

Friedhelm Henke/Christian Horstmann

# Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert

Lehr- und Lernhilfen  
zur Pflegedokumentation entlang der  
ATL, ABEDL<sup>®</sup>, SIS<sup>®</sup> und BI gemäß § 5 PflBG

5., erweiterte und  
aktualisierte Auflage

**Kohlhammer**



## Die Autoren:



**Friedhelm Henke**, Lehrer für Pflegeberufe, Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachbuchautor und Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Multiplikator der Bundesregierung zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Fachlehrer am Stift Cappel – Berufskolleg in Lippstadt.

E-Mail: [Friedhelm.Henke@gmx.de](mailto:Friedhelm.Henke@gmx.de)

Internet: [www.menschenpflege.de](http://www.menschenpflege.de)



**Christian Horstmann**, Diplom-Berufspädagoge, Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachbuchautor und Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Schulleiter an der Lippstädter Akademie für Pflege und Gesundheit in der ESTA-Bildungswerk gGmbH in Lippstadt.

E-Mail: [Chri.Horstmann@web.de](mailto:Chri.Horstmann@web.de)

## Weitere Veröffentlichungen im Verlag W. Kohlhammer:

Friedhelm Henke (2019): Ausbildungsnachweis Pflegefachfrau/Pflegefachmann. Theorie und Praxis gemäß PflAPrV. ISBN: 978-3-17-036775-3

Friedhelm Henke (2017): Formulierungshilfen zur Pflegeplanung. Dokumentation der Pflege und Betreuung nach ATL, ABEDL und entbürokratisierten SIS-Themenfeldern mit Hinweisen aus Expertenstandards, NBA und MDK-Richtlinien. 9., aktualisierte und erweiterte Auflage. ISBN: 978-3-17-032833-4

Friedhelm Henke (2016): Arbeitsbuch für die zusätzliche Betreuungskraft. Qualifizierung der Demenz-, Alltags- und Seniorenbegleitung gemäß §§ 87b und 45b SGB XI. 3., aktualisierte Auflage. ISBN: 978-3-17-031980-6

Friedhelm Henke (2015): Ausbildungsplan und Nachweisheft für die praktische Altenpflegeausbildung. Kompetenz- und Lernfeldorientierung gemäß AltPflAPrV, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-026844-9

Friedhelm Henke (2012): Gute MDK-Prüfungsnoten für die ambulante und stationäre Pflege. Transparenzkriterien kennen und erfüllen. ISBN 978-3-17-022175-8

Friedhelm Henke (2012): Nachweisheft der praktischen Ausbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege. Kompetenz- und Themenbereichsorientierung gemäß KrPflAPrV, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-022139-0

Friedhelm Henke (2011): Lernfelder der Altenpflege. Fallorientiertes Wissen in Frage und Antwort, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN 978-3-17-021740-9

Friedhelm Henke & Christian Horstmann (2008): Pflegekniffe von A–Z. Pflegefehler erfolgreich vermeiden. ISBN 978-3-17-020048-7

Friedhelm Henke (2006): Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess. individuell – prägnant – praktikabel, 3., überarb. und erw. Auflage. ISBN 978-3-17-019315-4

Friedhelm Henke (2006): Fixierungen in der Pflege. Rechtliche Aspekte und praktischer Umgang mit Fixiergurten. ISBN 978-3-17-018771-9

Friedhelm Henke (2005): Erste Hilfe. Lebensrettende Sofortmaßnahmen. ISBN 978-3-17-017884-7

Friedhelm Henke  
Christian Horstmann

# **Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert**

Lehr- und Lernhilfen zur Pflegedokumentation  
entlang der ATL, ABEDL<sup>®</sup>, SIS<sup>®</sup> und BI  
gemäß § 5 PflBG

5., erweiterte und aktualisierte Auflage

Verlag W. Kohlhammer

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

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

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

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

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

5., erweiterte und aktualisierte Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-037130-9

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-037131-6

epub: ISBN 978-3-17-037132-3

mobi: ISBN 978-3-17-037133-0

# Inhalt

Abkürzungsverzeichnis .....	8
Einleitung .....	9
<b>1 Allgemeine Grundlagen zur Pflegeplanung .....</b>	<b>11</b>
1.1 Die drei Bestandteile des Pflegeprozesses .....	11
1.2 Pflegeplanung – warum? .....	13
1.3 Pflegeplanung – wie? .....	15
1.4 Pflegeplanung – wer? .....	16
1.5 Pflegeplanung – wann? .....	16
1.6 Pflegeplanung – was? .....	16
1.7 Erfordernisse für eine erfolgreiche Umsetzung des Pflegeprozesses .....	17
1.8 Die sechs Schritte des Pflegeprozesses .....	20
1.8.1 Erster Pflegeprozessschritt: Informationssammlung .....	20
1.8.2 Zweiter Pflegeprozessschritt: Ressourcen und Pflegeprobleme erfassen .....	23
1.8.3 Dritter Pflegeprozessschritt: Pflegeziele festlegen .....	28
1.8.4 Vierter Pflegeprozessschritt: Pflegemaßnahmen planen .....	31
1.8.5 Fünfter Pflegeprozessschritt: Durchführung der Pflegemaßnahmen .....	36
1.8.6 Sechster Pflegeprozessschritt: Pflegeevaluation .....	38
1.9 SIS®/Entbürokratisierte Pflegedokumentation .....	40
1.9.1 Absichten .....	40
1.9.2 Kasseler Erklärungen .....	42
1.9.3 WHO-Modell .....	43
1.9.4 SIS-Themenfelder statt LA, ATL, A(B)EDL® .....	43
1.9.5 Pflegebedürftigkeit/Pflegefachlich begründetes Begutachtungsinstrument .....	47
<b>2 Etappenweises Training zur Formulierung und Korrektur der Pflegeplanung .....</b>	<b>49</b>
2.1 Training zur Formulierung von Ressourcen nach Lebensaktivitäten .....	49
2.1.1 Vitale Funktionen aufrechterhalten können .....	49
2.1.2 Sich situativ anpassen können .....	49
2.1.3 Für Sicherheit sorgen können .....	49
2.1.4 Sich bewegen können .....	49
2.1.5 Sich sauber halten und kleiden können .....	50
2.1.6 Essen und Trinken können .....	50
2.1.7 Ausscheiden können .....	50
2.1.8 Sich beschäftigen können .....	50
2.1.9 Kommunizieren können .....	50
2.1.10 Ruhen und Schlafen können .....	51
2.1.11 Soziale Bereiche des Lebens sichern können .....	51
2.2 Training zur Formulierung von Pflegeproblemen nach Lebensaktivitäten .....	51
2.2.1 Vitale Funktionen aufrechterhalten können .....	51
2.2.2 Sich situativ anpassen können .....	51
2.2.3 Für Sicherheit sorgen können .....	52
2.2.4 Sich bewegen können .....	52
2.2.5 Sich sauber halten und kleiden können .....	52
2.2.6 Essen und Trinken können .....	53
2.2.7 Ausscheiden können .....	53
2.2.8 Sich beschäftigen können .....	53
2.2.9 Kommunizieren können .....	54
2.2.10 Ruhen und Schlafen können .....	54
2.2.11 Soziale Bereiche des Lebens sichern können .....	54

2.3	Training zur Formulierung von Pflegezielen nach Lebensaktivitäten .....	55
2.3.1	Vitale Funktionen aufrechterhalten können .....	55
2.3.2	Sich situativ anpassen können .....	55
2.3.3	Für Sicherheit sorgen können .....	55
2.3.4	Sich bewegen können .....	55
2.3.5	Sich sauber halten und kleiden können .....	56
2.3.6	Essen und Trinken können .....	56
2.3.7	Ausscheiden können .....	56
2.3.8	Sich beschäftigen können .....	56
2.3.9	Kommunizieren können .....	57
2.3.10	Ruhen und Schlafen können .....	57
2.3.11	Soziale Bereiche des Lebens sichern können .....	57
2.4	Training zur Formulierung von Pflegemaßnahmen nach Lebensaktivitäten .....	58
2.4.1	Vitale Funktionen aufrechterhalten können .....	58
2.4.2	Sich situativ anpassen können .....	58
2.4.3	Für Sicherheit sorgen können .....	58
2.4.4	Sich bewegen können .....	59
2.4.5	Sich sauber halten und kleiden können .....	59
2.4.6	Essen und Trinken können .....	60
2.4.7	Ausscheiden können .....	60
2.4.8	Sich beschäftigen können .....	60
2.4.9	Kommunizieren können .....	61
2.4.10	Ruhen und Schlafen können .....	61
2.4.11	Soziale Bereiche des Lebens sichern können .....	61
2.5	Autokorrektur falscher Formulierungen (mithilfe von Bemerkungen) .....	62
2.5.1	Vitale Funktionen aufrechterhalten können .....	62
2.5.2	Sich situativ anpassen können .....	63
2.5.3	Für Sicherheit sorgen können .....	64
2.5.4	Sich bewegen können .....	64
2.5.5	Sich sauber halten und kleiden können .....	65
2.5.6	Essen und Trinken können .....	66
2.5.7	Ausscheiden können .....	67
2.5.8	Sich beschäftigen können .....	67
2.5.9	Kommunizieren können .....	68
2.5.10	Ruhen und Schlafen können .....	69
2.5.11	Soziale Bereiche des Lebens sichern können .....	70
2.6	Autokorrektur falscher Formulierungen (ohne Hilfe von Bemerkungen) .....	71
2.6.1	Vitale Funktionen aufrechterhalten können .....	71
2.6.2	Sich situativ anpassen können .....	72
2.6.3	Für Sicherheit sorgen können .....	72
2.6.4	Sich bewegen können .....	73
2.6.5	Sich sauber halten und kleiden können .....	73
2.6.6	Essen und Trinken können .....	74
2.6.7	Ausscheiden können .....	74
2.6.8	Sich beschäftigen können .....	75
2.6.9	Kommunizieren können .....	75
2.6.10	Ruhen und Schlafen können .....	76
2.6.11	Soziale Bereiche des Lebens sichern können .....	76
2.7	Autokorrektur aufeinander abgestimmter Pflegeprozessschritte .....	77
2.8	Lösungsvorschläge zu den Autokorrekturen .....	78
2.8.1	Lösungsvorschläge zu Kapitel 2.5 .....	78
2.8.2	Lösungsvorschläge zu Kapitel 2.6 .....	84
2.8.3	Lösungsvorschläge zu Kapitel 2.7 .....	94
3	<b>Pflegeprozessorientierte Arbeitsaufgaben .....</b>	<b>97</b>
3.1	Offene Aufgaben .....	97
3.2	Lückentexte und Schemata .....	102
3.2.1	Lückentext zum Pflegeprozess .....	102
3.2.2	Lückentext zum Begutachtungsinstrument .....	103
3.2.3	Lückentext zu den SIS®-Themenfeldern .....	104

---

3.3	Multiple-Choice- und Zuordnungsaufgaben .....	106
3.4	Rätsel .....	111
3.4.1	Kreuzworträtsel »Pflegeplanung & Co.« .....	111
3.4.2	Silbenrätsel .....	112
3.4.3	Wortgitterrätsel .....	113
3.5	Strukturlegeverfahren .....	115
3.6	Lösungsvorschläge zu den Kapiteln 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 und 3.5 .....	116
3.6.1	Lösungsvorschläge zu Kapitel 3.1 .....	116
3.6.2	Lösungsvorschläge zu Kapitel 3.2 .....	121
3.6.3	Lösungen zu Kapitel 3.3 Multiple-Choice- und Zuordnungsaufgaben .....	123
3.6.4	Lösungsvorschläge zu Kapitel 3.4.1, 3.4.2 und 3.4.3 .....	124
3.6.5	Lösungsvorschläge zu Kapitel 3.5: Strukturlegeverfahren .....	126
<b>4</b>	<b>Pflegedokumentation spielerisch wiederholen .....</b>	<b>127</b>
4.1	Doku-Ass – was ist das? .....	127
4.2	Doku-Ass – wie läuft es ab? .....	127
4.3	Fragenkatalog .....	128
4.4	Spielfläche »Doku-Ass« .....	130
<b>5</b>	<b>Exemplarische Pflegeplanung .....</b>	<b>132</b>
<b>Literatur</b> .....		<b>141</b>
<b>Stichwortverzeichnis</b> .....		<b>143</b>



## Abkürzungsverzeichnis

A	Anleitung
A(B)EDL®	Aktivitäten, (Beziehungen) und existenzielle Erfahrungen des Lebens®
akt. P.	aktuelles Problem
ATL	Aktivität(en) des täglichen Lebens
B	Beaufsichtigung
Bew.	Bewohner/-in
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
exam.	examiniert
ggf.	gegebenenfalls
GKW	Ganzkörperwaschung
indiv.	individuell
inkl.	inklusive
LA	Lebensaktivität
lt.	laut
M.	Morbus
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MNA	Mini Nutritional Assessment
MTS	Medizinische Thrombose-Prophylaxe-Strümpfe
NBA	Neues Begutachtungsassessment
Pat.	Patient/-in
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PFK	Pflegefachkraft
PfRi	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien
PK	Pflegekraft (also sowohl Pflegefachkraft als auch Pflegehilfskraft)
p. o.	per os (über den Mund appliziert)
PP	Pflegepersonal
p. P.	Potenzielles Problem
R	Ressource
SIS®	Strukturierte Informationssammlung
TEP	Totale Endoprothese
tgl.	täglich
TÜ	Teilübernahme
TVT	Tiefe (Bein-)Venenthrombose
u.	und
U	Unterstützung
v. u. g.	vorgelesen und gelesen
VÜ	vollständige Übernahme
WHO	engl. World Health Organization = Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
Z. n.	Zustand nach ...

# Einleitung

Haben Sie schon einmal einen Kuchen gebacken und dabei eine wichtige Zutat geradewegs vergessen?

Sie fragen sich sicherlich, wie dies mit dem Thema »Pflegeplanung« zusammenhängt: Eine Pflegeplanung schreiben zu wollen, ohne fundierte Kenntnisse zum Pflegeprozess zu besitzen, ist ein utopisches Vorhaben und ist – wie unser Kuchen – zum Scheitern verurteilt. Der Pflegeprozess ist die Zutat, die es braucht, um eine erfolgreiche Pflege planen und realisieren zu können.

Im pflegerischen Alltag sind diverse Dokumentations- und Planungssysteme (vereinfachte Pflegeplanungen, EDV-gestützte Planungen etc.) zu finden, die jedoch alle eines gemeinsam haben: Sie basieren auf dem Pflegeprozess. Im Rahmen der aktuellen Bestrebungen der Bundesregierung, flächendeckend nach und nach die entbürokratisierte Pflegedokumentation zu implementieren, wird das sechsschrittige vom vierschriftigen WHO-Modell abgelöst.

Alle Bestandteile des Pflegeprozesses müssen von Lernenden gut verinnerlicht worden sein. Das strukturierte Lernen und schriftliche Formulieren von Ressourcen, Problemen und Zielen an fiktiven Fallbeispielen ist essentiell, um angehende Pflegefachkräfte in den kleinschrittigen Denkprozessen zu schulen. So wird in den Pflegeschulen auch weiterhin der herkömmliche und ausführliche Pflegeprozess vermittelt. Schließlich können Ressourcen, Pflegeprobleme und Ziele individuell auch im Maßnahmenplan der SIS® aufgenommen wer-

den. In der Praxis würde die kleinschrittige Vorgehensweise beim tatsächlichen und individuell möglichen direkten Zugang dagegen zur unnötigen Bürokratie führen. Mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation nach der SIS® werden die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses darum komprimierter (in vier Schritten) dargestellt.

Mit »Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert« möchten wir die »Planung der Pflege« – die gemäß dem Pflegeberufereformgesetz erstmals als Vorbehaltsaufgabe vorgesehen ist – den Auszubildenden in den Pflegeberufen sowie den Pflegefachkräften, aber auch den Dozenten im Pflegebereich näherbringen. Außerdem erhält der Leser wichtige allgemeine Tipps zur Pflegedokumentation, wobei besonders auf die Verfassung des Pflegeverlaufsberichts eingegangen wird.

Neu in der 5. Auflage ist die Berücksichtigung des Begutachtungsinstrumentes (BI) inklusive erweiterter Arbeitsaufgaben.

Die nachfolgend verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.

Anröchte-Berge und Geseke, Oktober 2019

Friedhelm Henke

Christian Horstmann

In Erinnerung an unsere Väter  
Heinrich Henke † 02.03.2017 und Josef Horstmann † 25.08.2018



# 1 Allgemeine Grundlagen zur Pflegeplanung

## 1.1 Die drei Bestandteile des Pflegeprozesses

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

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

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

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

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

Oder ein anderes Beispiel:

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

Oder wie wäre es mit dem Schulalltag:

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

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

Ein Beispiel:

Die examinierte Altenpflegerin Tanja Weller<sup>1</sup> empfängt heute Herrn Bäcker, der soeben sein Zimmer im Seniorenheim bezogen hat. Als sie ihn begrüßt, fällt ihr auf, dass Herr Bäcker äußerst kachektisch erscheint und als sie eine Hautfalte am Unterarm abhebt, zeigt sich, dass der Hautturgor sehr reduziert ist. Zudem kann sich Herr Bäcker im Bett nicht selbst bewegen und trägt eine Schutzhose. Aufgrund ihres in der Ausbildung und Berufserfahrung erworbenen Wissens erkennt Tanja Weller die Dekubitusgefahr von Herrn Bäcker und weiß, dass er ohne pflegerisches Zutun mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Dekubitalulcus erleiden wird. Sie erinnert sich an den nationalen Expertenstandard und plant die ersten Schritte, um dies zu vermeiden: Tanja überprüft die Matratze von Herrn Bäcker und erkennt, dass er bereits auf einer Weichlagerungsmatratze liegt. Nun erstellt sie einen individuellen Bewegungsplan, holt geeignete Lagerungskissen zur sofortigen Druckentlastung, wechselt das durchnässte Inkontinenzmaterial, inspiziert die gefährdeten Hautpartien, lagert Herrn Bäcker und bietet ihm seine Lieblingsgetränke an. Im Verlauf des Tages wiederholt sie dies in von ihr festgelegten Abständen und stellt gegen Schichtende erfreut fest, dass Herrn Bäckers Haut rosig erscheint und somit kein Dekubitalulcus aufgetreten ist.

<sup>1</sup> Die Namen in den Fallbeispielen sind frei erfunden.

Ein anderes Beispiel:

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

In den 1970er-Jahren hielt das Prozessmodell Einzug in den deutschen Pflegealltag; in Deutschland setzte sich das sechsschrittige Pflegeprozessmodell nach Verena Fiechter und Martha Meier durch, welches in Abb. 1 (S. 14) näher verdeutlicht wird. Im Zuge der aktuell durch die Bundesregierung forcierten Entbürokratisierung der Pflegedokumentation findet mit der Strukturierten Informationssammlung (SIS®) eine Loslösung von dem in der Praxis etablierten sechsschrittigen Pflegeprozessmodell statt. Die SIS® orientiert sich am vierschrittigen WHO-Modell (► Kap. 1.9).

Wir halten also fest:

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

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation (kybernetischer Regelkreis) ist ein organisatorisches und qualitätssicherndes Element zur systematischen Beschreibung der Art und Weise des professionellen pflegerischen Handelns. Er stellt eine Methode der Problemidentifikation und -lösung dar und strebt eine individualisierte, ganzheitlich orientierte Pflege hin zur Bezugspflege, weg von der Funktionspflege an.

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

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

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

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

## Die drei Bestandteile des Pflegeprozesses:

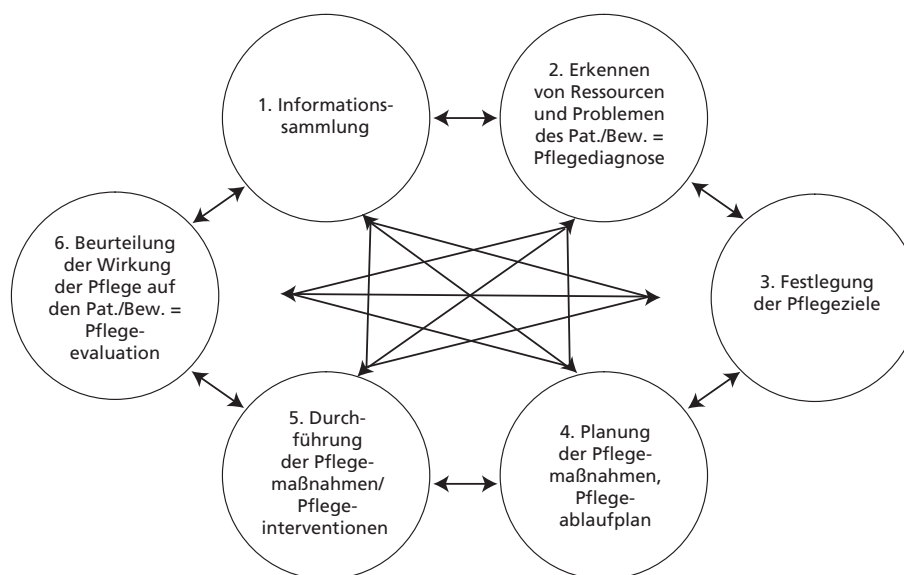
Problemlösungsprozess	Beziehungsprozess	Dokumentation
-----------------------	-------------------	---------------

## 1.2 Pflegeplanung – warum?

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

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

- Die Durchführung der Pflegeroutine geschieht mit Hilfe der geplanten Pflege bewusster.
- Des Weiteren wird die personelle und fachliche Kontinuität in der Durchführung pflegerischer Leistungen gewährleistet.
- Die pflegebedürftige Person erfährt Sicherheit und Vertrauen im Pflegeverlauf sowie eine Verringerung des Risikos durch gemeinsame Absprachen im Pflegeteam und zwischen Pflegeteam und Patient/Bewohner.
- Außerdem werden Hospitalismusschäden reduziert und vorgebeugt.
- Professionell geplante Pflege bringt ebenso auch die Emanzipation des Pflegedienstes durch mehr Verantwortung und Motivation mit sich (Herausstellung der Eigenständigkeit des Pflegeberufes und somit Gleichstellung mit anderen an der pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen).
- Die Pflegenachweise dienen als Argumentationsgrundlage bei der Personalbemessung (Stellenplanverbesserung).
- Eine geplante Pflege ermöglicht Transparenz der pflegerischen Leistungen für Krankenkassen, Gutachter und Akkreditierungsagenturen.
- Zudem wird der innerbetriebliche und interdisziplinäre Informationsfluss für alle Prozessbeteiligten gewährleistet.
- Rechtliche Gründe ergeben sich aus dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Gemäß § 5 Abs.3 soll eine Pflegefachkraft u. a. folgende Aufgaben selbstständig ausführen können: »Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege«, »Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses« sowie »Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen«. Auch das Pflegeversicherungsgesetz bezieht sich im § 18 Abs.5a SGB XI darauf, dass das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit u. a. auch »eine individuelle Pflegeplanung« ermöglichen soll. So weist auch der MDS in seinen aktuellen Maßstäben und Grundsätzen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (2019) auf die »Planung, Durchführung, Evaluation und ggf. Anpassung der Pflege sowie auf die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation« hin.



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

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

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

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