

Barbara Messer

Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege

Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung



3., aktualisierte Auflage

pflege

S
schlütersche

Vor jeder guten Pflege steht die gute Pflegeplanung. Für viele Pflegekräfte ist sie aber geradezu eine Bedrohung: Was soll man schreiben? Wie formulieren? Ist das Ganze nicht ohnehin nur für den MDK? Das hält doch nur von der richtigen Arbeit ab!

Barbara Messer beweist, dass eine gute Pflegeplanung möglich ist: Da muss nicht für jede AEDL geplant werden; da müssen nicht permanent Ressource und Ziel gefunden werden – und dennoch entsteht Stück für Stück die Pflegeplanung. Sie ist so individuell und informativ, dass sie eine gute Quelle für die tägliche pflegerische Arbeit ist.

In dieser 3., aktualisierten Auflage finden Sie u.a. die Lösung für das Problem-Ressource-Dilemma, das überarbeitete Modell der FEDL (Fähigkeiten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) sowie einen erweiterten Schatz an Formulierungshilfen. Neue, lebendige Beispiele aus dem pflegerischen Alltag runden das Buch ab und machen es zu einem hervorragenden Nachschlagewerk.

»Ein gut geschriebenes Buch und lesbares Buch, das einen etwas anderen Ansatz in der Altenpflege zur Pflegeplanung darstellt. Der Titel bezieht sich zwar nur auf die stationäre Altenpflege, aber es ist durchaus auch im ambulanten Bereich einsetzbar. Es empfiehlt sich sowohl für die in der Altenpflege Tätigen (Pflegerinnen und Leitungskräfte) als auch für Lehrende und Lernende in der Altenpflege. Anhand der Beispiele ist das Modell umsetzbar und zum Ausprobieren für alle, die neue Wege gehen wollen, gut geeignet.«
(Zeitschrift für Wundheilung)

Die Autorin

Barbara Messer ist Bachelor of Business Administration und examinierte Altenpflegerin mit 15 Jahren Berufserfahrung. Mit den Weiterbildungen Validationsworker® und Pflegedienstleitung, Gerontopsychiatrie, NLP-Master und Trainer sowie in systemischen Strukturaufstellungen hält sie ihr Wissen aktuell.

ISBN 978-3-89993-198-3



Barbara Messer

Tägliche Pflegeplanung
in der stationären Altenpflege

Barbara Messer

Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege

Handbuch für eine fähigkeitsorientierte Pflegeplanung

3., aktualisierte Auflage

schlütersche

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-198-3

Anschrift der Autorin:

Barbara Messer
Hirtenstraße 20
30974 Wennigsen

Barbara Messer ist Bachelor of Business Administration und examinierte Altenpflegerin mit 15 Jahren Berufserfahrung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Mit den Weiterbildungen Validationsworker® und Pflegedienstleitung, Gerontopsychiatrie, NLP-Master und Trainer sowie in systemischen Strukturaufstellungen hält sie ihr Wissen aktuell. Freiberuflich arbeitet sie seit 1999 in den Bereichen Organisationsberatung, Training und Unternehmenstheater sowie an der Entwicklung von Konzepten rund um den Pflegeprozess.



© 2008 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Gestaltung:	Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover
Satz:	PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung:	Druckhaus »Thomas Müntzer« GmbH, Bad Langensalza

Dieses Buch ist
Thea Margarete Messer
gewidmet

Inhalt

Vorwort zur 3., aktualisierten Auflage.....	11
1 Einleitung.....	13
2 Der Pflegeprozess.....	14
2.1 Der Pflegeprozess in der Altenpflege.....	15
2.2 Das Pflegeverständnis in der Altenpflege	15
2.3 Die Pflegeplanung	17
2.4 Die Pflegedokumentation	17
2.5 Die Grundlagen des dokumentierten Pflegeprozesses	17
2.6 Die Informationssammlung.....	20
2.6.1 Stammblatt	20
2.6.2 Pflegeanamnese/Informationssammlung	22
2.6.3 Erhebung der Biografie	28
2.6.4 Risikoassessment.....	35
2.6.5 Einschätzung der Ist-Situation	35
2.6.6 Planung von Zielen	40
2.6.7 Planung der Maßnahmen.....	42
2.6.8 Auswertungsspalte/Evaluation.....	44
2.7 Aufbau und Struktur der Pflegeplanung	45
2.7.1 Auswahl eines geeigneten Formulars für die Pflegeplanung	45
2.7.2 Umfang einer Pflegeplanung	46
2.8 Bestandteile der Pflegedokumentation	47
2.9 Der Umgang mit der Pflegedokumentation.....	58
2.10 Verfahrensanweisung zum Umfang mit der Dokumentation	64
2.11 Umgang und Organisation von Pflegedokumentation und -planung.....	68
3 Der Pflegeprozess und die aktive Qualitätssicherung.....	74
4 Die FEDL (Fähigkeiten und existenzielle Erfahrungen des Lebens)	78
4.1 Der Begriff »Pflegetheorie«	78
4.1.1 Nutzen und Sinn von Pflegetheorien/-modellen.....	79
4.2 Das konzeptionelle Modell der FEDL	80
4.2.1 Struktur des Modells	81
4.2.2 »Fähigkeit« und »Bedürfnis«	84
4.3 Grundannahmen.....	85
4.3.1 Pflege als Dienstleistung.....	85
4.3.2 Pflegeverständnis in der Pflege von alten Menschen	86
4.3.3 Umwelt	86
4.3.4 Mensch	87
4.3.5 Alter	87

4.3.6	Gesundheit und Krankheit	88
4.4	Die »Fähigkeiten und existenziellen Erfahrungen des Lebens« (FEDL)	88
4.5	Die Unterschiede zwischen FEDL und AEDL	92
4.5.1	FEDL »Zufriedenheit und Emotionalität«	92
4.5.2	FEDL »Orientierung«	94
4.5.3	FEDL »Aktivieren – Anregen«	94
4.6	Die fähigkeitsbezogene Sichtweise	95
5	Pflegeplanung anhand der FEDL	97
5.1	»Kommunikation«	97
5.1.1	Aspekte der FEDL »Kommunikation«	98
5.1.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	99
5.1.3	Die FEDL »Kommunikation« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	99
5.1.4	Pflegeplanungsbeispiele	102
5.2	»Orientierung«	118
5.2.1	Der Begriff »Demenz«	118
5.2.2	Aspekte der FEDL »Orientierung«	120
5.2.3	Aspekte der Qualitätsentwicklung	121
5.2.4	Die FEDL »Orientierung« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	122
5.2.5	Pflegeplanungsbeispiele	124
5.3	»Bewegung«	139
5.3.1	Aspekte der FEDL »Bewegung«	139
5.3.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	140
5.3.3	Die FEDL »Bewegung« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	141
5.3.4	Pflegeplanungsbeispiele	142
5.4	»Vitale Funktionen«	173
5.4.1	Aspekte der FEDL »Vitale Funktionen«	173
5.4.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	174
5.4.3	Die FEDL »Vitale Funktionen« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	174
5.4.4	Pflegeplanungsbeispiele	176
5.5	»Pflegen und Kleiden«	191
5.5.1	Aspekte der FEDL »Pflegen und Kleiden«	192
5.5.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	193
5.5.3	Die FEDL »Pflegen und Kleiden« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	193
5.5.4	Pflegeplanungsbeispiele	196
5.6	»Essen und Trinken«	224
5.6.1	Aspekte der FEDL »Essen und Trinken«	225
5.6.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	226
5.6.3	Die FEDL »Essen und Trinken« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	226
5.6.4	Pflegeplanungsbeispiele	228

5.7	»Ausscheidung«	249
5.7.1	Aspekte der FEDL »Ausscheidung«	250
5.7.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	251
5.7.3	Die FEDL »Ausscheidung« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	252
5.7.4	Pflegeplanungsbeispiele	254
5.8	»Ruhen, Schlafen und Wachsein«	276
5.8.1	Aspekte der FEDL »Ruhen, Schlafen, Wachsein«	277
5.8.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	277
5.8.3	Die FEDL »Ruhen, Schlafen und Wachsein« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	278
5.8.4	Pflegeplanungsbeispiele	280
5.9	»Aktivieren – Anregen«	287
5.9.1	Aspekte der FEDL »Aktivieren – Anregen«	290
5.9.2	Die FEDL »Aktivieren – Anregen« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	291
5.9.3	Pflegeplanungsbeispiele	292
5.10	»Beschäftigung«	299
5.10.1	Aspekte der FEDL »Beschäftigung«	300
5.10.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	301
5.10.3	Die FEDL »Beschäftigung« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	301
5.10.4	Pflegeplanungsbeispiele	302
5.11	»Zufriedenheit und Emotionalität«	307
5.11.1	Aspekte der FEDL »Zufriedenheit und Emotionalität«	308
5.11.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	308
5.11.3	Die FEDL »Zufriedenheit und Emotionalität« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	309
5.11.4	Pflegeplanungsbeispiele	310
5.12	»Sicherheit«	321
5.12.1	Aspekte der FEDL »Sicherheit«	321
5.12.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	322
5.12.3	Die FEDL »Sicherheit« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	323
5.12.4	Pflegeplanungsbeispiele	324
5.13	»Soziale Bereiche und Beziehungen«	329
5.13.1	Aspekte der FEDL »Soziale Bereiche und Beziehungen«	330
5.13.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	331
5.13.3	Die FEDL »Soziale Bereiche und Beziehungen« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	331
5.13.4	Pflegeplanungsbeispiele	333
5.14	»Existenzielle Erfahrungen des Lebens«	337
5.14.1	Aspekte der FEDL »Existenzielle Erfahrungen des Lebens«	338
5.14.2	Aspekte der Qualitätsentwicklung	339
5.14.3	Die FEDL »Existenzielle Erfahrungen des Lebens« unter dem Aspekt der MDK-Begutachtungsrichtlinien	340
5.14.4	Pflegeplanungsbeispiele	341

6	Freie Formulierungen innerhalb der FEDL	357
6.1	»Kommunikation«	357
6.2	»Orientierung«	359
6.3	»Bewegung«	361
6.4	»Vitale Funktionen«	363
6.5	»Pflegen und Kleiden«	365
6.6	»Essen und Trinken«	367
6.7	»Ausscheidung«	369
6.8	»Ruhen, Schlafen, Wachsein«	371
6.9	»Aktivieren – Anregen«	372
6.10	»Beschäftigung«	373
6.11	»Zufriedenheit und Emotionalität«	374
6.12	»Sicherheit«	375
6.13	»Soziale Bereiche und Beziehungen«	376
6.14	»Existenzielle Erfahrungen des Lebens«	377
7	Schlusswort	379
	Literatur	380
	Register	384

Vorwort zur 3., aktualisierten Auflage

Mittlerweile ist das Buch »Pflegeplanung in der stationären Pflege« fünf Jahre alt. Seit 1999 führe ich Trainings rund um die Pflegeplanung durch. Ich bin also in ständigem Kontakt mit dem Thema, diskutiere viel mit Teilnehmerinnen, begleite ambulante und stationäre Einrichtungen bei der Umsetzung und lerne dabei immer weiter.

Seit Jahren arbeite ich bei diesen Trainings mit meiner Partnerin Sandra Masemann zusammen. Gemeinsam arbeiten wir daran, die Pflegeplanung praktikabler zu machen und unser Wissen weiterzugeben. Ohne ihr Gedankengut und ihre Diskussionsfreude, ihre Fachkompetenz aus Bereichen, die denen der Pflege so nah sind, möchte ich nicht mehr arbeiten. Von daher haben sich viele meiner Gedanken, speziell zum Modell der FEDL sowie zum »Problem-Ressource-Dilemma«, mehr und mehr gefestigt und fließen in dieses Buch mit ein. Sandra Masemann gilt an dieser Stelle ein sehr großer Dank!

Insofern war es höchste Zeit für eine Neuauflage dieses Buches. Neu sind:

- Klare Aussagen zum Problem-Ressource-Dilemma
- Neuerungen am Modell der FEDL
- Ein erweiterter Schatz an Formulierungen
- Neue, lebendige Beispiele aus dem Trainingsalltag und von »Training on the job«-Veranstaltungen

Sehen Sie dieses Buch aber bitte als **eine** von vielen Möglichkeiten an, mit der Pflegeplanung umzugehen. Es ist einfach nicht möglich, eine allgemeingültige Vorgabe für die Pflegeplanung in Deutschland aufzustellen. Dazu sind die Berufs- und Alltagsfelder der Pflege zu unterschiedlich. Genießen Sie vielmehr die Vielfalt und entdecken Sie Gedanken und Haltungen, die Ihnen bisher vielleicht unbekannt waren. Wie heißt es so schön: *»Unser Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann«*.¹

Vielleicht liegt es an unserer deutschen Kultur, dass wir vieles auf eine trockene, langweilige und formale Art ausführen. Doch die Pflegeplanung ist keine trockene und langweilige Sache. Ganz im Gegenteil! Es ist höchst spannend, einem Menschen mittels der Pflegeplanung näher zu kommen, seine Situation zu analysieren und ihm die besten Voraussetzungen für seinen individuellen Pflegebedarf und seine Person schaffen.

Das hat nicht immer etwas mit Geld und Zeit zu tun. Es hat sehr viel mehr mit unserer inneren Haltung zu tun. Pflegekräfte sind diejenigen, die mal tatkräftig und dann wieder

¹ 1922 formulierte der kubanische Maler und Schriftsteller Francis Picabia (1879 – 1953) diesen Gedanken, dem er Zeit seines Lebens folgte.

»mit der Hand in der Hosentasche«² den Alltag gestalten. Das ist eine kostbare und einmalige Aufgabe.

Wir sollten uns also nicht länger von engen Vorgaben wie z. B. Pflegeplanungen für jede AEDL, Ressource und Ziel für jedes Problem, Vermeidung ärztlicher Diagnosen usw. in unserer Kreativität bremsen lassen. Es ist an der Zeit, eine andere Haltung einzunehmen. Um diese andere, leichte Haltung zu bekommen, gebe ich Ihnen mit diesem Buch einen wahren Schatz an Anregungen und Impulsen.

Wennigsen, im Februar 2008

Barbara Messer

² Erwin Böhm (österreichischer Pflegeforscher) »schlägt ... eine neue Pflegephilosophie vor, die er als »Pflege mit der Hand in der Hosentasche« bezeichnet – ein Begriff, der ihm nicht nur Freunde eingebracht hat und zu vielen Missverständnissen führt. Böhm meint aber damit nicht, daß wir die Hände in den Hosentaschen lassen sollen um nichts zu tun (im Sinne eines Nicht-Helfens), sondern daß wir tatsächlich nichts tun, was der Patient noch selbst für sich tun kann« (vgl. www.geronto.at)

1 Einleitung

Das große Problem, das viele Pflegekräfte bei der Pflegeplanung haben, ist die Formulierung von Pflegeproblemen, Ressourcen, Maßnahmen und Zielen. Schreibtischarbeit steht in der Altenpflege häufig an letzter Stelle und wird als Gegenteil von Pflege empfunden. Deshalb habe ich Ihnen hier Vorschläge für die tägliche Pflegeplanungspraxis zusammengestellt. Ich zeige Ihnen, wie Sie mit der Pflegeplanung effektiver umgehen können. Kurzum: Ich gebe Ihnen ein Handbuch für die tägliche Praxis, nach dessen Lektüre Sie vielleicht sogar etwas von meiner Begeisterung für die Pflegeplanung spüren können.

Die Grundlage ist dabei mein konzeptionelles Pflegemodell der **Fähigkeiten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (FEDL)**, das ich Ihnen ausführlich vorstellen werde.

Dieses Buch hat die Pflegeplanung im Titel, denn das ist die konkrete Arbeit, die jede Pflegekraft zu leisten hat. Doch über allem steht der »Pflegeprozess«. Was immer in der Pflege getan wird, ist kein statisches Geschehen, keine einzelne Handlung, sondern Teil eines lebendigen Prozesses.

2 Der Pflegeprozess

»Der Pflegeprozess spiegelt die Entwicklung der Pflege am Patienten wider. Die Pflege steht also nicht schon vorher fest, sondern muss erst noch erarbeitet werden, und zwar in jedem Fall gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen. Der Pflegeprozess ist ein dynamischer Verlauf zwischen Gesundheit und Krankheit und bildet die Grundlage für eine individuelle ganzheitliche (personenorientierte) Pflege. Er bezieht sich jedoch ebenso auf die gesunden Kräfte des Menschen (Ressourcen). So ist der Patient nicht nur leidender, sondern immer auch ein Mensch mit gesunden Anteilen.«³

Die Methode des Pflegeprozesses stammt aus den USA. In den 1960er Jahren hielt man die sechs Schritte des Pflegeprozesses für die beste Möglichkeit, um die Krankenpflege systematisch zu planen. (vgl. Yura und Walsh 1978)⁴ *»Der Pflegeprozess mit seinem schrittweisen Ablauf und seiner hohen Standardisierung schreibt ein zweckrationales Handeln vor. Ein Handeln, das durch objektivierte Wahrnehmung, Festlegung von Zielen, systematischer Planung mit anschließender Umsetzung in vorgeschriebener Schrittfolge bestimmt wird.*

Die abschließende Kontrolle überprüft, ob »alles nach Plan gelaufen« ist. Das damit mechanisierte Vorgehen erfordert ein logisch-deduktives Denken, das fast zwangsläufig zu einer sachlich-objektiven Beziehung zum »Arbeitsgegenstand« Mensch führt. Diese systembedingte Auswirkung des Pflegeprozesses ist als Paradoxon zu bezeichnen, wurde er doch mit der Hoffnung geschaffen, die Beziehung zum hilfebedürftigen Menschen individuell und umfassend gestalten zu können.«⁵

Wo aber bleibt hier die Intuition und Kompetenz der Pflegekraft? Ich stimme mit Liliane Juchli überein, die sagt: *»Aber Theorien, so einleuchtend sie sein mögen, bewirken in uns, in unserem Alltag noch gar nichts. Ich als Mensch bin es, der etwas verändern kann: Es ist meine Art zu leben, die etwas bewirken kann, die Art und Weise, in der ich da bin, mich bewege, in der ich arbeite, pflege, in der ich, um mit Florence Nightingale zu sprechen, Pflege als Kunst ausübe. Dies alles bedeutet, dass ich es bin, der diesen kreativen Prozess lebendig machen kann ...«⁶*

Ein Prozess eignet sich hervorragend für die systematische Planung, einzelne Schritte sorgen dafür, dass man den Überblick behält, und: Kompetente und erfahrene Pflegekräfte benutzen ihre Intuition, ihr Wissen, ihre Beobachtung und ihren gesunden Menschenverstand, um schnell und gut im Sinne des Klienten zu handeln.

³ Kappelmüller, I.: Der Pflegeprozess. Facultas-Universitätsverlag, Wien 1993.

⁴ Schöninger, U.; Zegelin-Abt, A.: »Hat der Pflegeprozess ausgedient?« In: : Die Schwester/der Pfleger 37 (1998), S. 305–310.

⁵ ebd.

⁶ Juchli, L.: Heilen durch Wiederentdeckung der Ganzheit. Kreuz Verlag, Stuttgart 1993.

So gibt es den Prozess, die Kompetenz der Pflegekraft **und** den Klienten. Er ist es, um den sich alles dreht, von dem her sich alles bestimmt. Das wird leider oft vergessen und taucht auch im ursprünglichen Verständnis des Pflegeprozess nicht auf.

2.1 Der Pflegeprozess in der Altenpflege

Die Bewohner eines Altenheims sind eine **Einheit** aus Körper, Geist und Seele. Sie können nicht – wie das bei Pflegeplanungen im Krankenhaus geschieht – allein auf bestimmte Krankheitsbilder oder Symptome reduziert werden. Assessments bei Bewohnern eines Altenheims zeigen eine Mischung aus Altsein, Altersgebrechlichkeit und Symptomen einzelner Krankheiten sowie individueller Lebensprägung. Die Pflegeplanung kann hier nicht nur Symptome herausgreifen. Der Mensch und seine gesamte Lebenssituation (in diesem Fall das Alter) stehen im Vordergrund der Pflege – nicht nur sein Krankheitsbild.

2.2 Das Pflegeverständnis in der Altenpflege

Jeder Austausch zwischen Pflegekraft und Klient geschieht durch die Beziehung zwischen zwei Persönlichkeiten. Geprägt ist diese Beziehung durch das individuelle Schicksal und die möglicherweise eingeschränkten Fähigkeiten des Klienten. Klient und Pflegekraft sind Partner in der Pflege.

Zwischen diesen beiden Partnern gibt es während des Pflegeprozesses einen Austausch von Erfahrungen und Informationen. Die Pflegekraft sorgt dafür, dass der Klient sich als Gestalter seines Lebens erleben kann. Sie unterstützt, berät und fördert den Klienten, um Lösungen zu verwirklichen.

Es ist die Aufgabe der Pflegekraft, die individuellen Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten richtig zu erfassen. Sie muss davon ausgehen, dass dem Klienten alle Fähigkeiten und Ressourcen innewohnen, die er für die Gestaltung oder Veränderung seines Lebens braucht. Pflegekräfte geben dem Klienten dort Unterstützung, wo er sie braucht, um seine Fähigkeiten und Ressourcen wiederzuerlangen.⁷

Pflegekräfte müssen aber nicht nur den Klienten, sondern auch sich selbst beobachten. Wenn sie merken, dass sie den Klienten und seine Umgebung nicht mehr unvoreingenommen annehmen können, müssen sie für Klärung sorgen oder gar die Pflege an eine Kollegin weitergeben.

⁷ vgl. Messer, B.: Tägliche Pflegeplanung in der ambulanten Altenpflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2003.

Für das Pflegeverständnis in der Altenpflege heißt das:

Der Pflegeprozess ist ein bewegliches, offenes System, in dessen Mittelpunkt der Klient und seine Lebenswelt stehen. Der Klient erteilt den Auftrag, er äußert Bedürfnisse. Pflegekräfte handeln erst dann, wenn sie einen klaren Auftrag des Klienten bzw. seiner primären Bezugsperson erhalten haben.

Mit der Einschätzung des Klienten durch die Pflegekraft bekommt der Pflegeprozess ein Ziel. Es wird festgelegt, an was und an wem er sich orientiert: an den Fähigkeiten des Klienten, an seiner Selbstständigkeit, der individuellen Lebensqualität, oder der Bewältigung seines Alltags. an der Umwelt oder an den Problemen des Klienten. Die Professionalität der Pflegekraft lässt sie bei jedem Schritt des Pflegeprozesses zwischen aktueller Fachlichkeit und Lebenssituation sowie Lebenszufriedenheit des Klienten abwägen.

Pflege innerhalb des Pflegeprozesses muss sich feinfühlig an immer wieder verändernde Bedingungen, Situationen, Bedürfnisse und Ereignisse anpassen. Deshalb ist die Struktur des Pflegeprozess so wichtig.



2.3 Die Pflegeplanung

Die Pflegeplanung ist ein Instrument zur konkreten Umsetzung des Pflegeprozesses. Sie wird für jeden Klienten individuell erstellt. Die Pflege/-maßnahmen werden geplant und schriftlich festgehalten. Es wird also im Vorhinein genau beschrieben, was gemacht werden soll. Am Ende der Pflegeplanung steht eine Beschreibung jener Pflegeinterventionen, die die größtmögliche Pflege und Lebensqualität unter Beachtung hoher Fachlichkeit und weitgehender Selbstbestimmung des Klienten anschaulich und durchführbar darstellt.

2.4 Die Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation umfasst alle Informationen und Planungen über und für einen Klienten. Die für die Pflege und Versorgung relevanten Dinge werden so angeordnet, dass sie schnell und übersichtlich erfasst werden können.

Pflegekräfte dokumentieren hier Veränderungen, Beobachtungen und Ergebnisse der Pflege. Innerhalb der Pflegedokumentation finden Informationssammlung, Pflegeanamnese, Leistungsnachweise, Biografie etc. ihren Platz. Das sichert den notwendigen Informationsfluss der Pflegekräfte untereinander und den Austausch mit anderen Disziplinen wie Ärzten und Therapeuten.

Die Pflegedokumentation ist der zentrale Informationsträger für alle am Pflegeprozess beteiligten Mitarbeiter. Die schriftliche Pflegedokumentation macht eine mündliche Informationsweitergabe nicht überflüssig; diese ist die Basis für die alltägliche Kommunikation zwischen den Pflegekräften.

Die Pflegedokumentation bildet aber die Grundlage für die Kooperation von Arbeitsabläufen und organisatorischen Belangen des Klienten.

2.5 Die Grundlagen des dokumentierten Pflegeprozesses

Zu den Grundlagen des Pflegeprozesses gehören Pflegemodelle und Pflegetheorien. Eine sensible, lebendige Pflege anhand des Pflegeprozesses ist nur dann möglich, wenn sie in ein Pflegemodell/eine Pflegetheorie und damit in ein Verständnis des Menschen, seines sozialen System, seiner Biografie und seines Krankheits- und Gesundheitserleben eingebettet ist.

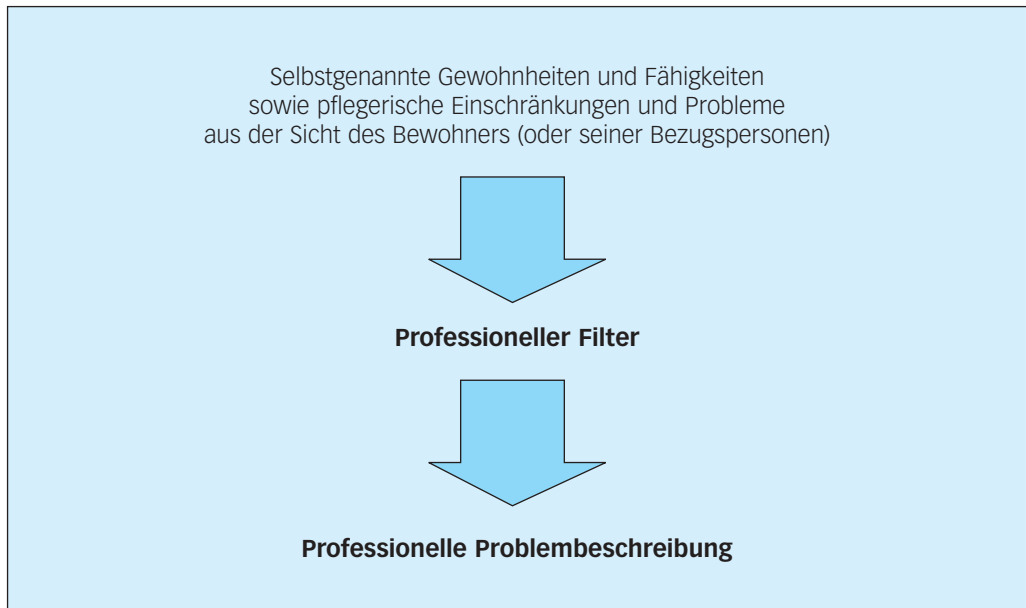


Abb. 2: Von der Bewohnersicht zur professionellen Sicht.

Um Pflege effektiv und sinnvoll zu gestalten, müssen Pflegemaßnahmen überlegt geplant werden. Dass das nicht immer geht, weiß jede Pflegekraft. Es gibt im Alltag immer wieder Situationen, in denen schnelles, **nicht** geplantes Handeln erforderlich ist. Gerade dieses intuitive Handeln ist eine »spezielle Gabe« von Pflegekräften. Daneben aber gibt es auch die Momente der Reflexion, wenn die Pflegekraft über die Situation des Klienten nachdenkt, diese also analysiert.

Die Wirklichkeit der Pflege wird durch Pflegemodelle/-theorien aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln betrachtet. Jeder Blickwinkel wird wiederum durch verschiedene Pflegemodelle/-theorien bestimmt. Es gibt diverse Sichtweisen und je nach Theorie/Modell werden unterschiedliche Elemente und Beziehungen innerhalb der Pflege betont.

Sinn und Zweck von Pflege-theorien/-modellen ist die Erfassung der Wirklichkeit, um daraus Ziele zu entwickeln, Schwerpunkte in der Pflege zu setzen, Konzepte und Ansprüche umzusetzen.

Pflege soll aber nicht nur auf die körperlichen Belange von Menschen eingehen, sondern auch auf geistig-seelische und soziale Elemente. Diese Bereiche des Menschen werden in der ganzheitlichen Sichtweise betrachtet. Das schlägt sich in der täglichen Pflegepraxis nieder, weil Pflegehandlungen nur selten isoliert betrachtet werden können: Eine Bewohnerin erhält nicht nur Unterstützung bei der Körperpflege. Gleichzeitig kommunizieren die Pflegekräfte verbal und nonverbal mit ihr. Sie helfen ihr, einen Teil ihrer Persönlichkeit auszudrücken, indem sie ihr z. B. beim Auftragen von dekorativer Kosmetik helfen. In

der Nacht lagern und bewegen Pflegekräfte einen pflegebedürftigen Menschen nicht nur; gleichzeitig findet liebevolle Ansprache, Inkontinenzversorgung und evtl. das Anreichen von Getränken statt.

Der Pflegeprozess ist eine nützliche Struktur, weil er die Pflegekraft dazu bewegt, schrittweise vorzugehen, nach vorn und zurück zu blicken, innezuhalten und sich wieder neu zu orientieren.

Die sechs Schritte des Pflegeprozesses:

1. Schritt: Informationssammlung
2. Schritt: Pflegediagnostik: Bewerten der gesammelten Informationen hinsichtlich eines pflegerelevanten Zustandes im Sinne einer Risiko-Potenzial-Analyse
3. Schritt: Planen von Zielen
4. Schritt: Planen von Maßnahmen und Interventionen
5. Schritt: Durchführen der Pflege
6. Schritt: Evaluieren bzw. Auswerten und Reflektieren

Diese Struktur bietet eine gute Möglichkeit zur Analyse. Durch genaues Nachfragen und Beobachten eröffnen sich neue Sichtweisen. Ein Gespräch für die Pflegeplanung kann einer Pflegekraft durchaus die Augen öffnen!

Beispiel:

Eine alte Dame (Pflegekundin) wurde so vorgestellt: »Sie ist manchmal desorientiert.« Somit begann die Pflegeplanung mit den Worten: »Desorientierung, zeitweise, bedingt durch XY.«

Im Verlauf des Pflegeplanungsgesprächs kam dann eine sehr erschreckende Situation heraus: Während des Gesprächs gab der Ehemann der Klientin an, dass er sie über viele Stunden am Tag fixierte, wogegen sie sich nach Kräften wehrte. Bei den Pflegekräften, die diesen Hintergrund nicht kannten, hatte sich durch die »zeitweise Desorientierung« der Klientin eine Abwehr herausgebildet. Viele Pflegekräfte betreten die Wohnung mit einem unguten Gefühl, das sie nicht näher beschreiben konnten. Der Ehemann versicherte immer, er meine es »gut mit seiner Frau«. Auf Nachfrage beim Gespräch erklärte er dann, sie sei problematisch und deshalb würde er sie fixieren, wenn die Pflegekräfte nicht anwesend seien.

In der FEDL »Existenzielle Erfahrungen des Lebens« stellt sich die Situation folgendermaßen da:

24.01.08	Pflegebedarfssituation	Lösungen / Ziele	Maßnahmen
1.	Abwehrverhalten Vermutlich aus Angst Klientin signalisiert massive Abwehr + Angst bei Leistungen von Körperpflege und bei jeglicher Berührung. Klientin bringt Ablehnung durch Kratzen, Beißen, Schlagen zum Ausdruck. Die aktuelle Betreuungssituation derzeit ist unklar. Ehemann gibt an, Klientin derzeit im Sitzen mit Bauchgurt zu fixieren und ihr Psychopharmaka zu verabreichen. (Vor ein paar Jahren stimmt die Klientin aus Sicherheitsgründen einer kurzzeitigen Bauchgurtfixierung im Sitzen zu). Heute: Verdacht auf Freiheitsberaubung	• Klientin fühlt sich in ihren Wünschen respektiert • Sie erfährt Sicherheit • Rechtsfrage ist geklärt • Geeignete Lebensform ist gefunden	Pflegedienstleitung wendet sich an Amtsgericht zwecks Klärung der Rechtssituation »Fixierung« bis zum 30.01.07 PDL wendet sich an sozialpsychiatrischen Dienst zwecks Beratung über Lebensform und Beratung des Ehemannes. Bis dahin bei täglichem Einsatz eigenes Verhalten und Verhalten/Reaktion von Klientin dokumentieren. Körperpflege auf ein Mindestmaß reduzieren (siehe »Sich pflegen und kleiden«

2.6 Die Informationssammlung

Die Informationssammlung über viele Lebensbereiche des Bewohners soll selbstverständlich nicht dazu führen, dass er zum »gläsernen Menschen« wird. Es bleibt ihm und seinen Angehörigen vorbehalten, welche Informationen er geben möchte. Bestimmte Informationen und Angaben kommen erst im weiteren Verlauf der Pflegebeziehung zum Vorschein, wenn der Klient sich wohl, ernst genommen und sicher fühlt.

Zur Informationssammlungen gehören u. a. Stammbblatt, Risikoassessment, Biografie und Pflegeanamnese.

2.6.1 Stammbblatt

- Stammdaten wie Name, Familienstand, Geburtsdatum, Geburtsort und -land, Staatsangehörigkeit, Konfession
- Angaben zu Angehörigen
- Angaben zu behandelnden Ärzten

- Telefonnummern: Angaben dazu, wer wann informiert werden möchte, wenn bsp. eine Veränderung beim Bewohner eingetreten ist
- Soziale Versorgungssituation (Bezugsperson, Vollmachten, ggf. gesetzliche Betreuerin mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger)
- Datum des Einzugs bzw. Umzugs innerhalb der Einrichtung
- Medizinische Diagnosen
- Information zu Allergien
- Information zu Kostformen
- Angaben zu Krankenkasse, Pflegestufe
- Angaben zur Betreuung, Hilfsmittel, Prothesen, Besonderheiten etc.
- Subjektive und objektive Beobachtungen der aufnehmenden Pflegekraft
- Aussagen des Bewohners über seine Wünsche und Bedürfnisse sowie seine subjektive Befindlichkeit
- Angaben aus dem Erstgespräch
- Angaben zur Motivation des Bewohners in der Einrichtung zu leben: ist er bspw. aus eigenem Willen in der Einrichtung?
- Vitalzeichen, Gewicht, Größe (messbare Daten)
- Ärztliche Diagnosen, Arzt- und Krankenhausberichte, Ergebnisse von Visiten, Laborergebnisse. Es ist im Hinblick auf Begutachtungssituationen sinnvoll, die ärztlichen Diagnosen in pflegebegründende und nicht pflegebegründende zu trennen
- Angaben zu Wundversorgung, Behandlungspflege

Insbesondere sollten im Erstgespräch erhoben werden:

- Besonderheiten im Bereich aller Lebensaktivitäten, d. h. der direkt erkennbare Hilfebedarf, auch der bisherige Umgang mit einem möglichem Hilfe- oder Pflegebedarf
- Erwartungen, besondere Vorbehalte oder Ängste bezogen auf den Umzug
- Diagnosen (wenn nicht bereits in der Anamnese festgehalten)
- Grund des Umzugs in die Einrichtung⁸

Die Daten im Stammbblatt können sich ändern und ergänzt werden. Sie werden also weitergeführt! Wenn diese Ergänzungen direkte Auswirkungen auf die Pflege haben (z. B. eine veränderte Pflegestufe, an- oder abgesetzte Fixierung, Bestellung einer Betreuerin etc.), werden sie mit Datum und Handzeichen dokumentiert.

Es kann notwendig sein, dass bei einer mit der Zeit unübersichtlichen Stammbblattversion ein neues Formular angelegt wird, und die Daten übertragen werden.

⁸ vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit: Empfehlungen des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 28.10.2004

2.6.2 Pflegeanamnese / Informationssammlung

Nach dem Stammbblatt ist die Pflegeanamnese oder Informationssammlung ein weiterer wichtiger Schritt. Sie ist das Kernstück der Pflegeplanung, ein bedeutendes Einschätzungsinstrument innerhalb des Pflegeprozesses und ein wichtiges Element im Assessment. Zur Pflegeanamnese gehören die Einschätzung des Potenzials (Fähigkeiten, Ausmaß der Selbstpflegemöglichkeiten, Bedürfnisse und Gewohnheiten) des Klienten.

An diesem Punkt im Pflegeprozess besteht die Möglichkeit, den Klienten in seiner Gesamtheit einzuschätzen. Anhand einer Checkliste (als Struktur für die Wahrnehmung und Beobachtung) findet eine möglichst umfassende Betrachtung statt. Der Klient hat zugleich die Möglichkeit, seine Sicht der Situation zu schildern.

Laut MDK-Prüfanleitung sollte eine Pflegeanamnese Folgendes enthalten:

- Information über Biografie, Gewohnheiten, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugspersonen des Klienten
- Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Klienten
- Informationen über den Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens
- Informationen über Gedächtnis und Konzentration
- Informationen über Vitalfunktionen und pflegerelevante Probleme in Bezug auf Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen
- Eintragungen von anderen an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzte oder Therapeuten
- Gesundheitsgeschichte
- Persönliche Pflegegewohnheiten
- Gesamtbeschreibung der aktuellen Situation (Ist-Zustand)⁹

Die Pflegeanamnese hat aber vor allem die Aufgabe, die Pflegediagnostik voranzutreiben. Denn hier werden die Fähigkeiten des Klienten beobachtet, erfragt und beurteilt. Erst daraus ergibt sich der individuelle Pflegebedarf und die Formulierung einer Pflegediagnose.

»Die Pflegeanamnese umfasst ein systematisches und zielgerichtetes Gespräch, in dem die Pflegenden in aktiver Zusammenarbeit mit dem Patienten alle für die individuelle Pflege wichtigen Fakten sammelt.«¹⁰

⁹ MDS: MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege vom 10. November 2005.

¹⁰ Arets, J. et al.: Professionelle Pflege. Eicanos im Verlag Hans Huber. Bern 1999.

In dieser Definition wird noch keine Aussage dazu gemacht, dass es sich um ein dokumentiertes Gespräch handelt, obwohl dies im Alltag häufig der Fall ist. Die Pflegeanamnese ist eine Sammlung verschiedener Aspekte und Tätigkeiten an. Und: Die Pflegeanamnese oder »die Informationssammlung beginnt bereits beim ersten Kontakt mit dem Pflegebedürftigen und seinen Bezugspersonen; sie wird zügig vervollständigt, wobei sie niemals »vollständig« sein kann.«¹¹

Es empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- Eine intensive Erhebung in den ersten Tagen – erste Fertigstellung nach max. 5 bis 7 Tagen.
- Anschließend kommt eine Ergänzungsphase, in der neue Informationen mit einem weiteren Handzeichen und Datum dokumentiert werden.
- Die Pflegeanamnese wird dann neu geschrieben, wenn der aktuell erkennbare Zustand nicht mehr mit der tatsächlichen Situation des Klienten übereinstimmt. Dies ist oft nach einem Krankenhausaufenthalt der Fall.

Merke:

Die Pflegeanamnese/Informationssammlung ist ein umfassender Akt, innerhalb dessen beobachtet, erfragt, gedeutet, eingeschätzt und informiert wird. Die Pflegeanamnese besteht aus einer guten Gesprächsführung, einer beginnenden Beziehung zum Klienten und seinen Bezugspersonen, der Erhebung von Gewohnheiten, Fähigkeiten und Bedürfnissen, Einschränkungen, Erwartungen und Wünschen sowie einer Betrachtung der Gesamtsituation. Dabei werden Aspekte aus der Vergangenheit sowie der Gegenwart eingeschätzt. Die Pflegeanamnese wird auf einem Formular dokumentiert.

Die Pflegeanamnese erleichtert die anschließende Pflegeplanung, denn die Pflegekraft beschreibt in der Anamnese die aktuelle Pflege-Istsituation und damit die Basis des täglichen Pflegealltags. In den letzten Jahren stellte ich bei diversen Besuchen in Pflegeeinrichtungen fest, dass in Pflegeanamnesen große Lücken bei den Eintragungen klaffen. Maßnahmen und/oder unklare Beschreibungen wie z. B. »Körperpflege – muss komplett übernommen werden«, tauchen häufig auf. Bei solch einem Eintrag weiß keiner genau, wie die tatsächliche Pflegesituation ist. Unreflektierte Äußerungen wie »Fühlt sich als Frau« werden nicht weiter erläutert. Dies zeigt, wie sehr hier eine reflektierte Haltung fehlt. Woran stelle ich bspw. fest, dass sich eine Frau als Frau fühlt, vor allem wenn sie keine verbalen Äußerungen dazu abgegeben hat?

¹¹ MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.; Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen 2005.

Tipps:

- Beschreiben Sie, was Sie tatsächlich wahrnehmen.
- Geben Sie Informationen, die direkt vom Klienten oder seiner primären Bezugsperson kommen, auch als solche an. Schreiben Sie: »Laut Aussage von Frau XY.«.
- Wenn Sie sich bei ihrer Einschätzung unsicher sind, besprechen Sie sich mit einer Kollegin, um Ihre Beurteilung zu überprüfen.
- Nutzen Sie die Pflegeanamnese als Überleitung zur Pflegeplanung. Mit der Bearbeitung der Pflegeanamnese haben Sie sich bereits intensiv in die Pflegesituation hineingedacht.
- Informationen und Pflegesituationen, die Sie kurz und präzise in der Pflegeanamnese abhandeln können, sollten Sie auch dort belassen. Sie müssen nicht für jeden Punkt eine Pflegeplanung erstellen. Dass z. B. ein Klient mit einem abendlichen Baldriantee gut durchschläft, erfordert in der heutigen Zeit keine große Planung mehr.

Beispiel: Einträge in der Pflegeanamnese

Frau D.

Morbus Parkinson, Osteoporose, Demenz

Später: Femurfraktur

Kommunikation

Sie versteht laut Gesagtes. Sieht mit Brille auch kleine Dinge. Spricht leise und monoton, unterhält sich gern, spricht von sich aus.

Führt Gespräche nicht zu Ende, macht »Inhaltssprünge«. Drückt ihre Bedürfnisse oder Wünsche nicht konkret aus, macht Umwege beim berichten

Orientierung

Inhaltssprünge. Ist zur Person orientiert, findet sich im Zimmer zurecht, guckt zur Uhr, fragt nach der Zeit, weitere zeitliche Orientierung scheint für sie nicht mehr wichtig zu sein, keine Hinweise darauf zu erkennen.

Handelt zu ca. 50 % situationsgerecht, verwendet Utensilien zu ca. 50 % sinngemäß

Bewegung

Morgens »Anlaufschwierigkeiten«, Sturzangst, bewegt alle Gliedmaßen, fuchelt schnell mit Armen und Händen (unkoordiniert), greift manchmal zielgerichtet. Kaum Eigenbewegungen im Liegen.

Gibt Hinweise auf »Lieblingslagen«. Sitzt Ø 2 x 2 Std. im Rollstuhl, fährt mit Rollstuhl im Zimmer, stürzt leicht, rutscht aus dem Rollstuhl heraus. Geht 2 bis 3 Schritte mit Begleitung einer PK. Dekubitusgefährdet.

Vitale Funktionen

Zum Teil leichte Bewusstseinseinschränkungen durch Nebenwirkungen von Medikamenten. Schwindelgefühle z. B. beim Hinsetzen. RR-Werte im Normbereich. Nimmt Temperaturschwankungen wahr, äußert dazu Wünsche. Nachts starkes Schwitzen

Pflegen und Kleiden

Wäscht sich u. A. unkoordiniert Gesicht und Oberkörper vorn (wäscht immer gleiche Stelle), nimmt gern Hilfestellung an. Verwendet Utensilien nicht sinngemäß, auch mit Anleitung nicht.

Da sie Schneiderin ist, »schneidert« sie an ihrer Kleidung, war früher diesbezüglich sehr wählerisch.

Impuls, sich zu ausziehen, beginnt damit bei Bedarf. An- und Auskleiden nicht möglich, da sie Vorgänge nicht koordinieren kann. Äußert Wünsche, weiß, was sie an Kleidung hat. Hat sich in der Vergangenheit »geschmückt«.

Essen und Trinken

Trinkt schluckweise u. A. aus bereitgestelltem Glas/Schnabelbecher. Isst bei guter Tagesform mundgerecht vorbereitete Nahrung selber, häufig kann sie selber nicht essen, da sie unkoordinierte Bewegungen hat. Schluckbeschwerden. BMI liegt bei 16,5, untergewichtig!

Ausscheidung

Neigt zu Stuhlverstopfung, nachts immer inkontinent, tagsüber leichte Inkontinenz bei regelmäßigen Toilettengängen, gibt Ausscheidungsbedarf an. Wechselnd (Tagesformabhängig) abhängig kompensierte und nicht kompensierte Inkontinenz.

Ruhen, Schlafen, Wachsein

Tagsüber wach, kleines Mittagsschläfchen, nachts seit langer Zeit Schlaftabletten. Schläft nach nächtlichen Störungen wieder ein. Möchte nachts leise Radiomusik und kleines Licht an.

Aktivieren – Anregen

Frau D. reagiert mit Wachheit auf Augenkontakt und das Thema Nähen. Sie reagiert mit erhöhter Aufmerksamkeit auf Gesang und Dinge, die sie sehen kann.

Beschäftigung

Beschäftigt sich mit ihrer Kleidung, »schneidert« damit. Sieht gern fern am Tage, guckt in Atlas, Fotos, etc. Beschäftigt sich selber. Nimmt selten an Aktivitäten des Hauses teil.

Zufriedenheit und Emotionalität

Bevorzugt weibliche Pflegekräfte, drückt Gefühle verbal und nonverbal aus, diese werden verstanden, wenn man sie länger kennt. Wirkt zufrieden, innere Zufriedenheit, erkennbar durch entspannte Mimik im Gesicht.

Sicherheit

Nutzt Klingel. Schätzt Risiken nicht adäquat ein (z. B. Sturzgefahr).

Soziale Bereiche und Beziehungen

Beziehung zum Sohn hat hohen Stellenwert, freut sich auf dessen Besuche, er ist zuständig für kleine Aufgaben. Hat Kontakt zu Enkeln, hier im Hause eher Einzelgänger, ist gern für sich.

Existenzielle Erfahrungen des Lebens

Scheint Pflegebedürftigkeit zu akzeptieren, spricht wenig über persönliche Dinge. Auch nicht über den Tod. Wirkt an manchen Tagen unglücklich, wenn sie ihre Wunscherfüllung nicht selber ausführen kann.

2.6.2.1 Mitwirkung des Klienten und seiner primären Bezugsperson

Eine Pflegeanamnese ist ohne die Mitwirkung des Klienten bzw. seiner primären Bezugspersonen nur schwer möglich. Der Klient ist Dreh- und Angelpunkt der Einschätzung und des Handelns. Es hängt allerdings vom Alter, von den Einschränkungen, der Krankheit und der allgemeinen Ist-Situation ab, inwieweit verbale Kommunikation und Einschätzung auf beide – Klient und Pflegekraft – verteilt sind. Es gibt Situationen, in denen der Klient nicht mehr vollkommen orientiert ist. Dann wird von der Pflegekraft empathisches Beobachten, Deuten und Fragen verlangt. Dies umso mehr, je weniger der Klient spricht. Auch wenn der Klient Äußerungen macht, die nicht der Wahrnehmung der Pflegekraft entsprechen, ist sensible Deutung und Beobachtung gefragt.

Beispiel:

Eine 88-jährige Klientin wurde im Zuge des Erstgespräches in ihrer Wohnung aufgesucht. Dort wurden die ersten Daten und Informationen gesammelt. Der Pflegekraft fiel sofort auf, dass die Klientin ein Flüssigkeitsdefizit aufwies. Sie nahm Merkmale wahr (Mundtrockenheit beim Sprechen, trockene Haut und Zunge, sie sah keinerlei Gläser oder andere Trinkgefäße). Die Klientin beantwortete die Frage nach den Trinkgewohnheiten mit dem lapidaren Satz: »Ich trinke genug.« Hier bestand offensichtlich ein Widerspruch zur Wahrnehmung der Pflegekraft.

Beobachtet werden können Gesichtsausdruck, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Körperlage, Haut/Hautfärbung, Gang, Gemütsstimmung, Körpergröße, Ernährungszustand, sprachliche Äußerungen und Gesprächsverhalten sowie die Umgebung.

Gesichtsausdrücke lassen sich gut differenzieren: ängstlich, verwirrt, abwesend, erschrocken, verzweifelt, erwartungsvoll, hoffend, traurig, gelöst, verschlossen, schmerzverzerrt, ausgetrocknet, müde, verlebt, abgekämpft, heiter, teilnahmslos, leuchtend, vertrauensvoll, ernst, seriös, verkrampft, aggressiv u. a.¹²

Bei der Informationssammlung sind oft die primären Bezugspersonen anwesend. Oft sind sie es, die vorher einen großen Teil der Pflege geleistet haben. Sie sind wesentliche, wenn nicht sogar die zentralen Bezugspunkte oder gar das »Lebenselixier« des Klienten.

Und sie sind häufig:

- liebend und sorgend,
- fürsorglich und verängstigt,
- erschöpft und ausgebrannt,
- mit schlechtem Gewissen unterwegs, da sie ihren Angehörigen nun »abgeben«,
- kontrollierend, »ob alles richtig gemacht wird«,
- unglaublich traurig, dass ihre Kompetenz oder Kraft nicht mehr reicht,
- allein und
- überfordert.

Damit sind sie kaum in der Lage, objektiv zu sein. Wenn der langjährige Lebenspartner in eine Pflegeeinrichtung einzieht, kann das ebenso als Amputation wie auch als Erleichterung empfunden werden. Auch wenn es eine Verstandesentscheidung war, dass die geliebte Person nun in ein Altenheim einzieht, so muss das Herz noch lange nicht Ja sagen.

Kurzum: Primäre Bezugspersonen handeln und fühlen gegenüber dem Klienten stark subjektiv. Und sie geben Informationen über die Pflegesituation nicht in der fachlichen Form wie eine Pflegefachkraft dies tun kann. Das hat neben vielem anderen zur Folge, dass man im Bereich des Pflegeassessments die Schilderungen, Daten, Angaben und Informationen von Angehörigen/Bezugspersonen auch als solche benennen muss. Dazu gibt es mehrere Möglichkeiten:

1. Die Äußerungen werden auf ihre Wahrheit, Bedeutung oder Relevanz hin (über-)prüft.
2. Die Bezugspersonen werden als Quelle der Informationen benannt.

¹² Gültekin, J.; Liebchen, A.: Pflegevisite und Pflegeprozess. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2003.

Merke:

Die Pflegeanamnese ist die Basis des gesamten Vorgehens in der pflegerischen Situation und im Pflegeprozess. Sie ist also keine Einmalbewertung, die für immer in den Tiefen der Dokumentationsmappe verschwindet.

Die erhobenen Daten und Informationen machen die Situation auch für Außenstehende transparent. Dies kann angesichts von Personalengpässen, aber auch bei einem Besuch von Begutachtern des MDK wichtig sein. »Die Pflegedokumentation muss so beschaffen sein, dass eine fremde Pflegefachkraft, die nicht aus der Einrichtung kommt (z. B. eine Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes), sich ein zutreffendes Bild über die Situation eines Menschen machen kann und danach pflegen könnte – ohne dass ein Schaden für den Betroffenen entsteht.«¹³

Es ist wichtig, dass Pflegeanamnese und -planung eng miteinander korrespondieren. Sie erleichtern die Einschätzung des Pflegebedarfs und der Pflegediagnosen.

2.6.3 Erhebung der Biografie

Die Erhebung biografischer Daten und Informationen ist gesetzlich gefordert und sie ist die Basis vieler Pflegekonzepte, so auch der FEDL.

Zur Biografie gehören folgende Angaben:

- Angaben des Klienten und/oder seiner Angehörigen zu bisherigen Interessen, Problemlösungsstrategien und Gewohnheiten
- Biografische Daten
- Aussagen von Therapeuten
- Angaben zur familiären und sozialen Einbindung
- Angaben zu jetzigen Interessen, Hobbys, Beschäftigungsmöglichkeiten, religiöse oder kulturelle Prägung, Gewohnheiten
- Berichte und Angaben aus dem interdisziplinären Team (auch Reinigungskräfte oder Zivildienstleistende wissen manchmal sehr viel über einen Bewohner; sie sollten also auch zu bestimmten Schritten des Pflegeprozesses hinzugezogen werden).

Biografisch zu arbeiten bedeutet, gegenüber der Fülle von Erinnerungen, Erlebnissen, Prägungen und Lebenserfahrungen eines Klienten aufmerksam zu sein.

Ein Schritt dazu ist die Verschriftlichung der Biografie in Form eines Biografiebogens. Die erhobenen Daten, Informationen, Erfahrungen und Erinnerungen können dann die professionelle Pflege und den Umgang miteinander beeinflussen. *»Nur wer sich erinnern kann, weiß wer er ist. In unserer Lebensgeschichte und in den Geschichten unseres Lebens finden wir die Wurzeln für Selbstvertrauen und Individualität. Lässt das Gedächtnis alter Menschen so nach, dass sie ihren Alltag nur noch mit fremder Hilfe bewältigen können, brauchen sie auch Unterstützung bei ihrem Bemühen, sich ihrer Identität zu vergewissern.«*¹⁴

Die Erhebung der biografisch relevanten Informationen muss und kann nicht nur abgefragt werden. Vieles lässt sich nur aus dem genauen Beobachten des Klienten ablesen. Es sollte dann nachgetragen werden, sodass dieses Wissen auch für andere Kolleginnen zur Verfügung steht.

Wenn ein Klient nach Ansicht der Pflegekraft keine ausreichenden Angaben zur Biografie machen kann, wird der Biografiebogen oft von den Kindern ausgefüllt. Das aber kann ein Fehler sein:

- Die Kinder kennen ihre Eltern »nur« als Eltern, sie kennen nicht die Prägezeit der ganzen ersten Jahre.
- Sie sind »blind« für die heiklen Themen in der Familie, sie werden auf jeden Fall Familiengeheimnisse wie z. B. eine Fehlgeburt, ein gestorbenes Geschwisterkind, eine Vergewaltigung, eine Armutsphase oder heimliche Liebschaft nicht preisgeben.
- Sie tragen zum Teil noch ungeklärte Konflikte mit ihren Eltern mit sich herum.

Merke:

- Halten Sie nicht nur negative, sondern auch angenehme Erinnerungen und Ereignisse fest.
- Geben Sie dem Klienten niemals das Gefühl, dass er ausgefragt wird.
- Wahren Sie die Verschwiegenheit gegenüber Dritten.
- Beobachten Sie.
- Nehmen Sie wahr, was Sie sehen.
- Seien Sie respektvoll und achtsam gegenüber dem Gehörten und den Erinnerungen des Klienten.
- Geben Sie selber etwas von sich preis.

¹⁴ Osborn et al: Erinnern. Lambertus-Verlag, Freiburg 1997.

Beispiel für einen Biografieerhebungsbogen

Kurzerhebung der Biografie

Name: _____

Geburtsort: _____ Region: _____

Eltern – Beruf des Vaters: _____

Beruf/Aufgabenfeld der Mutter: _____

Kindheit:

Stellung in der Geschwisterreihe: _____

Gab es Geschwister mit zu versorgen? _____

Besondere Persönlichkeitseigenschaften/Eigenarten:

Begabungen:

praktisch/ hauswirtschaftlich/ handwerklich/ theoretisch/ sozial/ pädagogisch/ politisch:

Vorlieben als Kind: _____

Essen/Naschen/ Trinken: _____

Gerüche/Düfte (Erinnerungen daran!): _____

Akustisch/ Musik/ Gesang: _____

Visuell: _____

Tastsinn: z.B. Streicheln von Tieren, bes. Vorlieben, z.B. Handwerk, »matschen« etc.:

Pflichten:

Zu Hause: _____

Schule: _____

Lehrzeit: _____

Sonstiges: _____

Freiheiten: _____

Was war erlaubt: _____

Was war verboten: _____

Erziehung:

allgemein: _____

religiös: _____

Hobbys/Engagement: _____

Leben die Geschwister noch / gibt es Kontakte: _____

Wann sind die Eltern gestorben: _____

Angenehme Erinnerungen: _____

Unangenehme Erinnerungen: _____



Jugend:

Berufswahl: _____

Freie Entscheidung? _____

Freiheiten: _____

Pflichten/Aufgaben: _____

Idole/Schwärmereien: _____

Kirchliches/politisches/sportliches/soziales Engagement

Schulabschluss: _____

Gab es Freude am Beruf: _____

Erste Liebe: _____

Erwachsenenalter:

Tätigkeit/Aufgabe/Beruf: _____

Heirat/Lebensgemeinschaft: _____

Kinder: _____

Fehlgeburten: _____

Gestorbene Kinder: _____

Beziehung zu anderen: _____

Gesundheitliche Einschränkungen: _____

Freizeit: _____

Abneigungen: _____

Glauben/Politik/Sport/Soziales: _____

Alter:

Wegfall/Aufgabe folgender Rollen und Aufgaben: _____

Neue Aufgaben: _____

Neue Rollen: _____

Lebensbilanz: _____

Besonderheiten im Alter/in der jetzigen Lebenssituation:

Was war Ihre glücklichste Zeit:

Was war besonders schlimm:

Was gibt es noch?

Unterschrift der aufnehmenden Person: _____

Datum: _____



In den folgenden Spalten können Bestandteile aus der Lebensgeschichte eingetragen werden. Gerade die immer wieder auftauchenden »Geschichten, Erlebnisse« stehen im Vordergrund, sie sind immer noch lebendig!

4. Alter/derzeitige Lebenssituation	
3. Erwachsenenalter	
2. Jugend/ junges Erwachsenenalter	
1. Kindheit	

2.6.4 Risikoassessment

Für die Erfassung potenzieller Risiken bieten sich diverse Assessmentinstrumente an:

- Einschätzung der Bewegungsfähigkeit bzw. des Risikos von Kontrakturen
- Einschätzung des Dekubitusrisikos, z. B. mit der Bradenskala
- Einschätzung des Sturzrisikos mittels Bearbeitung der intrinsischen und extrinsischen Risikofaktoren
- Einschätzung der Risikofaktoren für eine Harninkontinenz
- Einschätzung von Schmerzen mittels Schmerzskalen
- Einschätzung des Ernährungsstatus (des Risikos einer Mangelernährung und/oder Dehydration)
- Erhebungsinstrumente zur Unterscheidung einer Depression von einer Demenz
- und andere

Bei der Risikoeinschätzung wird festgelegt, welche Zusatzelemente eingesetzt werden.

2.6.5 Einschätzung der Ist-Situation

»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.«¹⁵

Ob eine Situation ein Problem, eine Ressource oder eine Fähigkeit ist, liegt oftmals in der Sichtweise der Pflege(-fach)kraft. Es ist also entscheidend, welche der vielen Informationen ausgewählt wird: »Aus welcher Mücke machen wir einen Elefanten?« Es gibt dabei mittlerweile ein echtes Dilemma, das **Problem-Ressource-Dilemma**.

Die Problemsicht und ihre Folgen

Menschen mit Pflegebedarf müssen individuell wahrgenommen und gepflegt werden. Dabei ist es nachteilig, wenn Pflegenden die »Problembürde« aufhaben, also zunächst das Problem und dann die entsprechende Ressource dazu suchen.

Beispiel aus einer Pflegebedarfserhebung:¹⁶

Problem, Bedürfnis	Fähigkeiten / Hilfen
Zeitweise urinkontinent Kann komplexen Situationen nicht folgen	Kann klingeln und Urinflasche verlangen Kann Sätze verstehen und sich mitteilen

¹⁵ MDS e.V.: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen, 2005

¹⁶ vgl. Krobwinkel 2007

Beispiel eines Pflegeplans

Problem, Bedürfnis/Ursachen	Fähigkeiten
Kann Essen nicht allein anrichten Kann aufgrund der Lähmung Körperpflege nicht selbst durchführen	Nahrungsaufnahme selbstständig Führt Mundpflege selbst durch. Rasiert sich selbst. Wäscht sich Oberkörper ohne Hilfe

Als Konsequenz ergibt sich, dass der Klient primär auf Probleme hin »besichtigt« wird. Die Suche nach Ressourcen fällt so naturgemäß schwerer.

Es ist eine der Hauptaufgaben von Pflege- und Pflegefachkräften, ein Umfeld zu schaffen, in dem der Klient seine »kleinen, mittleren oder auch großen Probleme« alleine und/oder mit Unterstützung lösen kann.

Wenn die Lösung von Problemen in den Kompetenz- und Lösungsbereich der Pflegekraft fällt, verschafft dies schnell ein gutes Gefühl. Anzuzweifeln ist aber, was ein Problem ist. Bei »Problemen« wie Fieber, Durchfall, leichten bis mittelschweren Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen ist oft eine Lösung möglich. Im somatischen Bereich fällt es eben häufig leichter, »Probleme« zu lösen.

Im geistig-seelischen Bereich können Pflegekräfte höchstens unterstützend tätig werden, damit der Klient eigene Lösungen entwickelt.

Wer als Pflegekraft meint, ein seelisches Problem (welches sich z. B. aus der Biografie heraus ergibt) eines Klienten lösen zu wollen, überfordert sich. Damit wird die Pflegesituation überfrachtet und die Pflegeplanung zum puren Stress. Wer den Pflegekräften die Verantwortung zur Problemlösung schon in der Ausbildung eintrichtert, fördert eine Selbstüberschätzung, die auf Dauer Folgen für die Pflegekraft und die Klienten haben. Dazu gehören nicht selten das Burn-out-Syndrom und/oder starke Übertragungen in Pflegebeziehungen.

Ressourcen

Wenn wir Lebenssituationen meistern, aus Erfahrung lernen, unsere Fähigkeiten nutzen oder Vorhandenes alternativ anwenden – dann greifen wir auf unsere Ressourcen zurück.

Ressourcen sind Potenziale, die wir nutzen; Quellen, aus denen wir schöpfen können. Ressourcen können materieller, geistiger oder spiritueller Natur sein. Ressourcen sind geprägt durch die Herkunft des Einzelnen, durch das, was er erlebte, was ihm wichtig ist.

Merke:

Eine Pflegekraft hat die Chance, selbst die kleinsten Fähigkeiten und Ressourcen wahrzunehmen. Es besteht aber immer die Gefahr, dass sie diese falsch einschätzt.

Die grundlegende Frage ist, für wen ein Problem tatsächlich ein Problem ist. Und für wen ist die genannte Ressource eine Ressource? Wird die Antwort von einer Pflegekraft bestimmt, ist dies eine Wertung.

Beispiel:

Eine ältere Klientin lehnt die tägliche Ganzkörperpflege ab. Da sie in ihrer Sprach- und Orientierungsfähigkeit eingeschränkt ist, sagt sie nicht: »*Nein, ich möchte das nicht*«, sondern bewegt sich entsprechend ablehnend. Wenn sie von einer Pflegekraft ins Bad begleitet wird und dort die Waschutensilien gerichtet werden, zeigt die Klientin körperliche Unruhe an. Beginnt die Pflegekraft mit dem Ausziehen der Klientin und will ihr Gesicht oder Oberkörper waschen, schiebt die Klientin den Arm der Pflegekraft vehement weg.

Nun könnte daraus Folgendes formuliert werden:

Problem: »Verweigerung« der Körperpflege.

Gleichzeitig ist das aber genau die Ressource, denn die Klientin kann ihrem Wunsch, die Körperpflege selbst zu übernehmen, Ausdruck verleihen.

Der Ausweg aus dem »Problem-Ressource-Dilemma«

Ähnlich wie beim Titel einer Pflegediagnose kann die jeweilige Situation der Pflegeplanung eine Überschrift bekommen. Taufen Sie »Probleme« um in »Pflegebedarfssituationen« und ändern Sie so Ihre Sichtweise. Es kann in einem einzelnen Bereich viele Pflegebedarfssituationen geben. Gibt es auch eine Überschrift, so weiß jede Pflegekraft sofort, worum es geht.

Beispiel: »Kommunikation«

Mögliche Pflegebedarfssituationen:

- Gesichtsfeldausfall
- Konfabulation
- Eingeschränkte verbale Kommunikation
- Sing-Sang-Sprache
- Schwerhörigkeit
- Ablehnung eines Hörgerätes
- Schmerzen beim Sehen

Mögliche Pflegediagnosen:

- Kommunizieren verbal beeinträchtigt
- Wahrnehmungsstörung visuell
- Wahrnehmungsstörung auditiv