigkeiten und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen werden erfasst. Bei der Informationssammlung sind ggf. auch anerkannte Assessmentverfahren zur Erfassung spezifischer Pflegebedarfe (z. B. Skalen zur Ermittlung von Risiken wie Dekubitus, Mangelernährung[36], Sturz etc.) anzuwenden. Neben den Gesprächen bedarf es auch der körperlichen Untersuchung des

[33] siehe Anlage 3: Weiter mögliche Gesprächspunkte zur Erhebung der Informationssammlung
[34] siehe Anlage 2: Leitfaden für ein Informationsgespräch
[35] Die Systematisierung erfolgt je nach gewählter Pflegetheorie / pflegeinhaltlicher Orientierung.
[36] In den Grundsatzstellungnahmen des MDS zu „Dekubitus“ (www.mds-ev.org/download/P32_Dekubitus.pdf); findet sich u.a. die Braden Skala und in der Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“ (www.mds-ev.org/download/ P39_Ernaehrung.pdf) u.a. das MNA (Mini Nutritional Assessment)

Pflegebedürftigen, wie z. B. der Inspektion der Haut, seiner Bewegungsfähigkeit, dem Gangbild etc. Alle folgenden Phasen des Pflegeprozesses sowie die Qualität der Pflege insgesamt, hängen von der Vollständigkeit und Verlässlichkeit dieser Situationseinschätzung ab.
Eine Aktualisierung der Informationssammlung erfolgt bei einer relevanten Veränderung des Zustandes (physisch, psychisch) des Pflegebedürftigen sowie bei Veränderung der Situation der Bezugsperson oder der Umgebung; sie erfolgt direkt im Schritt der Erfassung der Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten.

1.3.2 Erkennen von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten - Problembeschreibung

„Die Problembeschreibung:

1. benennt Selbstpflegedefizite und Fähigkeiten des Patienten/Klienten und deren Bezugspersonen (und)
2. beschreibt prioritäre Problembereiche [...].“[37]

1.3.2.1 Funktion

Der zweite Schritt des Pflegeprozesses bündelt die während der Informationssammlung gewonnenen Informationen und analysiert die Bedürfnisse, die Probleme und die Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. Bei diesem Arbeitsschritt geht es darum, aus den erhaltenen Einzelinformationen Themenbereiche zu erkennen und die dazugehörigen Informationen zu gruppieren und zu interpretieren, also Pflegeprobleme zu formulieren. Eine Problembeschreibung ist eine Aussage über „Zustände“, die Pflege erfordern. Die Problembeschreibung sollte nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen oder seinen Bezugspersonen (mit Zustimmung des Pflegebedürftigen) vorgenommen werden.

Ein Pflegeproblem besteht dann, wenn die für die Bewältigung des Alltags notwendige Unabhängigkeit und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen beeinträchtigt sind und diese nicht eigenständig kompensiert werden können. Pflegeprobleme beschäftigen sich mit „pflegerischen Problemen“ und nicht mit medizinischen Diagnosen. Pflegeprobleme können durch pflegerische Maßnahmen (Pflegemaßnahmen) beeinflusst werden.

Das Ziel der Problembeschreibungen besteht darin, eine zusammenhängende, informative, übersichtliche, anschauliche und individuelle Kurzbeschreibung der Bereiche in der Pflegesituation zu geben, die der (professionellen) Unterstützung bedürfen.

[37] Uhl, A.: Allgemeine Qualitätskriterien, Pflegeprozess – Pflegedokumentation. 2000. http://www.vincentz.net/ahdownloads_stationaer.cfm#Arbeitshilfen

1.3.2.2 Inhalte

Der hier vorgeschlagene Aufbau der Pflegeproblembeschreibung ermöglicht sehr präzise Beschreibungen von Zuständen. Mit der ihr innewohnenden Systematik zieht sie sich durch den gesamten Pflegeprozess. Sie beschreibt nicht nur spezifische Merkmale, sondern begründet daraus individuelle Pflegemaßnahmen:

- sie strukturiert die Informationssammlung und liefert Vollständigkeitskriterien dafür;
- sie gibt die Kategorie und inhaltliche Grundlage für die Bestimmung der Pflegeziele und Pflegemaßnahmen;
- sie strukturiert die Auswahl der Pflegemaßnahmen, denn durch die Angabe ausgewählter ätiologischer (ursächlicher) Faktoren werden zulässige Maßnahmen eingegrenzt;
- sie legt die Inhalte der Erfolgskontrolle (Evaluation) fest und entscheidet damit über die Neuanpassung pflegerischer Maßnahmen.

Die Problembeschreibung ist:

- so kurz und knapp wie möglich (keine langen Sätze, Beschränkung auf das Wesentliche),
- so exakt und spezifisch wie nötig (Art und Weise des Defizits oder der Fähigkeit, Zeitpunkt des Auftretens des Problems und Ursache),
- so objektiv wie möglich (ohne Werturteil)

zu formulieren.

Die Pflegeproblembeschreibung enthält Angaben über Qualität, Quantität, Ursachen, Erklärungen, Zusammenhänge und Art der Beeinträchtigung[38].

Das PESR-Format (Problem, Etiology, Symptom, Ressource)

Das PESR-Format[39] nimmt die Gedanken des PES-Formats aus der Diskussion um Pflegediagnosen auf und setzt den Akzent stärker auf die Ressourcen des Pflegebedürftigen und seiner sozialen Umgebung. „P“ steht für „Problem“, „E“ für „Einflussfaktoren/Ursachen“ (ursprünglich Etiology), „S“ für „Symptome“, „R“ für „Ressource“.

[38] Uhl, A.: Pflege: ein dynamischer Prozess. In: Häusliche Pflege, Juli 2004, S. 26-31
[39] vgl. Sauter; D.; Abderhalten,C.; Needham, I.; Wolff, S.: Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Huber Verlag Bern etc. 2004, S. 393f

Eine vollständige Problembeschreibung besteht aus den Elementen:

1. Was ist das **P**roblem (P-Teil)?
2. Was sind die **E**influssfaktoren für dieses Problem (Ursache, etiology), womit hängt es zusammen (E-Teil)?
3. Wie zeigt/äußert sich das Problem (**S**ymptom) konkret, Beobachtungen oder Aussagen des Pflegebedürftigen (S-Teil)?
4. Welche **R**essourcen sind beim Pflegebedürftigen und seiner sozialen Umgebung vorhanden (R-Teil)?

P(roblem)	Was hat der Pflegebedürftige?
E(tiology)	Warum hat er es?
S(ymptom)	Wie zeigt es sich?
R(essource)	Welche Fähigkeiten, Potenziale hat der Pflegebedürftige?

Abbildung 3*: Das PESR-Format*

Für die Formulierung einer vollständig ausformulierten Problembeschreibung sind folgende sechs Aspekte zu berücksichtigen:

1. **Betroffene Aktivität/Betroffene Funktion**
   Aussagen über Zustände, die Pflege erfordern
2. **Problem/Art der Beeinträchtigung/Fähigkeit**
   Was zeigt sich?
3. **Quantität/Qualität der Beeinträchtigung**
   Wie viel zeigt sich? Wie zeigt sich das Problem?
4. **Ursachen, Zusammenhänge, Risikofaktoren**
   Warum tritt das Problem auf?
5. **Ausdruck (Symptome/Beobachtungen und Äußerungen des Pflegebedürftigen)**
   Wo und wie zeigt sich das Problem (Betroffene Lebensaktivität aus Perspektive des Pflegebedürftigen)?
6. **Ressourcen**
   Welche Fähigkeiten und Potenziale hat der Pflegebedürftige?

Die bisherigen Aussagen werden im Folgenden konkretisiert und anhand eines Beispiels dargestellt, das die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses durchläuft.

Beispiel:
Frau P., 80 Jahre, akuter Verwirrtheitszustand infolge mangelnder Flüssigkeitszufuhr (trinkt zu wenig, fehlendes Durstgefühl und die Angst, vergiftet zu werden), was sich äußert durch

nächtliche Unruhe und Angstzustände mit abwehrendem Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal. Frau P. kann durch gutes Zureden und Eingießen des Getränkes vor ihren Augen zum Trinken veranlasst werden. Dasselbe passiert auch, wenn man ihr Lieblingsgetränk anreicht. Morgens zeigt sie eine größere Kooperationsbereitschaft als abends.

1. Angabe der betroffenen Lebensaktivität / der betroffenen Funktion

In einem ersten Schritt wird die Lebensaktivität genannt, zu der das wahrgenommene Problem gehört. Hier sind Aktivitäten zu benennen, bei deren Ausführung der Pflegebedürftige beeinträchtigt ist und Hilfe / Unterstützung benötigt. Formulierungshilfen können z. B. sein: Bewegungseinschränkung, Immobilität, Bewegungskoordination, Schluckstörung, Mundtrockenheit, Hautveränderungen, Hautdefekte.

Fragen:
Welche Lebensaktivität ist betroffen?
Wie zeigt sich das Problem?

Beispiel:

betroffene Lebensaktivität	**sich sicher fühlen und verhalten**
Spezifizierung	**Beeinträchtigung von Ruhen, Schlafen und der Orientierung**
Problem / Art der Beeinträchtigung	
Qualität / Quantität	
Ursachen / Zusammenhänge / Einfluss- / Risikofaktoren	
Ausdruck (Symptome, Beobachtungen, Äußerungen des Pflegebedürftigen)	
Ressourcen / Fähigkeiten / Potenziale	

2. Angabe des Problems / Art der Beeinträchtigung

Nachdem die betroffene Lebensaktivität benannt ist, folgt die Beschreibung der Art des Problems / die Art der Beeinträchtigung; die Beschreibung erfolgt genau und spezifisch. Einige Probleme beinhalten bereits als Spezifizierung eine Angabe über die Art der Beeinträchtigung (z. B. Einschlafstörung beinhaltet eine Angabe über die Art der Beeinträchtigung, hier „Störung“.) In diesem Fall ist es nicht notwendig, die Art der Beeinträchtigung noch näher zu bezeichnen. Formulierungshilfen können z. B. sein: Einschränkung durch..., Beeinträchtigung von ..., Störung von ..., Gefahr durch ..., Leiden unter ..., Selbstpflegedefizit ..., Wissensmangel ...

Fragen:
Was ist das eigentliche Problem?
Leidet der Pflegebedürftige darunter?
Hat der Pflegebedürftige ein Selbstpflegedefizit?
Fehlt es dem Pflegebedürftigen an spezifischen Kenntnissen?

Beispiel:

betroffene Lebensaktivität	sich sicher fühlen und verhalten
Spezifizierung	Beeinträchtigung von Ruhen, Schlafen und der Orientierung
Problem / Art der Beeinträchtigung	**akute Verwirrtheit infolge von Flüssigkeitsmangel**
Qualität / Quantität	
Ursachen / Zusammenhänge / Einfluss- / Risikofaktoren	
Ausdruck (Symptome, Beobachtungen, Äußerungen des Pflegebedürftigen)	
Ressourcen / Fähigkeiten / Potenziale	

3. Angabe über Qualität und Quantität der Beeinträchtigung

Dieser Schritt dient dazu, eine Bezeichnung zu wählen, die das Ausmaß und die Qualität des Problems möglichst genau und spezifisch beschreibt. Angaben von Qualität und Quantität können z. B. sein: akut, chronisch, kompensiert, schwer, zeitweise, tagsüber/nachts, regelmäßig, Grad nach angewendeter Skala.[40]

Fragen:
Welche Qualität hat das Problem?
Wie stark ist es?
Wann tritt es auf?

Beispiel:

betroffene Lebensaktivität	sich sicher fühlen und verhalten
Spezifizierung	Beeinträchtigung von Ruhen, Schlafen und der Orientierung
Problem / Art der Beeinträchtigung	akute Verwirrtheit infolge von Flüssigkeitsmangel
Qualität / Quantität	**vor allem und stark ausgeprägt in der Nacht**
Ursachen / Zusammenhänge / Einfluss- / Risikofaktoren	
Ausdruck (Symptome, Beobachtungen, Äußerungen des Pflegebedürftigen)	
Ressourcen / Fähigkeiten / Potenziale	

4. Angabe der Ursachen des Problems, Zusammenhänge, Einfluss- und Risikofaktoren

Es werden Ursachen des Problems benannt und dabei deren Zusammenhänge und Einflussfaktoren aufgezeigt, die von der Pflege beeinflussbar sind. Auch andere Probleme können als Ursache benannt werden. „Medizinische Diagnosen“ sollten nicht als Ursachen für das Pflegeproblem angegeben werden, da ansonsten Pflegeprobleme entstehen, die nicht durch

[40] Abderhalden, C.: Anleitung zum Formulieren von Pflegediagnosen mit der ZEFFP-Liste. Universitätsspital Zürich; Fassung 2 vom 21.09.1996

pflegerische Interventionen beeinflussbar sind. Die medizinische Diagnose kann, wenn überhaupt, zur Information in einer Klammer hinter der Ursache aufgeführt werden.

Erscheint die medizinische Diagnose zunächst vordergründig als Ursache des Pflegeproblems, ist zu hinterfragen, welche Folgen das Problem hat. Diese „Folge“ erscheint dann als Ursachenbeschreibung: statt „chronische Schmerzen aufgrund von Arthritis“ ist hier die „Folge“ in der „eingeschränkten Mobilität (Transfer Bett-Toilette) infolge chronischer Schmerzen (Arthritis)“ zu beschreiben.
Formulierungshilfen können z. B. sein: beeinflusst durch ..., im Zusammenhang mit ..., in Bezug auf ..., wegen ... (... ungewohnter Umgebung, ... Immobilität, ... fehlender Kenntnisse).

Fragen:
Welche Ursache hat das Problem?
In welchem Zusammenhang steht es?
Wodurch wird es beeinflusst?
Welche Risikofaktoren gibt es?

Beispiel:

betroffene Lebensaktivität	sich sicher fühlen und verhalten
Spezifizierung	Beeinträchtigung von Ruhen, Schlafen und der Orientierung
Problem / Art der Beeinträchtigung	akute Verwirrtheit infolge von Flüssigkeitsmangel
Qualität / Quantität	vor allem und stark ausgeprägt in der Nacht
Ursachen / Zusammenhänge / Einfluss- / Risikofaktoren	**Frau P. trinkt zu wenig, Durstgefühl stark reduziert/bzw. nicht vorhanden. Außerdem hat sie zeitweise Angst vor vergiftetem Wasser**
Ausdruck (Symptome, Beobachtungen, Äußerungen des Pflegebedürftigen)	
Ressourcen / Fähigkeiten / Potenziale	

5. Ausdruck (Symptome, Beobachtungen, Äußerungen des Pflegebedürftigen)

Ergänzend werden Symptome, Beobachtungen und Äußerungen angegeben, wenn es nicht offensichtlich ist, wie sich das Pflegeproblem zeigt. Formulierungshilfen können z. B. sein: Aussage des Pflegebedürftigen zitieren, Beobachtung der Pflegeperson zitieren.

Fragen:

Auf welche Beobachtungen beruht das Pflegeproblem?
Welche Äußerungen des Pflegebedürftigen waren ausschlaggebend?

Beispiel:

betroffene Lebensaktivität	sich sicher fühlen und verhalten
Spezifizierung	Beeinträchtigung von Ruhen, Schlafen und der Orientierung
Problem / Art der Beeinträchtigung	Akute Verwirrtheit infolge von Flüssigkeitsmangel
Qualität / Quantität	vor allem und stark ausgeprägt in der Nacht
Ursachen / Zusammenhänge / Einfluss- / Risikofaktoren	Frau P. trinkt zu wenig. Durstgefühl stark reduziert/bzw. nicht vorhanden. Außerdem hat sie zeitweise Angst vor vergiftetem Wasser.
Ausdruck (Symptome, Beobachtungen, Äußerungen)	**Desorientiertheit, Angst, Unruhe, abwehrendes Verhalten beim Anreichen von Getränken, Pflegeperson wird als Bedrohung erlebt: Frau P. sagt: „Euer Wasser hier ist vergiftet“**
Ressourcen / Fähigkeiten / Potenziale	

6. Ressourcen / Fähigkeiten / Potenziale

Die Ressourcen werden hier als eigenständig neben der Problemformulierung benannt, weil in der Praxis die starke Konzentration auf ein bestimmtes Problem (in dem die Ressourcen durchaus mit abgehandelt werden können) andere Bereiche oder Ressourcen an Bedeutung verlieren, aus dem Blickwinkel geraten und die Lösungsfindung erschweren[41]. Vorhandene Ressourcen im Sinne von Fähigkeiten und Fertigkeiten beim Pflegebedürftigen und seines Umfeldes werden nicht wahrgenommen und nicht genutzt.

Beispiel:

betroffene Lebensaktivität	sich sicher fühlen und verhalten
Spezifizierung	Beeinträchtigung von Ruhen, Schlafen und der Orientierung
Problem / Art der Beeinträchtigung	akute Verwirrtheit infolge von Flüssigkeitsmangel
Qualität / Quantität	Vor allem und stark ausgeprägt in der Nacht
Ursachen / Zusammenhänge / Einfluss- / Risikofaktoren	Frau P. trinkt zu wenig. Durstgefühl stark reduziert/bzw. nicht vorhanden. Außerdem hat sie zeitweise Angst vor vergiftetem Wasser.
Ausdruck (Symptome, Beobachtungen, Äußerungen)	Desorientiertheit, Angst, Unruhe, abwehrendes Verhalten beim Anreichen von Getränken, Pflegeperson wird als Bedrohung erlebt: Frau P. sagt: „Euer Wasser hier ist vergiftet.“
Ressourcen / Fähigkeiten / Potenziale	**Frau P. trinkt morgens besser als abends; sie trinkt ihr Lieblingsgetränk; sie trinkt nach gutem Zureden; sie trinkt, wenn das Getränk vor ihren Augen ins Glas geschenkt wird**

[41] Schrems, B.: a.a.O. S. 307

Abschließend werden alle Angaben in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht:

> Akute Verwirrtheit infolge mangelnder Flüssigkeitszufuhr ausgelöst durch „zu wenig trinken“ aus Angst vor vergiftetem Wasser, das sich äußert durch Angst- und Unruhezustände (v.a. in der Nacht) sowie abwehrendem Verhalten gegenüber Pflegepersonen. Frau P. trinkt morgens besser als abends; sie trinkt ihr Lieblingsgetränk; sie trinkt nach gutem Zureden; sie trinkt, wenn das Getränk vor ihren Augen ins Glas geschenkt wird.

Die angenommenen Pflegeprobleme müssen grundsätzlich überprüft werden.
Die Überprüfung erfolgt

- durch Nachfragen beim Pflegebedürftigen, ggf. bei seinen Angehörigen,
- durch kollegiale Beratung mit Pflegefachkräften.

Die Überprüfung der Pflegeprobleme und deren Relevanz sollte immer mit dem Betroffenen durchgeführt werden. Weitere Gespräche mit dem Pflegebedürftigen können zu einem vertieften Verständnis seiner Situation führen und somit zu immer genauer werdenden Informationen in Bezug auf die festgestellten Ressourcen und Pflegeprobleme. Dies erleichtert auch das Erkennen von Zusammenhängen.

Die unterschiedlichen Pflegeprobleme werden nach Prioritäten geordnet.

Im Beispiel: oberste Priorität bei Frau P. hat die Sicherstellung der ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme durch Beeinflussung ihres Trinkverhaltens. Die aufgezeigten Ressourcen sind Anknüpfungspunkte für die erfolgreiche Problembearbeitung.

1.3.3 Pflegeziele

„Die Pflegezielbeschreibung:

1. legt die vom Patienten / Klienten zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erwartenden Ergebnisse fest,
2. dient als Maßstab, um die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen zu beurteilen“ [42].

1.3.3.1 Funktion

Nachdem Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten identifiziert sind, werden im nächsten Schritt die konkreten individuellen Pflegeziele festgelegt. Im Sinne des Problemlösungs- und

[42] Uhl, A.: Allgemeine Qualitätskriterien, Pflegeprozess – Pflegedokumentation. 2000. http://www.vincentz.net/ahdownloads_stationaer.cfm#Arbeitshilfen

Beziehungsprozesses gehört zu jedem formulierten Pflegeproblem ein Pflegeziel, das die Richtung der geplanten Pflegemaßnahme angibt. Es besteht auch die Möglichkeit, Problembereiche unter einer gemeinsamen Zielsetzung zusammen zu fassen. Das Ziel ist gleichzeitig Kriterium und Maßstab, um die Wirksamkeit der geplanten Pflegemaßnahmen und den Unterschied zwischen Ausgangspunkt und Resultat zu beurteilen. Ein Pflegeziel ergibt sich aus den zuvor benannten Problemen.[43]

Pflegeziele (erwartete Ergebnisse) sind messbar und klientenbezogen; sie dienen als Basis für die Evaluation der Pflegehandlungen und sind der Maßstab für den Erfolg der Pflege. Der Pflegebedürftige und dessen Bezugspersonen werden in die Zielerstellung mit einbezogen. Gemeinsam (im Sinne eines Aushandlungsprozesses) erstellte Pflegeziele bieten die Chance, dass alle an der Pflegesituation beteiligten Menschen ihr Handeln an gleichen Intentionen ausrichten.

1.3.3.2 Inhalte

Für den Erfolg der durchzuführenden Pflegemaßnahmen ist es von entscheidender Bedeutung, dass das Pflegeziel genau benannt ist.

Ein Pflegeziel muss

- klientenorientiert,
- realistisch,
- erreichbar und
- überprüfbar

sein.

Das Pflegeziel gibt vor, was der Pflegebedürftige und dessen Bezugsperson in der gegebenen Zeit erreichen möchten und können. In diesem Sinne drückt es zugleich eine Prognose über den zu erwartenden Pflegeverlauf aus.

Das Pflegeziel beschreibt[44]:

1. „das **spezifische Verhalten / erwartete Ergebnis**, das anzeigt, dass der Pflegebedürftige und dessen Bezugsperson das Ziel erreicht haben,
2. **Kriterien zur Bemessung** dieses Verhaltens (z. B. drückt aus, was und wie viel der Pflegebedürftige und dessen Bezugsperson erreichen sollen, unter welchen

[43] vgl. Fiechter, V.; Meier, M.: Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Fritzlar; Recom-Verlag 1998 S. 52
[44] vgl. Uhl,A.: Pflege: ein dynamischer Prozess. In: Häusliche Pflege, Juli 2004, S. 26-31

Bedingungen oder mit welchen Hilfsmitteln etwas getan werden soll oder welche Veränderungen auftreten sollen),

3. **Bedingungen**, unter denen das Verhalten eintreten soll und
4. einen **Zeitraum** (Zieldatum oder Zeitpunkt), innerhalb dessen das Resultat erreicht werden soll“.

Die Ziele werden klientenorientiert formuliert, d.h. als **Ziele des Pflegebedürftigen**, nicht der Pflegefachkraft (z. B. Pflegebedürftiger geht bis zum (Datum) viermal am Tag 15 m mit Unterstützung, **nicht aber**: Pflegeperson hilft dem Pflegebedürftigen, viermal am Tag 15 m zu gehen). Pflegeziele werden knapp und eindeutig formuliert.

Bei der Zielformulierung besteht in der Praxis die Tendenz, eher die Pflegemaßnahme als ein Pflegeziel zu beschreiben[45]. Richtigerweise steht jedoch das zu erwartende **Ergebnis**, dass der Pflegebedürftige z. B. fähig ist, selbstständig zu essen, im Vordergrund.

Pflegeziele beziehen sich nicht ausschließlich auf körperliche Einschränkungen und Probleme. Sie können auch auf die Veränderung des Verhaltens oder der Einstellung (zur Krankheit oder der Pflegebedürftigkeit) des Pflegebedürftigen und/oder der Bezugsperson ausgerichtet sein. Dies trifft besonders häufig bei fortschreitenden Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen zu, die einschneidende Veränderungen in der Lebensführung mit sich bringen, die in das Leben der Menschen integriert werden müssen.

Bereiche, auf die sich Pflegeziele beziehen:

1. Den **Zustand** des Pflegebedürftigen (z. B. hat intakte Haut, Wunddurchmesser ist bis zum ... reduziert um 1 cm)
2. Das **Können** des Pflegebedürftigen (z. B. hält Gleichgewicht beim Stehen, kann Gesicht und Oberkörper selbst waschen)
3. Das **Wissen** des Pflegebedürftigen (z. B. kennt die Wirkung des Insulins, kennt Sinn und Zweck sowie Technik der Bobath-Waschung)
4. Das **Verhalten** und der Entwicklungsprozess des Pflegebedürftigen (z. B. kann Ängste äußern, akzeptiert das weitere Leben mit der Beinamputation)
5. Das **Wollen** des Pflegebedürftigen (z. B. ist bereit 1,5 Liter am Tag zu trinken)

[45] „Anleitung des Pflegebedürftigen zur selbständigen Nahrungsaufnahme“.
Hier wird die Pflegemaßnahme - die Anleitung - in den Vordergrund gestellt. Das erwartete Ergebnis ist jedoch, dass der Pflegebedürftige fähig ist, selbständig zu essen: „Der Pflegebedürftige isst selbständig“ beschreibt das Ziel korrekt.

Eine Hilfe bei der Formulierung von Pflegezielen kann die Unterteilung in Nah- und Fernziele sein, wobei Nahziele kurzfristig erreichbar sind (innerhalb von Stunden oder Tagen), während Fernziele in Wochen, Monaten oder Jahren erreichbar sind[46].

Eine Priorisierung von Pflegezielen ist unabdingbar, da nicht alle Pflegeziele von gleicher Wichtigkeit sind und auch nicht eine „unendliche“ Anzahl von Pflegezielen gleichzeitig bearbeitet werden können. Darüber hinaus ist in vielen Fällen zunächst eine Bearbeitung von „Unterzielen“ notwendig, um das „Haupt- oder Oberziel“ zu erreichen.

Bezogen auf die eingangs beschriebene Frau P. bedeutet das, dass an erster Stelle die Sicherung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr steht, die als Nahziel (z.B. trinkt mindestens 1,5 l./24 h) das Erreichen des Pflegezieles „Orientiertheit“ und Wiedererlangung kognitiver Fähigkeiten erst ermöglicht. Die langfristige Sicherung der Flüssigkeitszufuhr, also eine Einstellungs- und Verhaltensänderung bei Frau P., sollte als Fernziel formuliert werden, das erneute Verwirrtheitszustände verhindern hilft. Der Pflegebedürftige selbst ist in die Priorisierung von Pflegezielen möglichst einzubeziehen.

Eine Formulierung von prioritären Pflegezielen ist sinnvoller und praktikabler als die Festlegung von sehr vielen Einzelzielen (z. B. für jeden AEDL-Bereich ein Ziel). Häufig ist ein zentrales Pflegeproblem die Ursache für viele Einzelprobleme im Lebensalltag des Pflegebedürftigen. Da sich die Pflegeziele auf die Probleme beziehen, ist das Erkennen dieser (gemeinsam mit dem Klienten) ein wichtiges Charakteristikum professionellen pflegerischen Handelns.

1.3.4 Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen

„Die Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen:

1. soll das vorhandene Problem lösen und das aufgestellte Ziel erreichen;
2. entspricht einer Pflegeverordnung und ist (sofern jeweils situationsangemessen) verbindlich für alle an der Pflege Beteiligten“[47].

[46] Jung-Heintz, H: Grundlagen und Schritte des Pflegeprozesses. In: Thiemes Pflege. 9. Auflage. Thieme Verlag Stuttgart 2000, S. 132

[47] Uhl, A: Allgemeine Qualitätskriterien, Pflegeprozess – Pflegedokumentation. 2000. http://www.vincentz.net/ahdownloads_stationaer.cfm#Arbeitshilfen

1.3.4.1 Funktion

Die ausgewählten Maßnahmen sollen das vorhandene Problem lösen und damit das aufgestellte Ziel erreichen. Wichtig ist bei diesem Schritt, dass in der praktischen Durchführung die Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und der Bezugsperson berücksichtigt werden; sie werden dementsprechend in die Pflegehandlung einbezogen. Des Weiteren müssen auch die vorgefundenen Umgebungsverhältnisse bei der Planung der Pflegemaßnahmen berücksichtigt werden.
Sofern andere Berufsgruppen beteiligt sind, kann es sinnvoll sein, diese in die Planung der Pflegemaßnahmen einzubeziehen.

Eine formulierte Pflegemaßnahme entspricht einer pflegerischen Anordnung. Sie ist für das gesamte Pflegeteam verbindlich und muss regelmäßig auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Pflegemaßnahmen werden so kontinuierlich, einheitlich und zielorientiert angewendet.

1.3.4.2 Inhalte

Die Planung der Interventionen beschreibt, in welcher Art und Weise die Pflege durchgeführt wird. Es muss ersichtlich sein:

- wer
  - was
    - wann
      - wie oft
        - wo
          - wie

durchführen soll. Die Pflegemaßnahmen sind präzise, kurz und verständlich zu formulieren; sie beschreiben keine medizinische Therapie.

Pflegemaßnahmen können als:

1. *vollständige Übernahme*
2. *teilweise Übernahme*
3. *Unterstützung*
4. *Beratung, Anleitung und Beaufsichtigung*

durchgeführt werden.

Die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen ist die Umsetzung des Pflegeplans in die Praxis. Bei der Durchführung der Maßnahme kommt es zu Überschneidungen mit anderen Phasen des Pflegeprozesses. Während der Durchführung einer pflegerischen Handlung wird die Reaktion des Pflegebedürftigen beobachtet, die Maßnahme gegebenenfalls modifiziert, neu priorisiert, Teile des Pflegeplans überprüft und je nach Bedarf angepasst[48]. Das bedeutet, es können begründete Abweichungen von der geplanten Pflege sinnvoll und notwendig werden; zum Beispiel, weil Pflegeprobleme bereits gelöst sind, neue Pflegeprobleme entstanden sind, ein Pflegeproblem an Intensität zu- oder abgenommen hat[49].
Die Durchführung der Maßnahmen wird mit Handzeichen und Uhrzeit zeitnah (am Tag der Leistungserbringung) auf dem Durchführungskontrollblatt durch die durchführenden Mitarbeiter dokumentiert. Routinemaßnahmen können im stationären Bereich am Ende der Schicht dokumentiert werden, Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen. Im ambulanten Bereich wird ohnehin unmittelbar dokumentiert, da die Dokumentation beim Pflegebedürftigen aufbewahrt wird.
Bezogen auf Frau P. ist die Pflegemaßnahme die Aufforderung zum Trinken, das Anreichen von Getränken sowie das Führen eines Bilanzierungsprotokolls zum Nachweis der Flüssigkeitszufuhr. Im Bilanzierungsprotokoll wird nur die von Frau P. tatsächlich getrunkene Menge festgehalten und nicht etwa die angebotene und nach Stunden weggeschüttete Flüssigkeit.

1.3.5 Evaluation - Bewertung der Wirkung der Pflegemaßnahmen (Soll - Ist - Analyse)

Die Evaluation:

1. *bewertet die Wirkung der Pflegemaßnahme;*
2. *dient der Erkennung von Ursachen bestehender Mängel;*
3. *ist Basis für entsprechende Korrekturen.*

1.3.5.1 Funktion

Die Auswertung des Pflegeplans erfolgt im Pflegebericht und dient der Erfolgskontrolle der Pflegemaßnahmen und der Überprüfung der Angemessenheit der Pflegeziele. Die Pflegefachkraft beurteilt unter Einbeziehung des Pflegebedürftigen und der Bezugsperson das Erreichen der geplanten Pflegeziele und hält die Bewertung schriftlich fest; ggf. wird eine Neuanpassung des Pflegeplans an die aktuelle Situation erforderlich[50].

---

[48] vgl. Brobst, R. e. a.: Der Pflegeprozess in der Praxis. Verlag Hans Huber Bern 1997. S. 128
[49] vgl. Jung-Heintz:, H.: Grundlagen und Schritte des Pflegeprozesses. In: Thiemes Pflege. 9. Auflage. Thieme Verlag Stuttgart 2000 S. 133
[50] vgl. Uhl, A.: Pflege: ein dynamischer Prozess. In: Häusliche Pflege, Juli 2004, S. 26-31

Die Ergebniskontrollen erfolgen:

- bei unvorhersehbaren Veränderungen,
- bei Aufnahmen oder stetiger Verschlechterung[51] und
- zum Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung.

Im verbindlichen Pflegeplan sind die einzelnen Pflegeziele für einen bestimmten Zeitraum festgelegt worden. Am Tag des Kontrolldatums wird überprüft, ob die geplanten Zielsetzungen mittels der geplanten Interventionen erreicht werden konnten. Dies schließt die kontinuierliche Beurteilung der Pflegemaßnahmen nicht aus, wie z. B. die Beurteilung des Hautzustandes bei jedem Lagerungswechsel. Dabei sollen bestehende Mängel erkannt und entsprechende Korrekturen vorgenommen werden.

1.3.5.2 Inhalte

Die Beurteilung wird durch die Dokumentation der Absicht (Pflegeziele), der Angabe eines Kontrolldatums (Pflegeziele) und der Dokumentation der Reaktionen des Pflegebedürftigen und seiner Bezugsperson (Pflegebericht) auf die Durchführung der Pflegemaßnahmen ermöglicht.

Der Pflegebericht gibt Auskunft über das Befinden des Pflegebedürftigen und dient der Information über Veränderungen, die, wenn sie von dauerhafter Art sind, in den Planungsteil der Dokumentation aufgenommen werden und Niederschlag finden in der Anpassung der Pflegeziele und der Pflegemaßnahmen. Die Eintragungen im Pflegebericht beziehen sich auf veränderte Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und der Bezugsperson im Hinblick auf die gesetzten Ziele. Sie stützen sich auf Beobachtungen der Pflegekraft und auf Äußerungen des Pflegebedürftigen und/oder seiner Bezugsperson im Hinblick auf die Pflegesituation. Darüber hinaus gibt der Pflegebericht über situationsbedingte Gründe für das Abweichen von der Pflegeplanung Auskunft.

Der Pflegebericht dient nicht als Durchführungsnachweis. Aus diesem Grunde besteht keine Notwendigkeit außerhalb der pflegerischen Erfordernisse, „routinemäßig“ Eintragungen vorzunehmen[52].

[51] Die Festlegung eines bestimmten Überprüfungszeitraumes orientiert sich am vorliegenden Pflegebedarf des Pflegebedürftigen. Schematische Zeitvorgaben sind nicht zielführend.

[52] Formulierungen wie „Pflege nach Plan durchgeführt“, „o. B.“, „nichts besonderes“/ „unauffällig“ sind entbehrlich.

Für die Evaluation der Pflegemaßnahmen sind folgende Fragen hilfreich:

- Wie ist der aktuelle Zustand des Pflegebedürftigen?
- Sind Fortschritte bezüglich der gesetzten Pflegeziele erkennbar?
- Welche Wirkung haben die Pflegemaßnahmen?
- Hat sich der Zustand verbessert oder verschlechtert?
- Wie fühlt sich der Pflegebedürftige und/oder dessen Bezugsperson derzeit?
- Hat der Pflegebedürftige Aussagen über seine Befindlichkeit gemacht?
- Sind Veränderungen in den Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen aufgetreten?
- Warum konnten die Pflegemaßnahmen evtl. nicht wie geplant durchgeführt werden?
- Sind unvorhergesehene Ereignisse oder Komplikationen aufgetreten? [53]

Das Ergebnis der Evaluation wird im Pflegebericht dokumentiert. Ist ein Pflegeziel nicht oder nur teilweise erreicht worden, erfolgt eine Korrektur (möglicherweise nach einer weiteren Beobachtungszeit) der Pflegeplanung.

Bezogen auf Frau P. ist zu überprüfen,

1. ob das Ziel der Zufuhr einer bestimmten Flüssigkeitsmenge erreicht wurde;

und

2. ob Frau P. orientiert und die kognitive Leistungsfähigkeit wiederhergestellt ist. Ist die Flüssigkeitszufuhr ausreichend und der Verwirrtheitszustand hält sich trotzdem weiterhin oder tritt zeitweise auf, sind weitere Maßnahmen erforderlich. Wurde bereits das Unterziel nicht erreicht, so ist eine genaue Ursachenanalyse (z. B. nach dem obigen Muster) vorzunehmen und die Ziel- und Maßnahmenplanung muss dann entsprechend angepasst werden.

[53] Vgl. Budnik, B.: Pflegeplanung leicht gemacht. Urban & Fischer Verlag München; Jena 2003, 4. Auflage S. 91

Kapitel 2

2. Dokumentation

Das Dokumentationssystem, welches sich strikt am Handlungsmodell des Pflegeprozesses orientiert, vermeidet Mehrfachdokumentationen und ermöglicht eine übersichtliche Verlaufsdarstellung der Pflege.

2.1 Zielsetzungen

Folgende Ziele werden mit dem Dokumentationssystem verfolgt:

- Nachweis der professionellen, systematischen, aktualisierten und auf den Pflegebedürftigen bezogenen individuellen Pflege
- Sicherung der Kontinuität und Organisation der Pflege durch übersichtliche, konkrete und vollständige Verlaufsdarstellung
- Praktikabilität und Reduzierung von überflüssigem Schreibaufwand
- Einsatz als intra- und interprofessionelles Kommunikationsmittel auch im Schnittstellenmanagement
- Bereitstellung von Informationen für das interne Qualitätsmanagement
- Darstellung des Leistungsgeschehens intern und extern
- Bereitstellung von Informationen für das Personalcontrolling
- Rechtssicherer Nachweis der pflegerischen Leistung

2.2 Aufbau eines Dokumentationssystems

Das Dokumentationssystem konzentriert sich im wesentlichen auf fünf Formulare, auf denen alle für die Pflege notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst und bereit gestellt werden können.

Formulare	Schritte des Pflegeprozesses
Stammblatt	Informationssammlung (Erfassung der Stammdaten)
Formular zur Informationssammlung	Informationssammlung Erkennung von Problemen, Ressourcen, Bedürfnissen und Fähigkeiten Lebensgeschichtlicher Hintergrund Sichtweise des Pflegebedürftigen zu seiner Situation
Pflegeplanung	Zusammenfassende Problembeschreibung Pflegeziele Pflegemaßnahmen Beurteilung der Wirkung der Pflegemaßnahme - Evaluation
Durchführungsnachweis	Durchführung der Pflegemaßnahmen
Pflegebericht	Besonderheiten bei der Durchführung und deren Verlauf der Pflege Begründung für Veränderung der Interventionen

Abbildung 4: *Zuordnung Pflegeprozessschritte zu Formularen des Dokumentationssystems*

2.2.1 Stammblatt

Das Stammblatt, als Bestandteil der Informationssammlung, beinhaltet wichtige persönliche Daten zum Pflegebedürftigen. Dazu gehören auch: Angaben zu Angehörigen, Bezugspersonen, gesetzlichem Betreuer, Bevollmächtigtem, Kostenträger der Pflegeleistungen und zur Pflegestufe, medizinische Diagnosen, Informationen zu Verfügungen, kulturelle Zugehörigkeit, gesprochene Sprache, Aufenthalte im Krankenhaus, Kurzzeitpflege, Tagespflege sowie Angaben zu Hilfsmitteln. Weiterhin sollten der Hausarzt und weitere mit der Betreuung befasste Dienste aufgeführt werden. Das Stammblatt wird bei der Aufnahme des Pflegebedürftigen erstellt. Grundsätzlich sind die Angaben vom Pflegebedürftigen zu erfragen. Ist dies nicht möglich, so werden Bezugspersonen oder Betreuer / Bevollmächtigte herangezogen. Die Informationen im Stammblatt sind immer aktuell. Sind über lange Zeiträume viele Streichungen und Veränderungen vorgenommen worden, empfiehlt es sich, die Daten auf

ein neues Formular zu übertragen. Damit wird die Übersichtlichkeit bewahrt und veraltete Daten werden vermieden.

2.2.2 Formular zur Informationssammlung

Die Informationssammlung schafft eine strukturierte Grundlage für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses, insbesondere für die Pflegeplanung. Das Ziel besteht darin, eingangs einen umfassenden Gesamteindruck über die aktuelle pflegerelevante Situation des Pflegebedürftigen (Ist-Zustand) unter Berücksichtigung der Probleme, Gewohnheiten, der Möglichkeiten / Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu schaffen. Der lebensgeschichtliche Hintergrund des Pflegebedürftigen sowie seine Sichtweise und Einschätzung seiner Situation fließen in die Informationssammlung mit ein. Zur nachvollziehbaren Verlaufsdarstellung des Zustandes des Pflegebedürftigen müssen laufend Aktualisierungen vorgenommen werden. Die Kategorien der Informationssammlung orientieren sich an der jeweiligen pflegeinhaltlichen Ausrichtung. Die Angaben zu den einzelnen Kategorien werden unter den Dimensionen Gewohnheiten, Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie der pflegerischen Defizite erfasst. Vorhandene und eingesetzte Hilfsmittel werden aufgenommen und zu den Gewohnheiten, Möglichkeiten / Fähigkeiten des Pflegebedürftigen in Beziehung gesetzt. Die Beschreibung von Problemen, die einer ausführlichen Erläuterung bedürfen, können separat als Anlage zur Informationssammlung erfasst werden. Sofern notwendig werden Einschätzungsskalen verwendet (z. B. zur Einschätzung von Risiken).
Die Informationssammlung sollte die interprofessionelle Nutzung ermöglichen und wird bei der Übernahme des Pflegeauftrages begonnen. Sie erfolgt mittels eines bzw. mehrerer gezielt geführter Informationsgespräche und gezielter Beobachtungen. Die erstellte Informationssammlung wird mit Datum und Handzeichen der erhebenden Pflegefachkraft versehen. Pflegerelevante Informationen, die erst im Laufe der Betreuung zu ermitteln sind, werden nachgetragen.

2.2.3 Pflegeplanung

Das Pflegeplanungsblatt hat zum Ziel, die individuellen Probleme, Ziele und Pflegemaßnahmen sowie die Evaluation der durchgeführten Pflege übersichtlich und systematisch, mit der Möglichkeit der Aktualisierung, abzubilden.

Am Ende der Informationssammlung erfolgt auf dem Pflegeplanungsblatt eine Synthese der unter den jeweiligen Kategorien der Informationssammlung erfassten Situationsbeschreibungen. Die einzelnen Problemlagen werden in der entsprechenden Rubrik zusammengeführt und übergreifende handlungsleitende Pflegeprobleme formuliert. Daraus werden dann angestrebte Pflegeziele abgestimmt und entsprechend dokumentiert. Auf dieser Basis

werden die geplanten klientenbezogenen Pflegemaßnahmen dokumentiert. Eine Ergebnisrubrik dient der Dokumentation der durchgeführten Pflegeevaluation entsprechend des geplanten Überprüfungstermins. Notwendige Veränderungen, die sich aus den Ergebniskontrollen ergeben, gehen kurzfristig jeweils in die Maßnahmenplanung ein und langfristig in die Angaben der zu aktualisierenden Informationssammlung. Die jeweiligen Durchführungsverantwortlichen können entsprechend ihrer Qualifikation und den organisatorischen Gegebenheiten den einzelnen Tätigkeiten an dieser Stelle zugeordnet werden.

2.2.4 Durchführungsnachweis

Die Dokumentation der erbrachten Pflegemaßnahme erfolgt zeitnah und mit Handzeichen der durchführenden Pflegekraft im Durchführungsnachweis.

2.2.5 Pflegebericht

Der Pflegebericht hat zum Ziel, aktuell auftretende Probleme, deren Verlaufsbeschreibung sowie die Beschreibung des Befindens des Pflegebedürftigen zu erfassen. Der Pflegebericht weist in der Regel, sofern keine Besonderheiten zu verzeichnen sind, keine täglichen Eintragungen auf; die Dokumentation der erbrachten Pflege erfolgt auf dem Durchführungsnachweis.

Dem Dokumentationssystem müssen bei Bedarf weitere Formulare[54] angefügt werden, die dann Bestandteil der Dokumentation sind wie z. B.:

- Kontrollen (z. B. Körpergewicht, Vitalzeichen, Blutzucker)
- Ernährungs- und/oder Trinkprotokoll und ggf. Bilanzierung [55]
- Bewegungsplan (Lagerung)
- ärztliche Verordnungen (z. B. Medikamente, Behandlungspflege)
- Risikoerfassung (z. B. Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, Dehydratation)
- Wunderhebung und -verlauf
- Überleitungsbogen
- Bogen zur Erfassung der Betreuungsangebote (z. B. Ergotherapie; Aktivitäten, Freizeitbeschäftigung)

[54] Die Bezeichnung der Formulare orientieren sich am derzeitigen Sprachgebrauch in der Pflege und wollen keine Präferenz für ein bestimmtes Dokumentationssystem zum Ausdruck bringen.
[55] Vgl. Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung im Alter“ MDS, Essen 2003

2.3 Die Anwendung und Dokumentation des Pflegeprozesses in Einrichtungen der teilstationären Pflege, der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Vor dem Hintergrund der nur kurzen Verweildauern der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) und Kurzzeitpflege wird in der Praxis häufig der Pflegeprozess rudimentär umgesetzt[56].
Für Einrichtungen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege besteht jedoch die Verpflichtung, den Pflegeprozess anzuwenden. Die Informationssammlung beginnt spätestens mit Übernahme des Pflegeauftrages. Nur auf der Grundlage einer soliden Informationssammlung können die Maßnahmen ermittelt werden, die auch bei zeitlich begrenzter Verweildauer die bestmögliche Versorgung gewährleisten. Die Komplettierung der Informationssammlung sollte möglichst schnell erfolgen und wird bei längerem Aufenthalt sukzessive ergänzt. Das bedeutet, dass seitens der Einrichtung darauf gedrängt werden muss, in jedem Fall zeitnah von der verlegenden Institution (Krankenhaus, ambulanter Dienst oder Rehabilitationseinrichtung) einen umfassenden und aussagefähigen Pflegeüberleitungsbericht zu erhalten.

Das Ausmaß der Pflegeprozessplanung ist dabei in Abhängigkeit zur Aufenthaltsdauer und der Zielsetzung des Pflegebedürftigen zu gestalten.

In teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege ist ebenfalls spätestens bei der Übernahme des Pflegeauftrages mit der Informationssammlung zu beginnen. Je nach Priorität der individuellen Zielsetzung ist der Pflegeprozess zu gestalten. So kann hier z. B. der Schwerpunkt auf die aktivierenden Betreuungsangebote und die Tagesstrukturierung gelegt werden. Ist der Tagespflegegast z. B. nicht in der Lage, sich selbständig zu waschen, wird jedoch bereits zu Hause gewaschen, macht es keinen Sinn, diese Aktivität planerisch zu verfolgen.

[56] Bartholomeyczyk, S.: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: Pflege 2004; 17: 187-195 m. w. Literaturangaben

2.4 Die Anwendung und Dokumentation des Pflegeprozesses bei Behandlungspflege und die Einbeziehung des Arztes

Bei Versicherten, die ausschließlich Behandlungspflege erhalten, handelt die Pflegeeinrichtung im Rahmen des ärztlichen Therapie- und Behandlungsplanes. Die Pflegekraft führt hierüber entsprechende Nachweise, die Dokumentation von Besonderheiten wird gewährleistet und ggf. erfolgt eine Rücksprache mit dem behandelndem Arzt. Eine umfassende Dokumentation aller Schritte des Pflegeprozesses ist hier nicht erforderlich, da der Pflegedienst ausschließlich die Durchführung der Interventionen übernimmt, für die er vom behandelnden Arzt einen entsprechenden Auftrag erhalten hat. Die Verpflichtung zur Dokumentation im Bereich der „häuslichen Krankenpflege“ ergibt sich aus den jeweiligen Verträgen der Krankenkassen.

Es ist wünschenswert, dass der Arzt - wie alle an der Versorgung des Pflegebedürftigen Beteiligten - sowohl im Heim wie in der häuslichen Pflege in den Pflegeprozess „eingebunden“ ist. Unklar ist in der Praxis vielfach, inwiefern der Arzt verpflichtet ist, an der Pflegedokumentation des Pflegeheimes oder des ambulanten Dienstes mitzuwirken. In jedem Fall muss eine ärztliche An- oder Verordnung schriftlich vorliegen oder bei (fern)mündlicher Anordnung ein entsprechender Vermerk der entgegennehmenden Pflegekraft vorhanden sein. Der Arzt muss in der Pflegedokumentation nach geltender Rechtsprechung nicht gegenzeichnen oder unterschreiben[57]. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V[58] sagen dazu: „Der Vertragsarzt soll bei Gelegenheit des Hausbesuches die Pflegedokumentation einsehen, diese für seine Entscheidungen auswerten und seine Anordnungen darin vermerken.“

Die im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege von der Pflegeeinrichtung (ambulant wie stationär) übernommenen Leistungen sind ärztlich delegiert. Sie müssen in der Pflegedokumentation der Pflegeeinrichtung als ärztlich verordnete Maßnahmen dokumentiert werden.

[57] Böhme, H.: Rechtsfragen im Alltag der Heimversorgung unter Berücksichtigung der neuen Rechtsgrundlagen (PQsG und HeimG). 1. Auflage, Mössingen 2002. Seite 14f.

[58] in der Fassung vom 24. März 2003; veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 123 vom 8. Juli 2003, in Kraft getreten am 9. Juli 2003

Aus der Haftungsverteilung ergibt sich: der Arzt hat im Rahmen der Behandlungspflege die Anordnungsverantwortung, die Einrichtung die Organisationsverantwortung, die einzelne Pflegekraft die Durchführungsverantwortung.

Alle Beteiligten haben in ihrem Zuständigkeitsbereich entsprechende Sorgfaltspflichten zu beachten. Der Arzt muss die Pflegefachkraft in die Lage versetzen, ihre Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie leisten zu können. Dafür muss er der Pflegefachkraft die zur sach- und fachgerechten Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen erforderlichen Informationen zur Verfügung stellen. Die Einrichtungsleitung und der Arzt müssen sich von dem Vorhandensein der erforderlichen Kompetenzen der Pflegefachkraft überzeugen. Idealerweise vereinbart die Einrichtung mit dem Arzt den dazu gehörenden Handlungsstandard.

In der täglichen Praxis hat es sich als bewährtes und auch zur rechtlichen Absicherung notwendiges Vorgehen eingespielt, dass die ärztlichen Anordnungen schriftlich erfolgen. Grundsätzlich sollte der Einrichtungsträger mit allen an der Versorgung beteiligten Ärzten schriftlich vereinbaren, wie die Delegation ärztlicher Anordnungen erfolgt, um für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Rechtssicherheit zu erreichen. Z. B.: die ärztlichen Anordnungen im Rahmen der Behandlungspflege erfolgen generell schriftlich (Mitdokumentation des Arztes in der Pflegedokumentation oder per schriftlicher Verordnung, z. B. auch per Fax). Ist dies dem Arzt (ausnahmsweise) nicht möglich, sollte die Einrichtung dem Arzt mitteilen, dass folgendermaßen verfahren wird: bei (fern)mündlichen Anordnungen durch den Arzt liest die das Telefonat entgegennehmende Pflegefachkraft dem Arzt die Verordnung am Telefon nochmals vor und lässt sich die Richtigkeit der so von ihr dokumentierten Verordnung mündlich bestätigen („VUG = Vorgelesen- und- Genehmigt-Prinzip“) und zeichnet mit Datum die telefonische Anordnung des Arztes gegen.

2.5 Pflegedokumentation in der Praxis

Die Pflegedokumentation dient den innerbetrieblichen und interdisziplinären Kommunikations- und Informationsprozessen sowie in problembehafteten Fällen der Beweissicherung.

Bei der Pflegedokumentation ist folgendes generell zu beachten:

- Die Nutzung eines dokumentenechten Stifts ist empfehlenswert[59], Fehler in der Dokumentation werden mit einem waagerechten Strich als Fehleintragung kenntlich gemacht (gestrichen), der Text bleibt lesbar. Radierungen, Überklebungen und der Gebrauch von

[59] Böhme, H.: Eine Botschaft von Expertin zu Expertin: Die Pflegedokumentation. In: Pflege Aktuell 3:1996:186-189

Tipp-Ex® unterbleiben. Nachträgliche Änderungen sind als solche zu kennzeichnen und zu datieren[60].

- Die Aufzeichnungen werden so verfasst, dass alle an der Versorgung, Pflege und Behandlung beteiligten Berufsgruppen sie ohne weitere Nachfrage als Handlungsanleitung verstehen können.
- Die Formulierungen in der Pflegedokumentation sind klientenbezogen, knapp und dennoch präzise; sie sind differenziert, eindeutig, transparent und überprüfbar.
- Bewertungen und Interpretationen von Angaben des Pflegebedürftigen oder der Bezugsperson werden vermieden. Aussagen des Pflegebedürftigen werden ggf. als Zitat dokumentiert.
- Es wird nur dokumentiert, was wichtig ist; Doppeldokumentationen werden vermieden. Die Dokumentierenden fragen sich stets, welche Angaben der Arbeitskollege benötigt, um eine Pflege, Versorgung oder soziale Betreuung weiterführen zu können.
- Es werden allgemein anerkannte pflegerisch-medizinische Begrifflichkeiten verwendet. Stichworte reichen aus, solange Irrtümer ausgeschlossen sind.
- Dokumentiert wird grundsätzlich zeitnah. Das bedeutet, es wird möglichst pflegebegleitend dokumentiert.
- Je gefahrenträchtiger eine Pflegesituation ist, desto höhere Anforderungen sind an die Dokumentation zu stellen. Im Schadensfall muss sich aus der Pflegedokumentation ergeben, dass der Schadenseintritt unvermeidlich war, obwohl die Pflege fachlich gemäß dem Stand des Wissens erbracht wurde[61].

Als solche Situationen gelten insbesondere:

- Unterbringungsähnliche (freiheitsbeschränkende) Maßnahmen[62]
- Einschränkungen in der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Medikation
- Behandlungspflege einschließlich Hygienemaßnahmen
- Prophylaxen zur Vermeidung einer Erkrankung
- Einsatz von medizinischen Geräten und Hilfsmitteln[63].
- Wenn zu einem bestimmten Sachverhalt ein Standard, eine Richtlinie oder Leitlinie vorliegt, wird im Rahmen des Pflegeprozesses darauf verwiesen; Modifikationen davon werden in der Pflegeplanung dokumentiert.

---

[60] Ennker, J.; Debong, B.; Beller, C. J.: Herzchirurgie und Recht. Steinkopff Verlag Darmstadt 2004 S. 76
[61] ders. a. a. O.
[62] Meier, S. M.: Handbuch Betreuungsrecht. C.F. Müller Verlag. Heidelberg, 2005, S. 246 ff
[63] Abt-Zegelin, A.; Böhme, B., Jacobs, P.: Pflegedokumentation "Patient unauffällig" Teil 1. In: Die Schwester Der Pfleger S. 132 ff. 2004

- Die verwendeten Handzeichen sind eindeutig zuzuordnen. Grundsätzlich ist aus der Dokumentation ersichtlich, wer welche Maßnahmen wann geplant und wer sie durchgeführt hat. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Handelnde alle Einzelmaßnahmen eines zusammenhängenden Maßnahmenkomplexes auch einzeln abzeichnen muss. Bei differenzierter und individueller Pflegeplanung oder bei Anwendung eines Standards genügt es, die Durchführung der Maßnahmen gebündelt zu bestätigen. So kann z. B. die routinemäßige morgendliche Körperpflege, die sich meist aus vielen kleinen Einzelmaßnahmen zusammensetzt, als ein Komplex dokumentiert werden. Die Dokumentation von Regelabweichungen und individuellen Besonderheiten bleibt davon unberührt.
- In der ambulanten Pflege wird die Pflegedokumentation in der Regel beim Pflegebedürftigen aufbewahrt. Eine Ausnahme des Aufbewahrungsortes der Pflegedokumentation ist in begründeten Fällen möglich, z. B. wenn der Pflegebedürftige desorientiert ist und die Dokumentationen verlegt.
- In der zur täglichen Arbeit benötigten Pflegedokumentationsmappe sollten, um einen ausreichenden Überblick über die Versorgungs- und Pflegesituation des Pflegebedürftigen zu haben, die Dokumentationsbögen den Pflegeverlauf der zurückliegenden drei Monate widerspiegeln. Weiter zurückreichende Dokumentationen können zentral archiviert werden.[64]
- Grundsätzliche Wünsche des Pflegebedürftigen sind dokumentiert bzw. hinterlegt, z. B. hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen, Vorsorgevollmachten, Einsatz von Überwachungstechnologie im Falle einer Demenzerkrankung, Bestattungswünsche.
- Bei nicht einwilligungsfähigen Bewohnern werden gemeinsame Entscheidungen von Angehörigen, Pflegenden und Ärzten z. B. über die Verfahrensweise bei nicht ausreichender Flüssigkeitsaufnahme oder zur Schmerztherapie dokumentiert.

2.6 EDV-gestützte Pflegedokumentation

Die EDV-gestützte Pflegedokumentation findet in den letzten Jahren mehr und mehr Resonanz in der Fachöffentlichkeit. Einrichtungen, die mit der handschriftlichen Pflegedokumentation Probleme haben, versprechen sich von der Einführung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation deren Lösung. Neben dem Effekt einer Datenerfassung für das interne Controlling und für Vergütungsverhandlungen wird mit der EDV-gestützten Pflegedokumentation vor allem die Hoffnung auf Zeitersparnis und einer effektiveren Steuerung des Pflegeprozesses verbunden. Das Pflegepersonal soll von zeitraubenden Schreibarbeiten befreit werden, um mehr Zeit für die zu Pflegenden und für die pflegerische Versorgung zu haben. Erfahrungs-

[64] zu den Aufbewahrungsfristen vgl. Abt-Zegelin, A.; Böhme, H.; Jacobs, P.: Pflegedokumentation „Patient unauffällig“ Teil 2. In: Die Schwester/Der Pfleger 2004, S. 218ff

berichte aus den Einrichtungen zeigen allerdings, dass die EDV-gestützten Pflegeplanungs- und -dokumentationssysteme nur dann die erhoffte Arbeitserleichterung und Qualitätssteigerung bieten, wenn vom Pflegepersonal die Anwendung des Pflegeprozesses beherrscht und gewollt wird. Zudem muss sichergestellt sein, dass Basiskenntnisse im Umgang mit der EDV vorhanden sind.

Die folgenden Leistungsmerkmale haben sich aus pflegefachlicher Sicht als Mindestanforderungen an eine EDV-gestützte Pflegedokumentation bewährt:

- alle Schritte des Pflegeprozesses sind erkennbar und dargestellt,
- die Schritte des Pflegeprozesses sind miteinander verknüpft,
- individuelle Planung ist durch freie Texteingabe möglich,
- wiederkehrende Arbeiten sind durch Textbausteine abgebildet, hoher Automatisierungsgrad des Dokumentationssystems,
- Pflegemodelle und geeignete Assessmentverfahren müssen hinterlegt werden können,
- der Anwender wird durch den gesamten Planungs- und Dokumentationsprozess geführt, es werden z. B. Auswahlmöglichkeiten angeboten, die fachlich möglich und sinnvoll sind,
- in jedem Prozessschritt sind zur Fehlerfrüherkennung Plausibilitätsprüfungen möglich,
- Änderungen und Löschungen müssen für den Anwender erkennbar sein,
- das System lässt Auswertungen aus Dokumentation und Planung zu, die für intra- und interprofessionelle Kommunikation von hoher Bedeutung sind,
- ausreichend viele EDV-Arbeitsplätze stehen zur Verfügung,
- jede Eintragung wird automatisch mit aktuellem Datum und "Handzeichen" hinterlegt; das System lässt keine vorweggenommene Dokumentation zu,
- Mitarbeiter verfügen über Passwörter, so dass jede Eintragung eindeutig zuzuordnen ist.

Beim derzeitigen Entwicklungs- und Ausstattungsstand der EDV in der Pflege kommen auch die ausgereiftesten auf dem Markt befindlichen Systeme nicht ganz ohne weitere händische Dokumentation aus (z. B. Bewegungspläne, Trinkprotokolle etc).

Die Anschaffung eines EDV-gestützten Pflegedokumentationssystems kann die notwendige Qualifikation der Mitarbeiter in den Prinzipien und der Anwendung des Pflegeprozesses nicht ersetzen. Die Mitarbeiter müssen den Pflegeprozess vor Einführung eines EDV-gestützten Pflegedokumentationssystems verstehen und anwenden können sowie von der Notwendigkeit geplanter und dokumentierter Pflege überzeugt sein.

Kapitel 3

3. Nutzen des Pflegeprozesses für den Pflegealltag

Erfahrungen des MDK aus Beratungen und Qualitätsprüfungen zeigen, dass Pflegeeinrichtungen und deren Beschäftigte, die erfolgreich mit dem Pflegeprozess arbeiten, vielfältigen Nutzen und Vorteile daraus ziehen. Von der erfolgreichen Umsetzung profitieren sowohl die Pflegenden und die Pflegebedürftigen als auch die übrigen an der Pflege und Betreuung Beteiligten.

Der Pflegebedürftige und seine Bezugspersonen – Angehörige, Betreuer und Bevollmächtigte

Bereits der erste Schritt des Problemlösungsprozesses, die umfassende Informationssammlung, kann dem Pflegebedürftigen ein spürbares Interesse an ihm als Person mit eigener Geschichte und individuellem Umfeld vermitteln. Entscheidend ist dabei die Art der Interaktion und die Fähigkeit der Pflegefachkraft, die Sichtweise des Pflegebedürftigen in die Informationssammlung aufzunehmen und mit ihrem eigenen Verständnis im Sinne einer gemeinsamen Situationsdeutung abzugleichen. Die Intensität der sich anbahnenden Beziehung, der Verlauf der weiteren Schritte und letztlich die erfolgreiche Umsetzung des Pflegeprozesses wird verantwortlich von der Pflegekraft gestaltet.

Für den Pflegebedürftigen bedeutet dies zum einen Verlässlichkeit und Kontinuität in Bezug auf die Durchführung der Pflege und zum anderen Sicherheit hinsichtlich der zu erreichenden Ziele über den gesamten Pflegeverlauf hinweg.

Auch die aktive Einbeziehung von Angehörigen und anderer an der Versorgung Beteiligter wird durch das prozessgeleitete Vorgehen möglich. Ein „gelebter“ Pflegeprozess legt offen, wo und wie Angehörige und Bezugspersonen ihren Pflegebedürftigen unterstützen und begleiten können. Vor allem in der ambulanten Versorgung kann die Pflegefachkraft das teilweise jahrelange Erfahrungs- und Expertenwissen der pflegenden Angehörigen als Ausgangspunkt für die Pflegeplanung nutzen.
Zwischen professionellem Pflege- und Familiensystem (einschließlich anderer Bezugspersonen) können gemeinsame Zielsetzungen abgesprochen und vereinbart und deren Ergebnis-

se überprüft werden[65]. Geplante und dokumentierte Pflege, die als Kommunikationsmedium zwischen den Akteuren genutzt wird, gewährleistet die Einschätzung des Pflegebedarfs aus der Sicht der Angehörigen. Dabei wird die Leistung der Angehörigen von den professionell Pflegenden nicht nur als wichtiges Versorgungselement registriert, sondern pflegende Angehörige erfahren Aufmerksamkeit, Anerkennung und Wertschätzung.
Eine aussagefähige Pflegedokumentation stellt die Versorgung des Pflegebedürftigen transparent und nachvollziehbar dar. Hieraus lassen sich beispielsweise wichtige Hinweise bei einer anstehenden Ein- oder Höherstufung im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ablesen.

Besteht eine gesetzliche Betreuung mit entsprechendem Aufgabenkreis oder eine Vollmacht, kann die Willenserklärung des Betreuers/Bevollmächtigen anstelle der Erklärung des Pflegebedürftigen über Ziele und Unterstützungsleistungen treten. Die Angaben in der Pflegedokumentation stellen sowohl für Betreuer/Bevollmächtigte als auch die Pflegekräfte wichtige Informationen dar und sind eine der Grundlagen für deren Entscheidungen.

Die geplante und dokumentierte Pflege ermöglicht zudem die systematische Einbeziehung von weiteren an der Pflege, Betreuung und Versorgung beteiligten Personen, wie z. B. ehrenamtlichen Helfern[66], Seelsorgern, Ergotherapeuten und Krankengymnasten. Die Zusammenarbeit im Sinne einer umfassenden Versorgung und Betreuung wird gefördert, die für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortliche Pflegefachkraft kann auf dieser Grundlage den richtigen Zeitpunkt der Einbeziehung von den jeweiligen Personen koordinieren.

Nicht zuletzt ist der dokumentierte Pflegeprozess die Grundlage für das Schnittstellenmanagement wie z. B. Überleitung des Pflegebedürftigen in Institutionen wie Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim, ambulanten Pflegedienst. Für die Weiterversorgung können so die benötigten Informationen strukturiert, umfassend und zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

Die Pflegefachkräfte

Die Realisierung des Pflegeprozesses erfordert von den Pflegenden immer eine Auseinandersetzung mit den eigenen und fremden Rollen- und Menschenbildern, dem beruflichen Selbstverständnis und der Auffassung von Pflege. Selbstverständnis und Haltung der Pfle-

[65] Steiner-Hummel, I.: PartnerInnen im Pflegeprozess. In: Arnold, K.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen-Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main 2000. Seite112 ff.
[66] Ehrenamtliche, bürgerschaftlich und anderweitig freiwillig engagierte Personen,

genden haben dabei Auswirkungen auf die Ausgestaltung und die Anwendung des Pflegeprozesses und damit auf die Art der Hilfeleistung.

Den Pflegenden bringt dies in mehrfacher Hinsicht Nutzen. Zum einen ermöglicht die Arbeitssystematik des Regelkreises die individuelle Situation des Pflegebedürftigen umfassend geplant, systematisch und professionell in den Blick zu nehmen; dies erfordert mehr als das bloße Zuordnen von Maßnahmen zu Pflegeproblemen und Krankheitsbildern. In jeder Phase können Pflegemaßnahmen (im Sinne eines Aushandlungsprozesses) an die persönlichen Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen angepasst werden. Durch die Dokumentation werden die festgelegten Ziele und Interventionen verbindlich und pflegerisches Handeln wird zielorientiert und einheitlich. Darüber erfahren Pflegende einen Zuwachs an Handlungssicherheit und dem Pflegebedürftigen wird damit ein hohes Maß an Kontinuität vermittelt. Zum anderen stellt der Pflegeprozess zur Zeit die Möglichkeit dar, pflegefachliches Wissen, Können und Handeln für Außenstehende nachvollziehbar darzustellen. Darüber wird der eigenständige Beitrag der Pflege deutlich.

4. Pflegeprozess und Pflegedokumentation als Instrument der Qualitätssicherung

Kapitel 4

Im Kontext mit den Pflegeleistungen ist der Pflegeprozess ein wichtiger Baustein für die nachhaltige Sicherung der Qualität aller Leistungen einer Pflegeeinrichtung. Mit seiner systematischen Herangehensweise an eine Tätigkeit entspricht der Pflegeprozess in seinen Handlungsschritten dem aus den Qualitätssicherungssystemen bekannten und branchenübergreifend angewandten PDCA-Zyklus:

PDCA-Zyklus (nach W. Edward Deming)		**Schritte des Pflegeprozesses** (modifiziertes 6-Phasen Modell)
Plan	Festlegen der Ziele und Prozesse unter Einbeziehung der Unternehmenspolitik und der Kundenanforderungen	Auf der Grundlage der gesammelten **Informationen** (Informationssammlung) werden mit dem Pflegebedürftigen **gemeinsam** Probleme und Bedürfnisse definiert. Unter Berücksichtigung von Fähigkeiten und Ressourcen werden Ziele und **Pflegemaßnahmen** zur Problemlösung vereinbart.
Do	Ausführen der Prozesse	Die vereinbarten Pflegemaßnahmen werden **durchgeführt** und **dokumentiert**.
Check	Überwachung und Messen von Prozessen und Reaktion der Kunden beobachten	Die Wirkung der Pflegemaßnahmen auf das Problem und die Situation des Pflegebedürftigen wird in regelmäßigen Intervallen **kontrolliert** und im Hinblick auf die Zielformulierung (neu) **bewertet**.
Act	Die Leistung der Organisation bewerten und Maßnahmen zur ständigen Verbesserung ergreifen	Aufgrund der Ergebnisse der **Zielüberprüfung** werden die Pflegemaßnahmen, entsprechend der veränderten Situation des Pflegebedürftigen, **angepasst** oder **fortgeschrieben**.

Abbildung 5: *Qualitätsentwicklungs-Zyklus und Pflegeprozess*

Die Schritte des Pflegeprozesses beinhalten ebenso wie der PDCA-Zyklus die kontinuierliche Analyse der Ist-Situation und ihre Anpassung an die angestrebte Soll-Situation.

Pflegerisches Handeln vollzieht sich dabei auf der Grundlage von Werten, Normen und des professionellen Wissens. Durch Standards, Richtlinien und Verfahrensanweisungen werden Versorgungs- und Pflegeabläufe beschrieben, die für alle Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung verbindlich sind. Die Festschreibung der Abläufe in der Pflege gewährleistet, dass jeder Mitarbeiter weiß, wer mit welcher Qualifikation eine bestimmte Leistung in welcher Art und Weise und mit welchen Mitteln erbringen muss.

Die kontinuierliche Dokumentation der Handlungsschritte ergänzt die qualitätssichernde Funktion des Pflegeprozesses. Eine differenzierte und nachvollziehbare Darstellung des Geschehens sorgt zum einen für einen ständigen Informationsgleichstand aller an der Pflege Beteiligten; zum anderen ist die Pflegefachkraft gehalten, sich detailliert und kontinuierlich mit dem Pflegebedürftigen und den eigenen Aufgaben zu befassen[67].

Mit dieser Vorgehensweise werden pflegerische Leistungen strukturiert und transparent, sinnvoll miteinander verknüpft und überprüfbar. Das Qualitätsniveau einer Pflegeleistung ist damit vorgegeben und für den Pflegebedürftigen erwächst daraus ein hohes Maß an Zuverlässigkeit in Bezug auf eine gleichbleibende Unterstützungsleistung.

Analyse und Steuerung einrichtungsinterner Prozesse

Ein bisher kaum genutztes Potenzial liegt darin, dass der Pflegeprozess und seine Dokumentation auch als Steuerungsinstrument für einrichtungsinterne Prozesse genutzt werden kann. Er bietet Möglichkeiten der Optimierung, Standardisierung und Straffung von Arbeitsabläufen in der Pflege, Betreuung und Versorgung.
So kann die Pflegedokumentation eine Grundlage für die Analyse und Planung von Sachmitteln, Pflege- und Personalbedarf sein. Bei differenzierter Führung ermöglicht sie Feststellungen für eine bedarfsgerechte fachübergreifende Personaleinsatz- und Dienstplanung und legt damit fest wie oft, zu welchen Zeiten und von wem (bezogen auf die Qualifikation), welche konkreten Pflegeleistungen in welchem Umfang erbracht werden müssen. Eine individuelle, aktuelle Prozessplanung und -dokumentation ermöglicht damit eine effizientere und effektivere Einteilung der Ressourcen Zeit, Personal und Hilfsmittel bezogen auf den individuellen Bedarf an Pflege, Betreuung und Versorgung eines Pflegedürftigen.

[67] vgl.: Brandenburg, H.: Das Resident Assessment Instrument (RAI): Ausgewählte empirische Befunde und Konsequenzen für die pflegewissenschaftliche Diskussion in Deutschland. In: Pflege und Gesellschaft, 7 (3), 2002 S. 95-102 und Mahler, C.; Ammenwerth, E.; Tautz, A.; Wagner;, A. Eichstädter, R.; Hoppe, B.: Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen. In: Pflege 16, 2003 S. 144-152

Sicherstellung der innerbetrieblichen und interdisziplinären Kommunikation

Der Erfolg pflegerischer Verrichtungen und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen hängt wesentlich vom kontrollierten Umgang mit Informationen ab. Sind diese ungenau oder unvollständig, hat das Auswirkungen auf die Kontinuität und Angemessenheit der Versorgung des Pflegebedürftigen. Pflegeeinrichtungen sind daher gut beraten, ein organisiertes und gezieltes Informationsmanagement zu errichten, in dem die Pflegedokumentation eine Schlüsselposition einnimmt.

Die Dokumentation ist ein Instrument zur Kommunikation der Mitarbeiter der verschiedenen Professionen in einer Pflegeeinrichtung. Sie ist Arbeitsmittel im Sinne einer Gedächtnisstütze; sie ermöglicht einen Zugriff auf Informationen zur aktuellen Situation. Darüber hinaus ist die Pflegedokumentation, ihre Zuverlässigkeit unterstellt, das wichtigste Hilfsmittel für effektive Übergabegespräche.

In der Regel sind unterschiedliche Personen an der Versorgung des Pflegebedürftigen beteiligt (Pflegekräfte, Mitarbeiter der sozialen Betreuung, Ärzte, Krankengymnasten, Angehörige etc.). Ein hoher Prozentsatz aller Organisationsprobleme entsteht nicht innerhalb der Organisation, sondern an deren Schnittstellen. Ein unterbrochener oder fehlerhafter Informationsfluss ist hierfür die Hauptursache. Daher ist es sinnvoll, alle Teilinformationen in der Dokumentation zusammen zu führen. Erst in ihrer Gesamtheit ergeben sie ein Bild des Pflegebedürftigen, auf welches alle an der Pflege Beteiligten angewiesen sind. Aus diesem Grunde ist es zweckmäßig, alle Beteiligten am Versorgungsprozess an der Nutzung der Pflegedokumentation zu beteiligen.

Der überwiegende Teil der pflegedürftigen Menschen wird in der häuslichen Umgebung durch Angehörige, ohne oder mit professioneller (informeller) Unterstützung versorgt. Für die Pflege besteht eine Hauptaufgabe in der Abstimmung professioneller Dienstleistungen mit dem informellen Hilfesystem (Pflege durch Angehörige und Bezugspersonen). Hier gilt es Pflegearrangements zu gestalten, in denen das professionelle und informelle Hilfesystem miteinander verknüpft werden.

5. Normative Bezugspunkte des Pflegeprozesses und der Dokumentation

Kapitel 5

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation haben innerhalb des Rechts verschiedene Bezugspunkte. Normative Anforderungen ergeben sich aus dem:

- Recht der Pflegeberufe
- Sozialversicherungsrecht
- Ordnungsrecht (insbesondere Heimgesetz)
- Haftungsrecht.

Die Basis bildet das Recht der Pflegeberufe, hier insbesondere die Ausbildungsregelungen in den Kranken- und Altenpflegegesetzen.

5.1 Das Recht der Pflegeberufe

Bereits im Jahre 1985 wurden im Krankenpflegegesetz (KrPflG) die einzelnen Bestandteile des Pflegeprozesses als Ausbildungsziele für Krankenschwestern/-pfleger und Kinderkrankenschwestern/-pfleger formuliert.

Im Krankenpflegegesetz vom 1. Januar 2004 ist die geplante Pflege und damit die Anwendung des Pflegeprozesses vom Gesetzgeber in § 3 Abs. 2 KrPflG festgeschrieben:

Hier heißt es:

„(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

   a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,

   b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“.

Zentrales Ziel der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Krankenpflegegesetzes ist es, die Auszubildenden sowohl in theoretischer als auch in praktischer Hinsicht zu befähigen, ihr Pflegehandeln nach dem Pflegeprozess zu gestalten[68].

Ebenso ist im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) vom 25. August 2003 bundeseinheitlich in § 3 Satz 2 Nr. 1 „die sach- und fachkundige, den allgemeinen anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege“ festgeschrieben.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Altenpflegegesetz stellt deshalb die theoriegeleitete, an den verschiedenen Lebensbereichen des älteren Menschen orientierte Pflegeprozesssteuerung in den Mittelpunkt. Folgerichtig bezieht sich eines der Lernfelder auf die „Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren“[69].

Damit wird sichergestellt, dass Pflege nur mit einer durch formalen Berufsabschluss nachgewiesenen Qualifikation professionell geplant und verantwortet werden kann (indirekte Vorbehaltsaufgabe). Die damit einhergehende Kompetenzerwartung des Gesetzgebers an die Profession korrespondiert mit den Aufgaben der Einrichtungen, die sich im SGB XI wiederfinden.

Der Gesetzgeber orientiert sich in seinen Ausbildungsnormen an einer bereits existierenden Definitionsmacht von beruflichen Standards in der Pflege und dem sich bildenden aktuellen Stand des Wissens[70]. Der fortwährende Verstoß und das regelhafte Unterschreiten der Fachlichkeit kann die Aberkennung der Berechtigung zur Führung einer staatlich geschützten Berufsbezeichnung zur Folge haben. Auf dem Stand des Wissens reflektiert der Gesetzgeber auch, wenn er Maßstäbe für die nachzuweisende Qualität in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen benennt. Neben den in Deutschland bisher existierenden Expertenstandards Dekubitusprophylaxe[71], Entlassungsmanagement[72], Schmerzma-

---

[68] Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.November 2003 vgl. Anlage 1 zu 1 Abs.1 A Theoretischer und praktischer Unterricht insbes. Ziffern 1 und 2. Bundesgesetzblatt Jg. 2003 Teil I Nr. 55 vom 19. November 2003

[69] Sowinski, C.; Behr, R.: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel, Köln 2002 S. 5

[70] Entzian, H.: Der allgemein anerkannte Stand pflegerischer Erkenntnis. In: Klie, T.; Brandenburg, H. (Hrsg.): Gerontologie und Pflege. Hannover 2003 S. 96 ff.

[71] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung- Implementierung. 2. Auflage Osnabrück Februar 2004. Internet: http://www.dnqp.de. Das Bundessozialgericht hat in zwei Urteilen Bezug auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe genommen: B 3 KR 15/02 R, B 3 KR 9/02 R

[72] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück November 2002

nagement[73] und Sturzprophylaxe[74] gibt es keine verbindlichen Handlungsstandards und Leitlinien in der Pflege; überwiegend bilden Expertenmeinungen und deskriptive Studien den aktuellen “Stand des Wissens”.

Jede Pflegefachkraft muss also aufgrund ihrer abgeschlossenen Berufsausbildung in der Lage sein, den Pflegeprozess in Theorie und Praxis zu beherrschen. Die Wissensaktualisierung durch Fort- und ggf. Weiterbildung ist durch die Einrichtung und die leitenden Kräfte zu gewährleisten.

Nach dem geltenden Berufsrecht in der Kranken- und Altenpflege gehört die Realisierung des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation somit zu den Sorgfaltspflichten in der Pflege.

5.2 Sozialversicherungsrecht und Ordnungsrecht

Im SGB XI sind eine Reihe von Normen aufgeführt, die ohne Pflegeprozess und Pflegedokumentation weder von ambulanten noch von (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen zu realisieren wären. Die Pflegeeinrichtung hat „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse ... eine humane und aktivierende Pflege zu gewährleisten“ (§ 11 Abs. 1 SGB XI). Sie soll „vorhandene Fähigkeiten ... erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten“ (§ 28 Abs. 4 SGB XI) zurückgewinnen.

§ 80 Abs. 1 SGB XI schafft die Grundlage für die Vereinbarungen verbindlicher Regelungen für die Qualität und Qualitätssicherung in den Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege.

Betrachtet man die für alle Pflegeeinrichtungen verbindlichen „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen[75] vom 07.03.1996“, so finden sich darin unmissverständliche Formulierungen zur Thematik Pflegeprozess und Pflegedokumentation:

[73] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Osnabrück Januar 2004. Algorithmus pflegerisches Schmerzmanagement. Internet: http://www.dnqp.de.
[74] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe
[75] vergleichbares gilt für die ambulante Pflege in den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität...“ I

5.1.1.2 Verantwortliche Pflegefachkraft

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese auf der Basis der unter 1.1 genannten Ziele u. a. verantwortlich ist für:

- *die fachliche Planung der Pflegeprozesse*
- *die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation*

5.2.2.3 Pflegeplanung

Für jeden Bewohner ist eine individuelle Pflegeplanung unter Einbezug der Informationen des Bewohners, der Angehörigen oder anderer an der Pflege Beteiligten durchzuführen. Die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Bewohner vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess sind herauszuarbeiten und die Pflegeziele festzulegen.

Die individuelle Pflegeplanung muss der Entwicklung des Pflegeprozesses entsprechend kontinuierlich aktualisiert werden. Dazu gehört auch eine geeignete Pflegedokumentation.

Die soziale und kulturelle Integration des Bewohners in das gesellschaftliche Umfeld wird bei der Festlegung der Pflegeziele berücksichtigt.

3.2.3 Pflegedokumentation

Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine geeignete Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen, aus der heraus das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten sind. Die Dokumentation ist mindestens fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren.

Die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe“ der Spitzenverbände der Pflegekassen gemäß § 80 SGB XI fordern damit, dass sich die Arbeit der professionellen Pflege nachweislich am Pflegeprozess zu orientieren hat[76].

Diese Verpflichtung findet sich wieder in den Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI und implizit in § 85 Abs. 3 SGB XI. Darüber hinaus besteht seit dem 01.01.2004 für jeden professionellen Mitarbeiter die Verpflichtung, sein Fachwissen ständig zu aktualisieren (Vgl. § 132a Abs. 2 SGB V).

[76] vgl. Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 21. Mai 1996

Vergleichbare Anforderungen werden auch im Ordnungsrecht an die Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen gestellt. So verlangt das Heimgesetz (HeimG) z. B.:

- § 2 Abs. 1 HeimG: „Eine nach dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung ist zu gewährleisten."

- § 6 Abs. 2 HeimG: „Der Träger hat Änderungen der Art, des Inhalts und des Umfangs der Leistungen darzustellen."

- § 11 Abs. 1 Nr. 3 HeimG: „Eine angemessene Qualität der Bewohnerbetreuung, bei Pflegebedürftigen eine Pflege nach dem allgemeinen Stand ist sicherzustellen.

- § 11 Abs. 1 Nr. 7: HeimG: „ Es ist sicherzustellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden."

- § 13 Abs. 1 Nr. 6 HeimG: „ Die Pflegeplanungen und Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner müssen ersichtlich sein."

5.3 Das Haftungsrecht

Die rechtliche Verpflichtung zur Umsetzung des Pflegeprozesses beinhaltet für Pflegefachkräfte die Übernahme von mehr Verantwortung, die auch haftungsrechtliche Folgen nach sich ziehen kann. Um so wichtiger ist die Umsetzung des Pflegeprozesses als selbstverständlicher Bestandteil der Pflegepraxis.

Aus dem rechtlichen Charakter der handschriftlichen Dokumentation als Urkunde[77] ergeben sich arbeitspraktische Konsequenzen, insbesondere hinsichtlich ihrer Beweisfunktion im Zivil- und Strafrecht sowie der Transparenz- und Qualitätssicherungsfunktion.

Das Haftungsrecht beleuchtet das fehlerhafte Handeln. Eingestanden werden muss für eine vorwerfbare, schuldhafte Pflichtverletzung. In der Rechtsfolge können nebeneinander zivilrechtliche, strafrechtliche und arbeitsrechtliche Haftungslagen entstehen. Maßstab ist jeweils die Umsicht und Sorgfalt der besonnen und gewissenhaft handelnden Pflegenden. Sorgfältig handelt demnach, wer auf Grundlage des nachgewiesenen Stands des pflegefach-

[77] „Eine Urkunde ist eine verkörperte Gedankenäußerung, deren Aussteller erkennbar ist (§ 416 ZPO). Sie besitzt die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit, wenn sie vom Aussteller unterschrieben ist, m. a. W. der Richter ist an ihren Erklä-

lichen Wissens handelt. Eingerissene Verkehrsunsitten und Nachlässigkeiten entschuldigen daher nicht, auch nicht das Bestehen eines „verbreiteten Brauchs“[78].

So hält der BGH in seiner Urteilsbegründung die „Unterlassung der erforderlichen Dokumentation ... für ... ein Indiz dafür, dass im Krankenhaus der Beklagten die ernste Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahmen nicht in ausreichender Form angeordnet wurde und dass daher das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat. Bei dieser Sachlage kann der (pflegebedürftigen) Klägerin billigerweise nicht die volle Beweislast für die behaupteten Behandlungsfehler obliegen. Die Beklagte muss vielmehr die indizielle Wirkung der fehlenden Krankenblatteintragungen entkräften“ [79].
Dies bedeutet, dass die Pflegekraft im Zivilprozess regelmäßig den Vorwurf mangelhafter Versorgung entkräften muss. Da dieser Nachweis im Nachhinein nur äußerst schwer zu führen ist, muss die Pflegedokumentation sorgfältig geführt werden, auch um eventuelle Prozessrisiken zu vermeiden.

Wird eine dokumentationsbedürftige Tatsache in der Pflegedokumentation nicht dokumentiert, gilt im Zivilrecht die Vermutung „Was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht geschehen“[80].
Die Maßstäbe aus dem Krankenhaus werden von der Rechtsprechung auf die ambulante und stationäre Altenpflege übertragen. Grundsätzlich gilt: je risikoreicher sich eine pflegerische Handlung oder deren Unterlassung im Einzelfall erweist, desto höhere Anforderungen sind an die Pflegedokumentation zu stellen. Aus den Angaben der Pflegedokumentation sollte sich ergeben, dass der eingetretene Schaden trotz aller aufgewendeten Sorgfalt (d. h. der Stand des pflegefachlichen Wissens wurde beachtet) nicht zu vermeiden war.

Allerdings geht auch die Rechtsprechung inzwischen nicht mehr davon aus, dass jede gesundheitliche Einschränkung zu vermeiden ist. Es wird zur Kenntnis genommen, dass das fachlich begründete Unterlassen bestimmter Maßnahmen durchaus gerechtfertigt sein kann. So hat das Landgericht Heidelberg[81] die Entscheidung einer Pflegefachkraft als fachlich richtig gewürdigt, bei einem Patienten mit einem hirnorganischen Psychosyndrom kein Bettgitter und keine Dauernachtwache zu installieren. “Man muss sie (die Entscheidung) nur auch richtig begründen können, begründen, dass man im Einzelfall bestimmte Risiken ganz bewusst in Kauf genommen hat, um andere Pflegeziele zu erreichen, etwa die Mobilität des

---

rungsinhalt gebunden. Die Urkunde ist damit das wohl stärkste Beweismittel.“ S. Streckel: Dokumentationspflicht. In: www.wernerschell.de/Rechtsalmanach

[78] vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit Referat Kranken- und Altenpflege in Berlin (Hrsg.): Böhme, H.: Pflege auf dem Prüfstand. Berlin 1993. S. 49 mit Verweis auf die Rechtsprechung des BGH

[79] Urteil des BGH vom 18.03.1986 - AZ: VI ZR 215/84

[80] Grosskopf, V.; Klein, H.: Krankenpflege und Recht. 2. Auflage Balingen 2002 Seite 229

[81] LG Heidelberg, Urteil vom 15.11.1996, AZ 4 O 129/93

Bewohners, die Lebensqualität durch das Gefühl von Autonomie. (...) Die entsprechenden Überlegungen und Maßnahmen sind zu dokumentieren, damit es später, falls es zu einem befürchteten Zwischenfall kommt, auch möglich ist, das pflegerische Vorgehen zu rechtfertigen. Pflegeplanung als professioneller Handlungsstil der Pflege zeigt sich gerade darin, dass die fundierte Pflegedokumentation den Pflegekräften selbstverständlich geworden ist“[82].

Neben den am Pflegeprozess Beteiligten muss dies auch einem außenstehenden Dritten (z. B. einem Richter) nachvollziehbar sein können[83].

Die Pflicht zur Dokumentation des Pflegegeschehens zielt allein auf die pflegerische Beziehung zwischen Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) und zu Pflegendem; nicht dagegen auf die Beweissicherung für den Haftungsprozess[84].
Daher sind Dokumentationsversäumnisse in aller Regel kein eigenständiger Anknüpfungspunkt für eine vertragliche oder gesetzliche (sog. deliktische) Haftung[85]. Zu einer Beweislastumkehr im Zivilprozess hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs zwischen nicht dokumentierter Maßnahmen (z. B. gebotener Lagerung bei einer dekubitusgefährdeten Person) und Schaden des Patienten kommt es, wenn die Dokumentationslücke einen groben Pflegefehler indiziert[86].

Primär sind es pflegefachliche Aspekte, die den Pflegeprozess und seine Dokumentation zum unverzichtbaren, integralen Bestandteil von Pflege fordern. Aber dieselben Begründungen kehren in juristischen Argumentationsketten wieder, dies macht eines deutlich: Es besteht ein Korrespondenzverhältnis von pflegefachlicher Richtigkeit und rechtlicher Unbedenklichkeit. Das Recht, das in der Diskussion um die Pflegedokumentation ausschließlich als haftungsrechtliches Sanktionsinstrumentarium in Rede steht, erwartet von den Handelnden pflegerisches Handeln lege artis. Das Fachwissen erlangt über das “Ausbildungsrecht“ rechtliche Verbindlichkeit. Haftungs- und Sozialrecht nehmen lediglich darauf Bezug.

---

[82] T. Klie zum Urteil des LG Heidelberg. In www.vincentz.net/recht/ah_heimrechtarchivcfm?!ID_recht=24
[83] Rossbruch, R.: Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: PflegeRecht 6 (1998) Seite 126ff
[84] vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 21.4.1994 – 8 U 23/92 – ArztR 1996, 160ff in einem Arzthaftungsfall
[85] vgl. (mit Nennung von Rspr.) Ennker, J.; Debong, B.; Beller, C. J.: Herzchirurgie und Recht. Darmstadt 2004. S. 70ff
[86] vgl. BGH Urteil vom 23.3.1003 – IV ZR 26/92 – NJW 1993, 2375 ff = ArztR 1993, 298: auch hier ein Arzthaftungsfall

Kapitel 6

6. Schlussfolgerungen

Seit seiner Einführung spiegeln sich die Bemühungen um die Entwicklung und Etablierung des Pflegeprozesses sowohl in der Fachliteratur als auch in der Praxis wider.

Die vorliegende Veröffentlichung geht vom Pflegeprozess und dessen „inhaltlicher“ Ausgestaltung aus. Dabei wurden interaktionstheoretisch begründete, pflegewissenschaftliche Prinzipien berücksichtigt, die entsprechend der Intention des SGB XI die Perspektive des Pflegebedürftigen explizit in professionelles Handeln einbeziehen und somit ein (neues) professionelles Berufsverständnis bewirken. Auf dem Boden der individuellen Gesundheitspotenziale des Pflegebedürftigen kann so der notwendige und zweckmäßige professionelle Pflege- und Unterstützungsbedarf ermittelt werden.

Ziel der vorliegenden Grundsatzstellungnahme ist es, die Dokumentationspraxis in ihrer Qualität, insbesondere im Hinblick auf inhaltliche Vollständigkeit (umfassendes Bild des Pflegebedürftigen), handlungsweisenden Informationsgehalt (handlungsweisende Formulierungen) und systematische Verlaufsdarstellung (Konsistenz des Pflegeprozesses) zu verbessern.

Somit liegt für Pflegefachkräfte eine hilfreiche sowie gesundheitspolitisch effiziente und generalisierbare Empfehlung zur Umsetzung der Qualitätsanforderungen nach § 80 SGB XI vor. Die Ausführungen erlauben eine Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten jeder Pflegeeinrichtung. Die Selbstbestimmungsmöglichkeiten und Potenziale des Pflegebedürftigen werden erfasst und die Voraussetzungen für die notwendige Compliance geschaffen.

Die Pflegefachkräfte bekommen, ausgehend von einem professionellen Berufsverständnis, Hilfestellung bei der Gestaltung ihrer Arbeit und der Dokumentation des Pflegeprozesses. Herauszuheben ist der „Durchführbarkeitsanspruch“ im Sinne einer notwendigen Dokumentation und Reduktion der Formularvielfalt, was entscheidend zur Vermeidung von Doppeldokumentationen und damit zu einem verringerten Schreibaufwand und gleichzeitig zu einem verbesserten Informationsgehalt beiträgt.

An dieser Stelle sei nochmals betont, dass eine klientenbezogene zielsichere und präzise Pflegeprozessplanung und -dokumentation nur auf der Grundlage eines – durch konsequente Schulung – fundierten Pflegeprozessverständnisses gelingen wird. Im Gegensatz zu „traditionellen“ Dokumentationssystemen, die nicht konsequent den Schritten des Pflegeprozess folgen, konzentriert sich das Dokumentationssystem im wesentlichen auf fünf Formulare, auf denen alle für die Pflege notwendigen Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses erfasst werden.

Damit die erfolgreiche Einführung und Umsetzung des Pflegeprozesses und seine Dokumentation gelingt, müssen wesentliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen in den Einrichtungen erfüllt sein.

Das SGB XI legt ein Managementmodell zu Grunde, das besonders die Funktion der verantwortlichen Pflegefachkraft hervorhebt. Sie muss u. a. in ihrem Verantwortungsbereich den Rahmen schaffen, der es Pflegenden ermöglicht, den Pflegeprozess zu realisieren. In der Praxis ist deshalb eine deutliche Akzentuierung der Leitungsaufgaben in Richtung Management, Organisation, Anleitung, Moderation und Überprüfung erforderlich.

Die erste und wichtigste Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des Pflegeprozesses ist der uneingeschränkte Wille der Führungskräfte einer Einrichtung, Pflegeleistungen auf der Grundlage des Pflegeprozesses zu erbringen. Ihre Vorstellungen darüber, wie die Pflegequalität sein soll, müssen mit den Zielformulierungen im Pflegeleitbild und Pflegekonzept übereinstimmen. Das gewählte Pflegesystem und die Methoden zur Umsetzung sind für alle Mitarbeiter verbindlich festzulegen.

Die personellen Ressourcen[87], die Arbeitsplanung und -organisation, die Kommunikationsstrukturen und nicht zuletzt das Führungsverhalten der Verantwortlichen müssen im Einklang mit den Schritten des Pflegeprozesses stehen.

Einrichtungsinterne Prozesse sind zu überdenken, ggf. neu auszurichten und festzuschreiben. Die Implementierung eines Qualitätsmanagements und die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen[88] wie Qualitätszirkelarbeit zur kontinuierlichen Verbesserung aller Pro-

[87] so auch: Bartholomeyczik, S.; Morgenstern, M.: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: Pflege 2004; 17: S. 187-195

[88] Sowinski C. e. a.; a. a. O.

zesse, das Erarbeiten von Stellenbeschreibungen und Standards und die Durchführung von Pflegevisiten[89] und Fallbesprechungen, ist unerlässlich.

Die erfolgreiche und kreative Gestaltung des Pflegeprozesses stellt aber auch einige Erwartungen an die Pflegenden. So sind vor allem eine positive Einstellung zum Menschen, insbesondere zum Pflegebedürftigen, aber auch soziale Kompetenzen wie Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Teamfähigkeit sowie fachliches Grundlagenwissen und Können wesentliche Voraussetzungen.

Diese Grundsatzstellungnahme verdeutlicht:

Der Stand des pflegerischen Wissens, Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht und Haftungsrecht belegen, dass der Pflegeprozess und seine Dokumentation zum unveräußerlichen Handwerkszeug pflegefachlicher Kompetenz gehört und aus dem Pflegealltag nicht wegzudenken ist.

[89] Literatur zum Thema Pflegevisite z. B. Löser, A.: Die Pflegevisite ist Teil eines modernen Qualitätsmanagements. In: Pflege ambulant 6:1998 S. 32., Dalien, E.; Kohlhammer, M.: Pflegeforum – eine besondere Form der Pflegvisite. In: Die Schwester/Der Pfleger, 2000:138-139.

Anlagen

Anlage 1 - Ein erfolgreiches Gespräch zur Informationssammlung führen

Die Durchführung des Informationsgesprächs bereitet in der Praxis vielfach Probleme. Darunter leidet der Stellenwert der Informationssammlung als Grundlage des Pflegeprozesses. Daher werden im Folgenden Hinweise formuliert, wie ein solches Informationsgespräch gelingen kann.

Die Erhebung der Informationssammlung mit dem Pflegebedürftigen ist der erste Schritt im Problemlösungs- und Beziehungsprozess zwischen Pflegefachkraft und Pflegebedürftigen. Die im Gespräch gesammelten Daten sind für die Entwicklung eines Pflegeplanes, der auf die Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zugeschnitten ist, unverzichtbar. Bei diesen Gesprächen sollte der Angehörige oder andere Bezugspersonen des Pflegebedürftigen mit einbezogen werden. Stehen keine Angehörigen als Gesprächspartner zur Verfügung sind ggf. rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte mit einzubeziehen.

Das Gespräch muss von Pflegefachkräften, die über die notwendigen Kenntnisse in der Gesprächsführung verfügen, durchgeführt werden.

Die Aufgabe der Pflegefachkraft ist es, dem Pflegebedürftigen die Möglichkeit zu geben:

- seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern;
- mitzusprechen, was er erreichen möchte;
- seine Erwartungen an die Pflegefachkraft zu äußern;

Wichtig ist, in diesem Zusammenhang die Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen (die für die Problemlösung hilfreich sind) zu integrieren. Dabei stehen Erkenntnisse zu folgenden Fragen im Vordergrund:

1. Was kann der Pflegebedürftige selbst tun?
2. Was möchte der Pflegebedürftige tun?
3. Was können andere für ihn tun?

Die Gestaltung des Informationsgespräches, die Auswahl der Fragen und der Zeitpunkt und die Dauer des Gespräches müssen der jeweiligen Situation angepasst sein. Helfende (zu erlernende) Gesprächstechniken und Verhaltensweisen können sein:

- **Aktives Zuhören**, d.h. Nachfragen, ob die Pflegefachkraft das so richtig verstanden hat.

- **Offene Fragen** stellen (wer, was, wie, warum?), so dass der Pflegebedürftige die Möglichkeit erhält, sich selbst darzustellen.
- **Zurückspiegeln** der Äußerungen des Pflegebedürftigen.
- **Gefühle** des Pflegebedürftigen annehmen.
- **Eigene Bewertungen** unterlassen.
- Eigene Gefühle **mitteilen**.

Im Mittelpunkt des Gespräches stehen vor allem objektives Erleben, die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen und nicht nur der Pflegebedarf.

Für den Menschen kann das Gespräch über seine Lebenssituation und die damit verbundene Erinnerungsarbeit sowohl entlastende als auch gefährdende und belastende Gefühle bringen. Es bedarf des Feingefühls und der Wahrnehmung verbaler und nonverbaler Signale, um evtl. auch das Gespräch abzubrechen oder es auf ein anderes Thema zu lenken.

Anlage 2 - Leitfaden für ein Informationsgespräch

Z. B. können folgende offene **W**-Fragen für das Informationsgespräch hilfreich sein:

Sie sind zu uns gekommen, **w**eil?

Wie ist das für Sie?

Wie erleben Sie die Situation?

> **W**as bedeutet es für Sie?
> **W**as beschäftigt Sie am meisten?

Wie gehen Sie damit um?

> **W**ie werden Sie damit fertig?
> **W**ie halten Sie es aus?

Was heißt das für Ihren Alltag?

> **W**ie beeinflusst dies Ihren Alltag?
> **W**o sind Sie auf Hilfe angewiesen?

Was bedeutet es für Ihre Angehörigen?

Wie können wir Ihnen am besten helfen?

> **W**as erwarten Sie von uns?
> **W**ie sollen wir uns verhalten?
> **W**as können wir für Sie tun?

Mit einem weiteren Informationsgespräches zu einem späteren Zeitpunkt können die Informationen aus dem ersten Informationsgespräch verifiziert werden (sich versichern, ob die Pflegefachkraft richtig verstanden hat) und mit dem Pflegebedürftigen und der Bezugsperson das weitere Vorgehen (Pflegemaßnahmen) besprochen und vereinbart werden.

Anlage 3 - Weitere mögliche Gesprächspunkte zur Erhebung der Informationssammlung

Fragen, die sich auf das subjektive Befinden des Pflegebedürftigen beziehen:	Wie geht es Ihnen? Wie fühlen Sie sich? Wie empfinden Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand? Was beschäftigt Sie am meisten? Gibt es etwas, was Sie im Moment stark beschäftigt? Was ist Ihr Hauptproblem? Haben Sie irgendwo Schmerzen, Beschwerden?	*Diese Fragen geben dem Pflegebedürftigen die Möglichkeit, sich zu seinem momentane Befinden frei zu äußern; sie eignen sich zum Gesprächseinstieg.* *Der Fokus dieser Fragen bezieht sich auf das Hauptproblem, ist auf etwas bestimmtes gerichtet und gibt Auskunft darüber, wie der Pflegebedürftige seine Situation erlebt.*
Fragen zur Vorgeschichte:	Haben Sie schon eine vergleichbare/belastende Situation erlebt? Haben Sie aufgrund dieser Erfahrungen bestimmte Erwartungen/Befürchtungen?	*Diese Fragen beziehen sich auf die Vorerfahrung des Pflegebedürftigen. Der Pflegebedürftige hat die Möglichkeit, von früheren Erfahrungen zu erzählen (positive, negative, belastende, existentielle etc.)*
Fragen zur persönlichen Lebenssituation, zum Lebensstil, den Lebensumständen und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen:	Was war ihre/seine Hauptbeschäftigung/Arbeit/ Verantwortung? Haben Sie Gewohnheiten bezüglich Tagesablauf, Ernährung, Ausscheidung etc., die für Ihre Gesundheit wichtig sind und auf die Sie nicht verzichten möchten? Haben Sie Anliegen in Bezug auf Ihren Glauben? Gibt es Angehörige und Bezugspersonen, die Sie in dieser Situation begleiten? Was bedeutet es für Sie? Welche Probleme entstehen für Sie durch diese Situation? Wie haben Ihre Angehörigen/Bezugspersonen auf die Situation reagiert? In welchen Aktivitäten fühlen Sie sich durch die jetzige Situation eingeschränkt? Haben Sie bereits Hilfe in Anspruch genommen (durch Angehörige, Pflegedienst)?	*Spezifische Fragen, die sich auf die Selbstständigkeit oder Hilfebedürftigkeit, auf die soziale Unterstützung oder die Belastungen beziehen.*

Fragen, um zu erfahren, wie der Pflegebedürftige mit belastenden Situationen umgeht und was ihm dabei hilft:	Wie werden Sie mit der jetzigen Situation fertig? Haben Sie schon eine vergleichbare Situation erlebt? Was hilft Ihnen, Stresssituationen und/oder Belastungen auszuhalten? Was können Sie persönlich dazu beitragen, die momentane Situation zu bewältigen?	*Diese Fragen eignen sich, um etwas über das Bewältigungsverhalten des Pflegebedürftigen zu erfahren.*
Fragen, welche den Wissens- und Informationsstand des Pflegebedürftigen betreffen:	Was wissen Sie über Ihre Krankheit / Pflegebedürftigkeit? Sind Sie gut informiert oder haben Sie noch Fragen? Gibt es etwas, das Sie wissen oder lernen möchten?	
Fragen, welche sich auf die Erwartungen des Pflegebedürftigen ggf. seiner Bezugsperson beziehen:	Was erwarten Sie von uns? Haben Sie Anliegen oder Wünsche an uns Pflegende? Was können Sie selber machen und wo brauchen Sie unsere Hilfe?	
Fragen zum Gesprächsabschluss:	Haben wir über alles, was für Sie wichtig ist, gesprochen? Haben Sie noch Fragen? Wie haben Ihre Angehörigen/Bezugspersonen auf Ihre jetzige Situation reagiert?	

vgl. Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich Fachdienst Pflege (Hrsg.) Qualitäts-Management am Beispiel der Pflegediagnostik, 1998, S. 27-28

Glossar

Adäquat	angemessen, entsprechend, passend
Administrator	Verwalter
autorisiert	bevollmächtigt
Abstraktionsniveau	Grad der theoretischen Betrachtung
Abstraktionsvermögen	Fähigkeit zur theoretischen Betrachtung
Care plan	Vorsorgeplan
deskriptiv	beschreibend
Effektivität	Das Verhältnis von erreichtem Ziel zu definiertem Ziel. Ein Verhalten ist dann effektiv, wenn es ein vorgegebenes Ziel erreicht, es ist wenig effektiv, wenn das Ziel nicht oder nur teilweise erreicht wird. Effektivität bedeutet 'das Richtige tun'
Effizienz	Das Verhältnis eines in definierter Qualität vorgegebenen Nutzens zu dem Aufwand, der zur Erreichung des Nutzens nötig ist. „Die Dinge richtig tun“.
Evaluation	Bewertung
Evidenz	Deutlichkeit, vollständige, überwiegende Gewissheit, einleuchtende Erkenntnis. Im Kontext der Evidenzbasierten Medizin (EbM) hat der Begriff Evidenz eine völlig andere Bedeutung. Hier leitet er sich vom englischen Wort „evidence“ = Nach-, Beweis ab und bezieht sich auf die Informationen aus klinischen Studien, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Evidenzgrade	**I a**	-	systematischer Review (Meta-Analyse) auf der Basis hochwertiger randomisierte, kontrollierter Studien (RCT´s)
	I b	-	mindestens eine einzelne hochwertige RCT
	III	-	methodisch hochwertige kontrollierte Studien ohne Randomisierung
	IV	-	nicht experimentelle, deskriptive Studien (z. B. Vergleichsstudien)
	V	-	Meinungen / Berichte von Expertenkommissionen, Konsensuskonferenzen oder klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten

Fähigkeiten	Möglichkeiten (Können und Wissen) und Kräfte des Pflegebedürftigen, die er selbständig einbringen kann. Die Erkennung dieser Fähigkeiten kann dem Pflegebedürftigen Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen.
Gratifikation	Zuwendung, Anerkennung
Hirnorganisches Psychosyndrom	allgemeine Bezeichnung für psychische Störungen, die infolge einer umschriebenen oder diffusen Schädigung des Gehirns auftreten
Home care	Häusliche Vorsorge, Häusliche Versorgung
interdisziplinär	mehrere Gebiete betreffend
interprofessionell	mehrere Professionen betreffend
Indiz	Anzeichen, Hinweis
indizielle Wirkung	auf vermutete Umstände hinweisend
Kategorial	Gattungen betreffend
Kybernetik	Regelkunde, Lehre von den regulierenden Vorgängen in geschlossenen Systemen
Lege artis	vorschriftsmäßig, nach den Regeln der Kunst
Modifikation	Abwandlung

Novellierung	Änderung
Normativ	maßgebend
Nurs	Suchbegriff für nurse und nursing
Nurse	Krankenpflegerin, Krankenschwester, Kindermädchen
Nursing	stillen, pflegen
Plausibilitätsprüfung	Prüfung der Nachvollziehbarkeit
Qualitativ	hinsichtlich der Beschaffenheit/Güte/Wert
Quantitativ	hinsichtlich der Menge
Randomisierung	Zufällig getroffene Auswahl
Record	Aufzeichnung, Protokoll, Verzeichnis, Register
Ressourcen	Individuelle Hilfsquellen (des Pflegebedürftigen), die ihm helfen seine Bedürfnisse, Probleme und Wünsche zu befriedigen und seine vorhandenen Fähigkeiten unterstützen und erhalten (z. B.: der Gehstock (Ressource) ermöglicht dem Pflegebedürftigen sich im Hause alleine zu bewegen (Fähigkeit)).
Rudimentär	unvollständig, unvollkommen
Spezifizieren	einzeln aufzeichnen, zergliedern
Verifizieren	durch überprüfen die Richtigkeit einer Sache bestätigen

Literatur

Abderhalden, C.: Anleitung zum Formulieren von Pflegediagnosen mit der ZEFFP-Liste. Universitätsspital Zürich; Fassung 2 vom 21.09.1996

Abt-Zegelin, A.: Noch einmal: der Pflegeprozess. In: Die Schwester/Der Pfleger 2000, S. 500 ff

Abt-Zegelin, A.; Budroni, H.; Greving, C.: Brennpunkt: Pflegedokumentation. Ein Praxisprojekt zur Verbesserung der Dokumentation. Teil 1. In: Die Schwester/Der Pfleger 2003, S. 296 ff

Abt-Zegelin, A.; Böhme, H.; Jacobs, P.: Pflegedokumentation "Patient unauffällig" - Teil 1.
In: Die Schwester/Der Pflege 2004, S. 132 ff

Ashworth, P.; Björn, A.; Dechanoz, G.; Delmotte, L.; Farmer, E.; Kordas, A.; et al.: People´s needs for nursing care: a European study.
World Health Organisation, Regional Office for Europe (Hrsg): Copenhagen; 1987

Bartholomeyczik, S.; Morgenstern, M.: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: Pflege 2004, S. 187 ff

Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 21. Mai 1996

Benner, P.: Stufen zur Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber, 1994

Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C.: Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto 2000

Böhme, H.: Eine Botschaft von Expertin zu Expertin: Die Pflegedokumentation.
In: Pflege aktuell 1996, S. 186 ff

Böhme; H.: Rechtsfragen im Alltag der Heimversorgung unter Berücksichtigung der neuen Rechtsgrundlagen (PQsG und HeimG). 1. Auflage, Mössingen 2002

Brandenburg, H.: Das Resident Assessment Instrument (RAI): Ausgewählte empirische Befunde und Konsequenzen für die pflegewissenschaftliche Diskussion in Deutschland.
In: Pflege und Gesellschaft 2002, S. 95 ff

Braun, U.; Hanisch, R.: Der Pflegeprozess als Arbeitsstil. Vincentz Verlag Hannover 1989

Brobst, R. et al: Der Pflegeprozess in der Praxis. Verlag Hans Huber Bern 1997

Brüggemann, J.: Der Pflegeprozess in der Altenpflege – eine umfassende Herausforderung für das Pflegemanagement. In: WidO 21:2002, S.337 ff

Brüggemann, J.: Pflegeprozess: Steuern statt schlingern. Erfahrungen und Anforderungen im Umgang mit der Pflegedokumentation. In: Forum Sozialstation 1999, S. 41 ff

Budnik, B.: Pflegeplanung leicht gemacht. Urban & Fischer Verlag München und Jena, 4 Auflage 2003

Campbell, C.: Diagnosis and intervention in Nursing practice, John Wiley & Sons, Chichester, 1978.

Carpentio, L. J.: Nursing Diagnosis – Application to clinical practice, 6 th ed. JB Lippincott Company, 1995

Dalien, E.; Kohlhammer, M.: Pflegeforum – eine besondere Form der Pflegevisite.
In: Die Schwester/Der Pfleger 2000, S. 138 ff
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück 2000. Internet: http://www.dnqp.de

Ennker, J.; Debong, B.; Beller, C.J.: Herzchirurgie und Recht. Steinkopff Verlag Darmstadt 2004

Entzian, H.: Der allgemein anerkannte Stand pflegerischer Erkenntnis.
In: Klie, T; Brandenburg, H. (Hrsg.): Gerontologie und Pflege. Hannover 2003, S. 96 ff

Fawcett, J.: Pflegemodell im Überblick. Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto 1996

Fiechter, V.; Meier, M. : Pflegeplanung. Recom Verlag. Fritzlar 1998

Fischbach, A.: Vom Ende des Pflegeprozesses. In: Die Schwester / Der Pfleger 2001, S. 173 ff

Gordon, M.: Pflegediagnosen. Mosby Verlag. Berlin, 1994

Grosskopf, V.; Klein, H.: Krankenpflege und Recht. 2. Auflage Balingen 2002

Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung im Alter“ MDS, Essen 2003

Hampden-Turner, C.: Modell des Menschen, Belz Verlag. Weinheim und Basel 1993

Hans-Weinberger-Akademie: Biographiearbeit und Umsetzung der Ergebnisse in die individuelle Pflegeplanung. München 2002

Höhmann U.: Das Elend mit der Pflegeprozessplanung. In: Pflege aktuell 1996, S. 8 ff

Höhmann U.; Weinrich, H.; Gätschenberger, G.: Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Bonn 1996

International anerkannte Einteilung in Evidenzstufen des US-amerikanischen AHCPR (Agency for Health Care Policy an Research) in deutscher Übersetzung auf der Internetseite des Deutschen Cochrane Zentrums. www.cochrane.de

Isfort, M.; Weidner, F.: Pflegequalität und Pflegeleitungen. I. Bericht über die erste Phase des Projektes Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität.
Schlütersche Verlagsgesellschaft Freiburg, Köln 2001

Johns, C.: Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Bern 2004

Jung-Heintz, H.: Grundlagen und Schritte des Pflegeprozesses.
In: Thiemes Pflege. 9. Auflage. Thieme Verlag Stuttgart, 2000, S. 133 ff

Just, A.; Käppeli, S.: Pflegediagnostik unter der Lupe (2. Auflage). Verlag des Pflegedienstes am Universitätsspital Zürich, 2000

Klie, T. Zum Urteil des LG Heidelberg. In:
www.vincentz.net/recht/ah_heimrechtarchivcfm?!ID_recht=24

Krohwinkel, M.: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilierender Prozesspflege.
Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1993

Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Verfasser: Wingenfeld, K.; Schnabel, E.), 2002
Bezugsquelle: Geschäftsstelle des Landespflegeausschusses NRW c/o Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW; Horionplatz 1; 40213 Düsseldorf

Lay, R.; Brandenburg, H.: Pflegeplanung abschaffen? In: Die Schwester/ Der Pfleger: 2001, S. 938 ff

Löser, A.: Die Pflegevisite ist Teil eines modernen Qualitätsmanagements.
In: Pflege ambulant 1998, S. 32 ff

Löser, A.: Das Schaffen wir gemeinsam besser. Pflegevisite bei Patienten mit Hirnleistungsstörungen – Teil 1. In: Pflegezeitschrift 1998, S. 872 ff

Löser, A.: Sicherheit und Zufriedenheit fördern. Pflegevisite bei Patienten mit Hirnleistungsstörungen – Teil 2. In: Pflegezeitschrift 2000, S. 32 ff

Löser, A.: Einführung und Umsetzung bringen (lösbare) Probleme mit sich. Pflegevisite bei Patienten mit Hirnleistungsstörungen – Teil 3. In Pflegezeitschrift 2000, S. 100 ff
.
Mahler, C.; Ammenwerth, E.; Tautz, A.; Wagner, A.; Eichstädter, R.; Hoppe, B.: Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen. In: Pflege 2003, S. 144 ff

Meier, S. M.: Handbuch Betreuungsrecht. 2. Auflage C. F. Müller Verlag. Heidelberg, 2005

Messer, B.: Fähigkeiten finden und fördern. In: Forum Sozialstation 2001, S. 19 ff

Messer, B.: Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Schlütersche Verlagsanstalt Hannover 2004

MDS: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen 2004 www.mds-ev.de

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein: „Wir pflegen richtig gut!“ Gestaltung des Pflegeprozesses aus pflegefachlicher Sicht. Kiel 2002

Moloney, R.; Maggs, C.: A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping an patient outcomes. In: Journal of Advanced Nursing 1999, 30 (1) S. 51 ff

Reisach, B.; Zegelin-Abt, A.: Die Ressourcen des Patienten erkennen – was ist das?
In: Die Schwester/Der Pfleger 1998, S. 672 ff

Rossbruch, R.: Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: PflegeRecht 1998, S. 126 ff

Sauter, D.; Abderhalten, C.; Needham, I; Wolff, S.: Lehrbuch Psychiatrische Pflege.
Bern. Hueber Verlag 2004

Schöniger, U.; Zegelin-Abt, A.: Hat der Pflegeprozess ausgedient? Wird es Zeit für den Prozess der Pflege? In: Die Schwester/Der Pfleger 1998, S. 305 ff

Schrems, B.: Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. UTB für Wissenschaft, Stuttgart 2003

Sowinski, C.: Sorgfaltspflicht und Pflegedokumentation beachten. In: pro ALTER 4/1997, S. 20 ff

Sowinski, C.; Behr, R.: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel, Köln 2002

Steiner-Hummel, I.: PartnerInnen im Pflegeprozess. In: Arnold, K.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher Pflege. Verlag des Deutschen Vereins, Frankfurt am Main 2000

Stratmeyer, P.: Ein historischer Irrtum der Pflege? Plädoyer für einen kritisch-distanzierten Umgang mit dem Pflegeprozess. In: Dr. med. Mabuse 106: 1997, S. 34 ff

Thiel, V.: Der Pflegeprozess – ein Instrument professioneller Pflege.
In: Die Schwester/Der Pfleger 2001, S. 338 ff

Thiel, V.; Schemmer, E.: Pflegedokumentation. Gründe, Gütekriterien, Umsetzung.
In: www.volkerthiel.de/pflegeprozess.htm

Uhl, A.: Allgemeine Qualitätskriterien, Pflegeprozess – Pflegedokumentation. 2000.
http://www.vincentz.net/ahdownloads_stationaer.cfm#Arbeitshilfen

Uhl, A.: Die individuelle Situation des Patienten muss berücksichtigt werden.
In: Pflege Zeitschrift 1998, S. 582 ff

Uhl, A.: Pflege: ein dynamischer Prozess. In: Häusliche Pflege 7/2004, S. 26 ff

Vester, F.: Neuland des Denkens. 7. Aufl., Deutscher Taschenbuchverlag, München 1991

WHO (Regionalbüro für Europa): Quality assurance of health service. Copenhagen 1988

Yura, H.; Walsh, M.B.: The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. 5. Aufl. Norwalk 1988

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 02 01/83 27-0 · Telefax: 02 01/83 27-100
E-Mail: office@mds-ev.de · Internet: www.mds-ev.org