



PFLEGE

Karla Kämmer (Hrsg.)

# Die neue Pflegedokumentation

Das Management-Handbuch  
für den optimalen Umstieg

Heraus-  
forderungen  
meistern,  
kompetent  
führen

Karla Kämmer (Hrsg.)

# Die neue Pflegedokumentation

Das Management-Handbuch  
für den optimalen Umstieg

Autoren:

Jürgen Brüggemann

Dr. Alexandra Jorzig

Karla Kämmer

Jutta König

Andreas Kutschke

Reinhard Lay

Gerd Palm

Philipp Seifert

Birger Schlürmann

Heike Schwarzer

Friedrich Trapp

schlütersche



**Karla Kämmer** ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Diplom-Organisationsberaterin, Erwachsenenbildnerin, Lösungsorientierter Coach, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Altenpflegerin. Sie ist seit vielen Jahren im nationalen und internationalen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen aktiv. Zu ihren Schwerpunkten gehört u. a. das Veränderungsmanagement in Einrichtungen.

*»Pfleger ist eine einzigartige Mischung von Kunst und Wissenschaft, angewandt im Kontext zwischen menschlichen Beziehungen, um Wohlbefinden zu fördern, Krankheit zu verhindern und Gesundheit beim Individuum, in Familien und in Gemeinden wiederherzustellen.«*

J.M. WILKINSON



**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch  
Anmelden unter [www.pflegen-online.de](http://www.pflegen-online.de)**

### **Widmung**

Ein herrlicher Sommer im Haus St. Maria Immaculata in Essen  
Mein Dank für die Top-Begleitung während meines langen Kurzzeitpflegeaufenthaltes gilt allen Mitarbeitenden sowie Inge Berkenbusch, Liliane Heimbach, Gundula Kenders, Dorothea Philipps, Marianne Raupach und Doris Schutz, Mitglieder der Wohngruppe 2.2.

### **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 978-3-89993-357-4 (Print)

ISBN 978-3-8426-8735-6 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8736-3 (EPUB)

**© 2017 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie der Autorin und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde..

Reihengestaltung:	Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg
Umschlaggestaltung:	Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover
Titelbild:	© Style-Photography – Fotolia.com
Satz:	PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung:	Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH, Langenhagen

# INHALT

	<b>Vorwort</b> .....	<b>10</b>
	Karla Kämmer & Reinhard Lay	
<b>1</b>	<b>Die professionellen Wurzeln des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation</b> .....	<b>11</b>
	1.1 Grundsätzliche Überlegungen .....	12
	1.1.1 Pflegeprozess, kritisches Denken und emotionale Intelligenz .....	13
	1.1.2 Die noch junge Geschichte der Pflegeprozessplanung .....	20
	1.1.3 Pflegeprozess und Professionalität .....	23
	Karla Kämmer, Andreas Kutschke	
<b>2</b>	<b>Was ist neu an der entbürokratisierten Dokumentation?</b> .....	<b>26</b>
	2.1 Die vier Elemente des Strukturmodells .....	27
	2.1.1 Aufbau des Strukturmodells .....	28
	2.2 Der »Immer so«-Grundsatz .....	32
	2.3 Praktikabel, nachvollziehbar, zeitsparend .....	32
	2.3.1 Was macht den Pflegeprozess im Strukturmodell praktikabel? .....	32
	2.3.2 Wie wird Nachvollziehbarkeit erleichtert? .....	33
	2.3.3 Wie viel Zeit sparen Sie? .....	33
	2.4 Anerkennung der Kompetenz in der Pflege .....	34
	2.4.1 Erste positive Auswirkungen .....	34
	Karla Kämmer, Andreas Kutschke	
<b>3</b>	<b>Aufbau und Anwendung des Strukturmodells</b> .....	<b>36</b>
	3.1 Element 1: Die strukturierte Informationssammlung (SIS) .....	36
	3.1.1 Häufiges Missverständnis: Arbeitet die neue Dokumentation ohne Biografie? .....	38
	3.1.2 Die Perspektive der pflegebedürftigen Person/Eingangsfragen an die pflegebedürftige Person (B-Feld) .....	39
	3.1.3 Die sechs Themenfelder: Klasse statt Masse .....	40
	3.1.4 Die Matrix zur Risikoeinschätzung .....	45
	3.2 Element 2: Die Maßnahmenplanung .....	47
	3.2.1 Stationäres Setting .....	48
	3.2.2 Tagespflege .....	48
	3.2.3 Ambulante Pflege .....	48
	3.2.4 Kurzzeitpflege, Tagespflege und Hospiz .....	49
	3.3 Element 3: Das Berichteblatt (Verlaufsdokumentation) .....	51
	3.4 Element 4: Die Evaluation (4a und 4b) .....	52
	Andreas Kutschke	
<b>4</b>	<b>Praktische Umsetzung von SIS im Dauerbetrieb – Erfahrungen aus einem Pilotobjekt</b> .....	<b>56</b>
	4.1 Allgemeines .....	56
	4.1.1 Umgang mit der Datenmenge .....	56

4.1.2	Versionen für ambulant und stationär .....	57
4.1.3	Je früher desto besser – SIS und erste Risikoeinschätzung .....	57
4.1.4	Strategie für die Einführung von SIS entwickeln .....	58
4.2	Unser Vorgehen im Detail – Felder A bis C2 .....	60
4.2.1	Feld A .....	60
4.2.2	Feld B .....	61
4.2.3	Feld C1 – Themenfelder .....	62
4.2.4	Feld C2 – Erste Risikoeinschätzung .....	71

Dr. Alexandra Jorzig

5

	<b>Rechtliche Grundlagen der Pflegedokumentation .....</b>	<b>74</b>
5.1	Einleitung .....	74
5.2	Die Pflegedokumentation im rechtlichen und tatsächlichen Sinne .....	75
5.2.1	Pflegedokumentation als Urkunde .....	75
5.2.2	Anforderungen an den Leistungsnachweis .....	75
5.2.3	Umfang der Dokumentationspflicht (vgl. § 630 lit. f Abs. 2 BGB) .....	76
5.3	Haftungsrecht und Pflege .....	76
5.3.1	Voraussetzungen für Pflegefehlerhaftung .....	76
5.3.2	Vertragliche Ansprüche .....	76
5.3.3	Deliktische Ansprüche (§§ 823 ff. BGB) .....	77
5.3.4	Beweissicherung .....	77
5.3.5	Dokumentation im Einzelnen .....	77
5.3.6	Zusammenfassung .....	78

Karla Kämmer, Birger Schlürmann

6

	<b>Strukturelle Voraussetzungen .....</b>	<b>80</b>
6.1	Anforderungen an das Management .....	80
6.1.1	Ohne geht es nicht – Erfolg mit Ein-STEP .....	81
6.1.2	Den Rahmen schaffen und Ressourcen bereitstellen .....	82
6.1.3	Sparen Sie nicht am falschen Ende – das wird teuer .....	83
6.1.4	Stärken Sie das Wir-Gefühl im Prozess .....	83
6.1.5	Stellen Sie die richtigen Mitarbeiter an den richtigen Platz .....	84
6.1.6	Schaffen Sie Freiräume für interne Ansprechpartner und Pflegefachkräfte .....	84
6.1.7	Stärken Sie die Reflexionsfähigkeit .....	84
6.1.8	Definieren Sie die benötigten Formulare .....	85
6.1.9	Wählen Sie die EDV-Dokumentation gezielt aus .....	85
6.1.10	Lassen Sie sich begleiten: Externe Begleitung/Rückmeldungen .....	87
6.1.11	Entrümpeln Sie das Qualitätsmanagement .....	88
6.1.12	Passen Sie die Fortbildungsplanung (Wissensmanagement) an .....	88
6.1.13	Sorgen Sie für eine gute Kooperation mit den Prüfinstanzen .....	88
6.2	Anforderungen an das Pflege- und Qualitätsmanagement im Einführungsprozess .....	88
6.2.1	Mittelfristige Entwicklungen .....	90
6.3	Anforderungen an die internen Multiplikatoren .....	91
6.4	Anforderungen an die Teams .....	91

## Birger Schlürmann

6.5	Wann sollten Sie auf die Einführung des Strukturmodells besser verzichten?	91
6.5.1	Wenn das bisherige System sehr gut funktioniert	92
6.5.2	Wenn die Mitarbeiter Mühe mit dem dokumentierten Pflegeprozess haben	92
6.5.3	Wenn die Einrichtung finanzielle Schwierigkeiten hat	92

## Jutta König

<b>7</b>	<b>Entbürokratisierung der Dokumentation – es geht auch ohne SIS</b>	<b>95</b>
7.1	Pflegeprozess und Informationssammlung	95
7.2	Die Schritte im Pflegeprozess: Alles hängt von allem ab	98
7.3	So verschlanken Sie Ihre Pflegedokumentation	105
7.3.1	Variante 1: Verzichten Sie auf die Darstellung des kompletten Pflegemodells	106
7.3.2	Variante 2: Verändern Sie die Pflegeplanung – Verzichten Sie bewusst auf Anamnese- und Biografiebögen	116

## Birger Schlürmann, Philipp Seifert

<b>8</b>	<b>Veränderungen im Pflegemanagement</b>	<b>126</b>
8.1	Unser 7-Bausteine-Pflegecontrolling zum Mitmachen	126
8.1.1	Baustein 1: Vorgaben und Rahmen	128
8.1.2	Baustein 2: Steuerung organisatorischer Prozesse	129
8.1.3	Baustein 3: Auditierung der Prozesse und Leistung	130
8.1.4	Baustein 4: Bestätigung von Kompetenz und Leistung	131
8.1.5	Baustein 5: Bildungs- und Entwicklungsplanung	132
8.2	Die Prozessmessung	133
8.2.1	Die Pflegevisite	133
8.2.2	Durchführung der Pflegevisite	134
8.2.3	Die Dokumentationsanalyse	134
8.2.4	Intervall der Dokumentationsanalyse	138
8.2.5	Die Klientenvisite	138
8.2.6	Die Fachbegleitung	139
8.3	Analyse und Verbesserung	141
8.4	Umfassendes Risikomanagement	142
8.5	PDL-Reporting	143

## Karla Kämmer

8.6	Kompetente Problemlösungen im Team: Fallbesprechungen & mehr	148
8.6.1	Die Fallbesprechung	148
8.6.2	Ethische Fallbesprechungen	151
8.6.3	Kollegiales Team Coaching (KTC)	154
8.6.4	Kollegiale Beratung	156

## Jürgen Brüggemann

<b>9</b>	<b>Externe Qualitätssicherung und Transparenz im Rahmen des PSG II</b>	<b>160</b>
9.1	Einführung	160
9.2	Die externe Qualitätsprüfung des MDK	161
9.2.1	Gesetzliche und vertragliche Grundlagen	161

9.2.2	Prüfkonzept und Prüfablauf .....	165
9.2.3	Prüfinhalte .....	167
9.3	Qualitätsprüfungen in Einrichtungen mit einer entbürokratisierten Pflegedokumentation .....	168
9.3.1	Vorbemerkungen .....	168
9.3.2	Besonderheiten .....	170
9.4	Transparenz .....	174
9.4.1	Vorgeschichte .....	174
9.5	Inhalte der Transparenzvereinbarungen .....	175
9.5.1	Erfahrungen mit und Änderungen an der Transparenz .....	176
 Karla Kämmer, Heike Schwarzer, Friedrich Trapp		
9.6	PTVA / PTVS – die aktuellen Änderungen .....	180
9.6.1	Die neue PTVA und ihre Umsetzung .....	181
9.6.2	Die neue PTVS und ihre Umsetzung .....	184
 Jürgen Brüggemann		
9.7	Das Pflegestärkungsgesetz und die Neuausrichtung der Qualitätsent- wicklung .....	185
9.7.1	Entscheidungsstrukturen und Datenmanagement .....	185
9.7.2	Weiterentwicklung in der stationären Pflege .....	186
9.7.3	Weiterentwicklung in der ambulanten Pflege .....	188
9.7.4	Bewertung der Gesetzesänderungen durch den MDS .....	189
9.8	Perspektiven für die Qualitätsentwicklung am Beispiel der stationären Pflege aus Sicht des MDS .....	190
9.8.1	Funktionen der Qualitätsprüfungen .....	190
9.8.2	Modell für eine Verzahnung der externen Qualitätsprüfung mit den Ergebnisindikatoren in der stationären Pflege .....	190
9.8.3	Inhaltliche Ausrichtung zukünftiger Qualitätsprüfungen .....	192
9.9	Fazit .....	194
 Jutta König, Karla Kämmer, Birger Schlürmann		
<b>10</b>	<b>Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Prozess der Einstufung ...</b>	<b>195</b>
10.1	Jetzt müssen Sie strategisch klug und nachhaltig vorgehen .....	195
10.2	Einführung: Was ist neu? .....	196
10.2.1	NEU: Mit SIS klar im Vorteil .....	197
10.2.2	NEU: Veränderter Blick auf den pflegebedürftigen Menschen .....	197
10.2.3	NEU: Der Pflegebedürftigkeitsbegriff .....	197
10.2.4	NEU: Einstufung .....	198
10.2.5	NEU: Pflegebedürftigkeit – zusammengesetzt aus Modulen .....	198
10.2.6	NEU: Grundpflege ist nicht mehr der Hauptaspekt für Pflegebedürftigkeit	199
10.2.7	NEU: Feststellung des Pflegegrades mit gewichteten Punkten .....	199
10.2.8	NEU: Zeitmessung ade! .....	199
10.2.9	NEU: Gewinner der Reform sind die Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Personen .....	200
10.2.10	NEU: Verlierer der Reform sind die körperlich schwer Pflegebedürftigen ohne psychische Beeinträchtigung .....	200

10.3	Jetzt: Einen guten Start vorbereiten .....	200
10.3.1	Ihre Einstufungen sollten top sein .....	200
10.4	Unterschiede zwischen Pflegestufen und Pflegegraden .....	202
10.4.1	Die Selbständigkeit beurteilen: Eine Skala mit vier Abstufungen .....	203
10.4.2	Auswirkungen des Begutachtungsinstrumentes (NBI) auf die Pflegedokumentation .....	206
10.4.3	Vom Punkt zum Pflegegrad – die Bewertungssystematik .....	210
10.4.4	Gewichtung der Punkte .....	212
10.5	Jetzt wird's praktisch: Module, Bewertungsregeln und Pflegegrade .....	215
10.5.1	Modul 1: Mobilität .....	216
10.5.2	Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten .....	219
10.5.3	Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen .....	221
10.5.4	Modul 4: Selbstversorgung .....	227
10.5.5	Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen .....	233
10.5.6	Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte .....	241
10.6	Ergebnis der Begutachtung .....	243
10.7	Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern .....	244
10.8	Die Module der Hilfebedürftigkeit .....	244
10.8.1	Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten .....	244
10.8.2	Modul 8: Haushaltsführung .....	246
10.9	Pflegegrad 5 und besondere Bedarfskonstellationen .....	248
10.10	Licht und Schatten des Systems .....	248
10.10.1	Verlierer sind die rein körperlich beeinträchtigten Personen .....	248
10.10.2	Gewinner des neuen Systems .....	249
10.10.3	Wenn alles klappt, fließt die Leistung .....	249
10.10.4	Änderungen ab 2017 .....	250

Karla Kämmer und Gerd Palm

## **11 Stimmige Kontexte für eine entbürokratisierte Zukunft schaffen ... 252**

11.1	Zukunftsgerechte Führung: Supportive Leadership .....	252
11.1.1	Lasten gerecht verteilen .....	252
11.1.2	Spannungsfelder ausbalancieren .....	253
11.2	Aufbau einer potenzialorientierten Organisation .....	256
11.2.1	Potenziale identifizieren .....	257
11.2.2	Jeder nach seinen Möglichkeiten: das individuelle Aktivierungsniveau ...	258
11.2.3	Handlungsrahmen transparent gestalten .....	261
11.3	Den Pflegeprozess abstützen – Leistungssicherheit verbessern mit dem Kompetenzkompass .....	261
11.3.1	Mitarbeitende haben Stärken – und Schwächen .....	262
11.4	Der Kompass und sein Nutzen in der praktischen Personalentwicklung ..	264
11.4.1	Pflegekompetenzmessung und -entwicklung nach Christa Olbrich .....	265
11.5	Aufbau von Expertennetzen .....	276

**Literatur .....** 278

**Register .....** 282

## VORWORT

Dieses Buch soll Ihnen die Freude am Pflegeprozess und seiner Dokumentation wieder zurückbringen. Denn die neue Pflegedokumentation bringt Vorteile für alle: Für den Klienten *»steht mehr Zeit zur Verfügung, die Mitarbeiter werden entlastet und die Einrichtung baut Bürokratie ab. Eine Win-Win-Win-Situation. Es sieht so aus, als stehe der Altenpflege wirklich eine Erfolgsstory ins Haus. Seien Sie ein Teil davon!«<sup>1</sup>*

Entdecken Sie den Prozess und seine Planung ganz praktisch wieder neu und als (wieder) brauchbares Arbeitsmittel und Ausdruck Ihrer Profession.

Das Buch liefert Ihnen eine umfassende Darstellung der entbürokratisierten Pflegedokumentation, die neben der Struktur und dem Prozedere relevante Zusammenhänge und Konsequenzen deutlich macht, ja sogar Alternativen aufzeigt.

Sie werden viele Anregungen zur Entwicklung von Potenzialen und Kompetenzen auch in anstrengenden Situationen des Führungsalltags entdecken sowie Ideen, die Ihnen den Alltag etwas leichter und stimmiger machen.

Der Pflegeprozess und seine Dokumentation in der neuen Form sind – professionell angewendet – nicht Ballast, sondern im Kontext des Pflegemanagements eine gute Ausgangsbasis für Ihr Organisations- und Führungshandeln: schlank, logisch, wirksam und transparent. Ein fein gearbeitetes Werkzeug, um Lebensqualität, Zufriedenheit, Sicherheit und auch Glück (!) in den Alltag der Menschen zu tragen – ob sie der Pflege bedürfen oder Pflege leisten und verantworten.

*»Hauptanliegen der professionellen Pflege ist es, Menschen zu helfen, ihren individuellen Alltag (wieder) zu bewältigen: sich zu bewegen, Körper und Seele zu pflegen, sich zu ernähren, mit Schmerzen und anderen Beeinträchtigungen umzugehen, sich zu freuen, zu beschäftigen. Therapien einzuhalten, Sinn zu finden, mit anderen Menschen zu kommunizieren.«<sup>2</sup>*

Der absolute Vorrang der Klientenorientierung und der Sinnhaftigkeit im neuen Pflegeprozess ermöglicht es ihnen nun, wieder Frieden zu schließen mit ihrer Profession und stolz auf ihren Beruf zu sein.

Wir als Autoren freuen uns, wenn wir mit diesem Buch dazu beitragen, dass Sie wieder mit Lust an die Arbeit gehen und mit Freude und Erfolg den Pflegeprozess in seiner modernen Form umsetzen.

Essen, im September 2016

Karla Kämmer

<sup>1</sup> Nolte, K. (2015): Sie sind am Zug. In: Altenpflege. Vorsprung durch Wissen. Dossier 04. Dokumentation: Das neue Strukturmodell: Wie es funktioniert und wie Sie es richtig umsetzen. S. 2. [https://www.altenpflege-online.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher\\_und\\_ebooks/themendossiers/altenpflege\\_dossier\\_04\\_dokumentation](https://www.altenpflege-online.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher_und_ebooks/themendossiers/altenpflege_dossier_04_dokumentation)

<sup>2</sup> Zegelin, A. (2015): Alltag leben trotz Krankheit – pflegerische Unterstützung umfasst Informationen, Beraten und Schulen. In: Tanja Segmüller (Hg.): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Ein Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Frankfurt: Mabuse Verlag, S. 15

## 1

## DIE PROFESSIONELLEN WURZELN DES PFLEGEPROZESSES UND SEINER DOKUMENTATION

Karla Kämmer & Reinhard Lay

»Pflege ist eine einzigartige Mischung von Kunst und Wissenschaft, angewandt im Kontext zwischen menschlichen Beziehungen, um Wohlbefinden zu fördern, Krankheit zu verhindern und Gesundheit beim Individuum, in Familien und in Gemeinden wiederherzustellen.«<sup>3</sup>

Pflege ist nicht darauf beschränkt, Probleme zu lösen. Sie beinhaltet auch die Gesundheitsförderung. Pflege integriert subjektive Sichtweisen betroffener Menschen und objektive Daten. Pflege wendet wissenschaftliche Erkenntnisse auf Diagnose- und Behandlungsprozesse an. Pflege bietet eine fürsorgliche professionelle Beziehung, die Gesundheit und Heilung fördert.<sup>4</sup>

Der Pflegeprozess liefert einen Rahmen, in dem Pflegende diese Kombination anwenden. Er ist eine spezielle Form des Denkens und Handelns. Ein systematischer Problemlösungsprozess wird durchgeführt.

Gerade während wir weiter ins Informationszeitalter fortschreiten, in dem es immer mehr um wissenschaftlich abgesicherte (evidenzbasierte) Pflege und die Anwendung neuer Technologien geht, gibt es viele gute Gründe, neben der eigenen professionellen Planungslogik (Gestaltung des Pflegeprozesses) die professionelle Empfindungsfähigkeit und Empathie weiterzuentwickeln. Die auf Expertise und reflektierter Erfahrung gründenden Denkprozesse werden wichtiger denn je:

- Mit dem demografischen Wandel wird die gesellschaftliche Verantwortung der professionell Pflegenden für die Gesundheit der Bevölkerung weiter stark zunehmen. Diese Verantwortung verpflichtet ethisch zu einem planvollen und transparenten Handeln.
- Es werden sich die wirtschaftlichen Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen nicht wesentlich verbessern: Effektives und effizientes Handeln sichert das Wohlergehen aller und beugt Risiken und Schäden vor.
- Last but not least: Pflege soll Freude machen – nicht nur denen, die ihre Leistungen nutzen, und denen, die diese Kultur tragen und finanzieren, sondern auch uns, die wir Pflege erbringen. Handeln aus eigener Wissensbasis heraus, mit selbstbestimmten Prozessen und Abläufen macht zufrieden und ist durch kein noch so gutes PC-Programm zu ersetzen.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> Wilkinson, J. M. (2012). Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Huber, S. 27

<sup>4</sup> ANA American Nurses Association (1995). Nursing policy statement. Washington DC, S. 6

<sup>5</sup> vgl. Lay, R. (2012). Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zweite Aufl., Hannover: Schlütersche

## 1.1 Grundsätzliche Überlegungen

Der Pflegeprozess gliedert sich in eine Abfolge von Schritten; die Anzahl der Schritte ist unterschiedlich. Es gibt Modelle mit vier, fünf und sechs Schritten. Die Schritte verlaufen eher dynamisch und zyklisch als linear. Den Pflegeprozess als Geschehen zu erlernen und mit ihm fachlich umzugehen ist für die Entwicklung der professionellen Pflege zentral. Es ist das erste Instrument, das ein Lernender benötigt, um »wie eine Pflegeperson zu denken«<sup>6</sup>. Mit dem Pflegeprozess zu arbeiten hat viele Vorteile. Er

- stützt die Ausbildung einer eigenen, professionellen Logik;
- fördert das gemeinschaftliche Arbeiten, indem er eine verbindende Basis schafft;
- verbessert die Kommunikation;
- macht Pflegehandeln nachvollziehbar;
- unterstützt die Teilnahme der Betroffenen am Gesundheitsprozess;
- ermöglicht individualisierte Pflege;
- fördert Kontinuität und Koordination;
- kann die Arbeitszufriedenheit wirksam stärken.

**Pflegeplanung** ist ein Steuerungsinstrument in diesem Prozess – und seit ihrer offiziellen Einführung in Deutschland (Krankenpflegegesetz von 1985) ein nicht enden wollendes Reizthema zwischen Pflegepraktikern und Pflegewissenschaft.

Eigentlich ist der Sinn des Pflegeprozesses auch bei Praktikern unumstritten. Im Theorie-Praxis-Konflikt geht es primär um Fragen der Theorieanbindung von Prozess und Dokumentation (Zentrale Frage: Braucht es sie? Und: Ist ein gemeinsames Pflegemodell für eine Einrichtung sinnvoll, benötigt man **mehrere** Pflegemodelle je nach Klientenbedarf/Pflegesituation – oder **kein** spezifisches Pflegemodell?

Im Weiteren geht es um den Umfang des notwendigen Nachweises pflegerelevanter Entscheidungen: Bringen schriftlich formulierte (Nah-)Ziele eine Qualitätsverbesserung? Muss aus Absicherungsgründen schriftlich durch das Ausfüllen eines Assessmentformulars festgehalten werden, warum eine Person **nicht** dekubitus-, sturz-, inkontinenzgefährdet ist? Letztlich geht es um den notwendigen Umfang der Schriftlichkeit überhaupt.

Überdies sind durch eine zum Teil fehlgeleitete externe Prüfpraxis und den überangepassten Umgang unserer Berufsgruppe damit die Aufwände so ins Kraut geschossen, dass sich die Frage nach der Angemessenheit, der ethischen Vertretbarkeit der Dokumentation und des Umfangs der Belastung für die Pflegenden stellt.

<sup>6</sup> Vgl. Alfaro-LeFevre, R. (2010). Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Huber, S. 27

### Zurück zu den Wurzeln ...

Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Pflege- und Problemlösungsprozess: Ein Problem zu lösen beinhaltet, es zu identifizieren sowie Planungs- und Umsetzungsschritte zur Lösung zu ergreifen. Es ist der Prozess, der angewandt wird, wenn Diskrepanzen zwischen Ist- und Sollzustand bestehen, die aufgelöst werden sollen.

Die Wirksamkeit des Pflegeprozesses hängt von den Anwendern ab. Folgende grundlegende Fähigkeiten sind nach Wilkinson<sup>7</sup> erforderlich:

- Intellektuelle Fähigkeiten (systematisches Denken, Entscheidungsfindung als Auswahl bestmöglicher Handlungsweise inklusive reiflicher Überlegung und Entschlusskraft) sowie kritisches Denken
- Emotionale Intelligenz im Sinne von hermeneutischem Sinnverstehen, Erkennen von Gefühlszuständen, Empathie
- Kreativität und Forscherdrang (Vorstellungsvermögen, ein kritischer Blick für das Auffinden neuer und besserer Wege, um Dinge zu tun. Die Sinnfrage lautet stets: Wozu tun wir dies und wozu auf diese Weise?)
- Zwischenmenschliche Fähigkeiten (verbale/nonverbale Kommunikation, Wissen um menschliches Verhalten, wichtig für Vertrauensaufbau)
- Kulturelle Kompetenz: Respekt vor kulturellen Verhaltensweisen anderer und deren Würdigung
- Psychomotorische Fähigkeiten (Geschicklichkeit, Sicherheit und Achtsamkeit im praktischen Tun)
- Technische Fähigkeiten (Auswerten von Assessments, Umgang mit EDV, Internet)
- Ethische Werte
- Sprache in Wort und Schrift

#### 1.1.1 Pflegeprozess, kritisches Denken und emotionale Intelligenz

Viele Situationen bei der Ausübung unseres Berufes sind gekennzeichnet durch Komplexität, Wandelbarkeit, Ungewissheit, Einzigartigkeit und das Vorliegen von Wertekonflikten.

##### **Beispiel:**

Wie geht man mit dem Verhalten von Herrn Meier, einem 89-jährigen Herrn, um, der mitten in der Nacht darauf besteht, zur Genossenschaft zu fahren, um Dünger zu holen? Schon das Erkennen der Situation und das Erfassen der Ursachen sind schwierig:

<sup>7</sup> Vgl. Wilkinson 2012, S. 45 f.

- Hat Herr Meier gestern zu wenig getrunken, neue Medikamente bekommen, hat ein Traum seine Erinnerung an früher aktiviert?
- Handelt es sich um eine erstmalige Desorientierung oder ist er chronisch betroffen, etwa aufgrund einer Demenz?
- Was ist zu tun?
  - Hilft validierende Gesprächsführung, mit welchen hilfreichen Begriffen, beruhigenden Schlüsselreizen, wie genau? Ihn auf andere Gedanken bringen, einen Kaffee anbieten oder besser Trinkbrühe? Es scheint leicht zu gehen, weil er sich erst einmal aus dem Flurbereich ins Wohnzimmer führen lässt, aber dort baut er sich vor dem Ausgang auf und beginnt ärgerlich zu gestikulieren.

In dieser Situation zeigt sich, was die Nachtdienstmitarbeiterin »drauf« hat: Ist sie in der Lage, all diese Fragen so zu beantworten, dass sie eine reflektierte Haltung einnimmt, die Situation richtig erfasst und eine angemessene Reaktion zeigt, eine passende Strategie anwendet, den Bewohner beruhigt und zufriedenstellt sowie die Mitbewohner und sich selbst vor Schaden schützt?

In unserem Beispiel beherrscht die Mitarbeiterin ihren Beruf und handelt professionell: Sie geht lächelnd zur Seite, tritt ihm aus dem Weg, bestätigt, dass es genau der richtige Zeitpunkt im Jahr ist, um den Garten zu düngen und schlägt vor, das weitere Vorgehen bei einer Tasse Kaffee zu besprechen. Sie hakt sich bei Herrn Meier ein, er führt sie zur Wohnküche, nimmt am kleinen Tisch im Sessel Platz, findet dort sein Gartenmagazin vor, beginnt zu blättern und als sie mit dem Kaffee kommt, ist er schon friedlich eingnickt.

Dieses Beispiel einer reflektierenden Pflegekraft macht deutlich, dass Pflege geschulte Wahrnehmung und Emotion sowie Denken, Fühlen und Handeln bedeutet.<sup>8</sup> Lernen, eine Pflegekraft zu sein, erfordert mehr als das bloße Verinnerlichen von Fakten. Pflegenden bedienen sich gespeicherter Informationen zusammen mit neuen, ihrer Intuition und ihrer Erfahrung, um Entscheidungen zu treffen, neue Ideen hervorzubringen und Probleme zu lösen.

Weit entwickelte, kompetente Pflegenden sind in hohem Maße fähig, Situationen zu deuten, sich selbst und ihr Verhalten zu reflektieren und vorausschauend an die Situation anzupassen, ja sogar aktiv moralisch zu handeln.<sup>9</sup>

Eine zentrale Voraussetzung, um Pflegewissen in die Praxis umzusetzen, ist kritisches Denken, eine zielgerichtete Aktivität, bei der Ideen produziert und evaluiert und bei der Urteile gefällt werden. Wilkinson<sup>10</sup> beschreibt Pflege als eine angewandte Disziplin. In jeder neuen Situation bringt sie Basiswissen zur Anwendung. Im Gegensatz zu anderen Disziplinen, z. B. der Mathematik, wo ein Gesetz zum Tragen kommt und ggf. eine Formel angewendet und damit die Fragestellung gelöst wird, trifft Pflege

<sup>8</sup> Vgl. Olbrich, C. (2010). Pflegekompetenz. 2. Auflage. Bern: Huber, S. 62 f.

<sup>9</sup> Vgl. ebd., S. 63

<sup>10</sup> Wilkinson 2012, S. 61 ff.

auf ungeordnete und verwirrende Situationen. Es liegen oft ungenügende und widersprüchliche Daten oder eine unbekannte Ursache vor und es gibt nicht die in jeder Situation gültige beste Antwort oder Lösung.

Tritt die im Beispiel geschilderte Situation am Vormittag auf, hat es sich z. B. bewährt, mit dem gartenbegeisterten Herrn Meier ein paar Schritte in den Garten zu gehen und die Beete zu betrachten, über den Stand der Entwicklung zu fachsimpeln. Am Nachmittag ist eher das Auspacken von Gartengerätschaften aus dem Korb und das begleitende Gespräch mit den Tischnachbarn hilfreich, nachts das Herumgehen zum Lieblingssessel.

Um mit solchen Problemen zurechtzukommen, muss die Pflegeperson nicht nur wissen, wo Daten- und Wissenslücken bestehen können (Medikamentenänderung, Flüssigkeitsmangel, Angehörigenbesuch, die latent bestehende Unruhezustände auslösen oder verstärken), wie sie neue Informationen findet (Pflegedokumentation, Übergabeprotokoll), diese einsetzt, Veränderungen vornimmt und mit ihnen umgeht.

Alle diese Fertigkeiten erfordern u. a. kritisches Denken und geschulte Emotionalität. Pflege nutzt Wissen aus anderen Bereichen. Da sie menschliche Reaktionen und Lebensäußerungen betrachtet, muss sie Wissen aus der Physiologie, der Psychologie, der Medizin und dem Recht verstehen, verfügbar haben, deuten und alles miteinander im Alltag aktiv verbinden können. Ohne kritisches Denken gelingt das nicht.

Pflegende arbeiten unter erheblichem Zeitdiktat und in unüberschaubaren Kontexten. Oft passieren überraschende Veränderungen der Bedarfe und Bedürfnisse. Verschlechterungen und Krisen führen zu unvorhergesehenen Wendungen im Tagesablauf. Beim gedanklichen Vorwegnehmen von Veränderungen oder beim Reagieren darauf hilft es, gut zu planen, Stress zu minimieren und einen klaren Blick zu behalten. Pflegende fällen sehr unterschiedliche und wichtige Entscheidungen. Oft hängen das Wohlbefinden, die Schmerzfreiheit oder sogar das Leben der Klienten davon ab.

Sie entscheiden – gerade in der Langzeitpflege – welche Informationen so wichtig sind, dass sie dem Arzt weitergegeben werden müssen, wann sie welche Bedarfsmedikation für angemessen halten, wie sie mit einem Menschen mit Unruhezuständen umgehen. Kurzum: Pflegende brauchen kritisches Denken.

### Was ist kritisches Denken?

Nach Wilkinson\* ist kritisches Denken sowohl eine Geisteshaltung als auch ein Denkprozess, der auf eine Reihe intellektueller Fähigkeiten zurückgreift. Es ist die Kunst, beim Denken über das eigene Denken nachzudenken, es deutlicher, präziser und relevanter, konsequenter und weniger vorurteilsbeladen zu machen – im Interesse der Klienten.

\* Wilkinson 2012, S. 63

### 1.1.1.1 Kritisches Denken braucht ethische Erdung

Gerade in der Begleitung und Pflege von Menschen mit hohem Hilfe- und Pflegebedarf und mit Demenz erhält das Paradigma des therapeutischen Bündnisses, das der Beziehung zwischen Arzt und Patient oder Pflegeperson und Patient zugrunde liegt, eine hohe Bedeutung. Das Bündnis in der Medizin fußt u. a. auf dem hippokratischen Eid, das der Krankenpflege überwiegend auf christlichen Traditionen, humanistischen Grundhaltungen sowie auf ethischen Kodizes. Letztere wurden 1930 international harmonisiert und 1953 erstmalig unter dem Dach des International Council of Nurses als »Ethics in Nursing Practice« abgestimmt. Im Jahr 2012 erfuhren sie ihre letzte Aktualisierung.<sup>11</sup>

Hilfe- und pflegebedürftige Menschen sind in besonderer Weise auf die moralische Vereinbarung zwischen Medizin, Pflege und den Mitgliedern der Gesellschaft angewiesen. Diese Vereinbarung – Bund genannt – garantiert einen verantwortungsvollen Umgang, wenn Menschen die Hilfe der heilenden Berufe benötigen.<sup>12</sup>

Der Bund enthält drei zentrale Elemente:

1. das Geschenk des Vertrauens des Patienten/Hilfebedürftigen
2. das Versprechen, dieses Vertrauen durch den Einsatz zu rechtfertigen
3. die Verpflichtung, die eigene Expertise im besten Interesse des Patienten zu nutzen

Medizin und Pflege begründen die Notwendigkeit des therapeutischen Bündnisses mit der transzendenten Konnotation, die ihrer Tätigkeit anhaftet. Dazu gehört, dass der in seiner Hilfebedürftigkeit abhängige, alte und kranke Mensch eine besondere Anteilnahme und Sorge auch dann mit Sicherheit erwarten kann, wenn er unbequem, undankbar, schlecht versichert oder auch gefährlich ist.

Nur wenn sich ein Betroffener auf die moralische Integrität von Arzt und Pflegeperson verlassen kann, kann er ertragen, dass diese an ihm Dinge tun, die infolge der Intimität in keiner anderen Beziehung zwischen Fremden möglich, unangenehm oder gar schmerzhaft sind.

Das Bündnis soll vor Missbrauch schützen. Es erfordert die persönliche und nicht transferierbare Verantwortung jedes Betreuers, dem Wohl der Patienten Priorität zu geben und die Würde und Heiligkeit des Lebens – des Kranken und des eigenen – zu wahren (das heißt auch, die Grenzen des Wirkens anzuerkennen).

Das Bündnis ist vor allem dort von Bedeutung, wo der benötigte Beistand über das vertraglich geregelte Leistungsminimum hinaus erforderlich ist, wenn z. B. infolge einer Demenz oder einer anderen unheilbaren Krankheit keine Heilung mehr stattfinden kann. Hier gewährleistet das Bündnis, dass für die betroffenen Personen trotzdem alles getan wird, um ihnen das Leben erträglich zu gestalten.

<sup>11</sup> Vgl. Fry, S. T. (2008). Ethics in nursing practice. A guide to ethical decision making. International Council of Nurses. Oxford: o.V., S. 53 f.

<sup>12</sup> Vgl. Käppeli, S. (2006). Das therapeutische Bündnis in Medizin und Pflege – wie lange noch? Ethique Le Journal. In: Schweizerische Ärztezeitung, 87. Jahrgang 26/2006, S. 26 f.

Kritisches Denken ist eine fragende und kreative Haltung, die auch Gefühle einschließt. Es ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: unabhängiges Denken, intellektuelle Bescheidenheit, intellektueller Mut, Empathie, Integrität, Ausdauer, Neugier, Glaube an die Vernunft, Unvoreingenommenheit, Interesse am Erforschen von Gedanken und Gefühlen.

Menschen, die kritisch denken, zeichnen sich aus durch eine präzise Sprache und die Fähigkeit,

- Fakten und Interpretationen zu unterscheiden,
- Zusammenhänge zu klären,
- Ähnlichkeiten und Unterschiede zu erkennen und zu vergleichen sowie
- folgern zu können (insbesondere Wichtiges von Unwichtigem trennen, Vor- und Nachteile abwägen, evaluieren).

Kritisches Denken und der Pflegeprozess haben vieles gemeinsam. Sie sind aber nicht identisch. Pflegende handeln einen Teil ihres Tages effektiv, ohne kritisch zu denken. Viele Entscheidungen beruhen auf bewährten Routinen und Gewohnheiten.

### Fazit

Für die Gestaltung des Pflegeprozesses und einer hilfreichen Pflegebeziehung ist kritisches Denken ganz entscheidend, beispielsweise wenn wir untersuchen, Relevantes weitergeben wollen, Berufsangehörige oder Klienten angemessen beraten und anleiten möchten.

#### 1.1.1.2 Der Pflegeprozess braucht kritisches Denken und emotionale Schwingungsfähigkeit

*»Hauptanliegen der professionellen Pflege ist es, Menschen zu helfen, ihren individuellen Alltag (wieder) zu bewältigen: sich zu bewegen, Körper und Seele zu pflegen, sich zu ernähren, mit Schmerzen und anderen Beeinträchtigungen umzugehen, sich zu freuen, zu beschäftigen. Therapien einzuhalten, Sinn zu finden, mit anderen Menschen zu kommunizieren.«<sup>13</sup>*

Um Menschen in ihren Bewältigungsstrategien und in ihrer Hoffnung zu unterstützen, benötigen professionell Pflegende Verstand (kritisches Denken) und Gefühl (emotionale Intelligenz). Gerade im Pflegeprozess kommt es darauf an, sich in das Gegenüber hineinzusetzen und ein gutes Empfinden dafür zu haben, wie sich der andere fühlen mag. Um Klienten zu unterstützen, sind folgende Grundhaltungen hilfreich:

<sup>13</sup> Zegelin, A. (2015). Alltag leben trotz Krankheit – pflegerische Unterstützung umfasst Informationen, Beraten und Schulen. In: Segmüller, T. (Hrsg.): Beraten, Informieren und Schulen in der Pflege. Ein Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung. Frankfurt: Mabuse, S. 15

1. Respekt vor der Autonomie und Vertrauen in den Patienten und Vertrauen darin, dass er eine gute Wahl trifft
2. Radikale Zukunftsorientierung und das Entwickeln einer konkret angestrebten Zukunft mit Zielen und Handlungssträngen
3. Orientierung an der Stärke der betroffenen Menschen und Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven
4. Die Betroffenen als nutznießenden Hauptakteur des Prozesses sehen

### 1.1.1.3 Pflegeprozess und emotionale Intelligenz

Intelligenz ganz allgemein beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, mit den Anforderungen der Welt zurechtzukommen. Es werden heute zwei Intelligenzformen unterschieden:

1. Der Intelligenzquotient (IQ), wie wir ihn aus Schule und Wissenschaft kennen. Darunter fallen: Nachdenken, prüfen, überprüfen, Fakten sammeln, Sinn erkennen und nach Logik entscheiden.
2. Emotionale Intelligenz (EQ) ist ein Begriff, der im deutschsprachigen Raum durch Daniel Goleman<sup>14</sup> bekannt geworden ist.

Im vorangegangenen Text ist viel über die Bedeutung des kritischen Denkens für den Pflegeprozess berichtet worden, der Schwerpunkt liegt auf Analyse und Logik. An dieser Stelle soll dieser Aspekt um den der emotionalen Intelligenz erweitert werden. Sie ist erforderlich, um mit Menschen zu befriedigenden Lösungen zu kommen, z. B. in der Pflegebeziehung, indem wir beispielsweise bei einem Menschen mit Demenz Verhalten sinnverstehend deuten, in Personalentwicklung und Führung, wenn wir Menschen für Aufgaben begeistern und auswählen wollen.

Unter emotionaler Intelligenz versteht man nach Bradberry und Greaves das Vermögen, folgende vier Fähigkeiten gezielt einzusetzen:<sup>15</sup>

1. Selbstwahrnehmung (eigene Emotionen genau wahrnehmen und eigene Reaktionen verstehen können)
  2. Selbstmanagement (mit eigenen emotionalen Reaktionen auf Menschen und Situationen angemessen umgehen können)
  3. Soziales Bewusstsein (Emotionen anderer Menschen genau erfassen und verstehen, was in ihnen vorgehen könnte)
  4. Beziehungsmanagement (Bindungen zu anderen Menschen aufbauen)
- Tabelle 1 verdeutlicht in der Gegenüberstellung den Unterschied.

<sup>14</sup> Goleman, D. (1997). Emotionale Intelligenz. München: dtv

<sup>15</sup> Vgl. Bradberry, T. & Greaves, J. (2016). Emotionale Intelligenz 2.0. München: mvg

Tabelle 1: IQ-Intelligenz – Emotionale Intelligenz

IQ-Intelligenz	Emotionale Intelligenz
Nachdenken, Grübeln	Assoziieren
Logik	Versuch/Intuition
Verstand	Gefühl
Analyse	Ganzheitlichkeit
Harte Fakten	Weiche Informationen/Zwischentöne
Prüfen/überprüfen	Im Kontext betrachten

Beide Intelligenzformen ergänzen sich.

### Fazit

Emotionale Intelligenz ist die Fähigkeit, bei sich selbst und anderen Emotionen zu erkennen, zu verstehen sowie dieses Bewusstsein dafür zu nutzen, Verhalten und Beziehungen gut zu steuern. Emotionale Intelligenz ist eine flexible Fertigkeit, die erlernt werden kann.

Der EQ ist entscheidend für die Bewältigung einer Fülle von Anforderungen im Alltag der Pflege/in der Begleitung der Unterstützung des Pflegeprozesses, u. a.:

- in der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen
- in Form von Empathie
- bei der Entscheidungsfindung
- als Fähigkeit, Veränderungen zu akzeptieren
- beim Zeitmanagement
- als Durchsetzungsvermögen

Emotionale Intelligenz arbeitet schnell. Sie erfasst das Wesentliche, ist dabei aber nicht so genau wie ihre Schwester, die klassische Intelligenz. Jedoch: In vielen alltäglichen (Gefahren-)Situationen ist »schnell« oft intelligenter als »hundertprozentig richtig«! Denken Sie an das Zusammensacken eines Klienten, der stürzt: Sie greifen zu, ohne zu überlegen und das ist gut so.

Und noch etwas, das als Führungsperson für Sie wichtig ist: Emotionale Intelligenz ist erlernbar und kann immer weiter verfeinert werden. Es lohnt sich, selbst den neuen Test »Emotional Intelligence Appraisal®« online ([www.talentsmart.com/test](http://www.talentsmart.com/test)) zu absolvieren und die eigenen Fähigkeiten für die anspruchsvolle neue Führungskultur im Rahmen des Supportive Leadership (s. Kapitel 11.1) zu steigern.

## Fazit

Das Arbeiten an (und mit) der emotionalen Intelligenz ist auch für die Entwicklung jeder/jedes einzelnen Mitarbeitenden Gold wert. Pflege ist ein Fachgebiet, in dem emotionale Intelligenz eine hohe Bedeutung hat. Nicht nur im Umgang mit den Klienten, sondern auch für gezielte Persönlichkeitsentwicklung (hier: besonders im Aufbau von reflektierendem und aktiv-ethischem Handeln (s. Kapitel 11.4.1.3 und 11.4.1.4). Dort erfahren Sie, mit welchen Lernangeboten Ihnen (und Ihrem Führungsteam) gezielt Verbesserungen gelingen.

### 1.1.2 Die noch junge Geschichte der Pflegeprozessplanung

*»Der Pflegeprozess ist mehr als nur das Schreiben eines Pflegeplans!«<sup>16</sup>*

Werfen wir einen Blick auf die Anfänge der Pflegeprozessplanung, auf ihre Entwicklung, auf die unterschiedlichen Ansprüche und Erwartungen, denen sie unterworfen war und die sie zu einem branchenspezifischen und in den letzten Jahren gesundheitspolitischen Zankapfel machten.

Die Idee einer allgemein gültigen Planbarkeit von Pflege nahm Mitte des letzten Jahrhunderts in den USA ihren Lauf (ist also noch gar nicht lange her). Im Zeitalter der unbedingten Technikgläubigkeit lag es nahe, die organisatorischen Abläufe in der Pflege und die gesundheitliche Entwicklung der Gepflegten analog zu den Steuerungsmodellen in Wirtschaft und Technik als »Regelkreis« zu betrachten (nursing process)<sup>17</sup>. Gleichzeitig gab es aber auch eine Gegenbewegung, die Pflege in erster Linie als Beziehungsprozess, der interaktionales Handeln erfordert, betrachtete.<sup>18</sup> Diese Bewegung hatte ihren Ursprung in der psychiatrischen Pflege.

Beide Sichtweisen zu berücksichtigen versuchen Verena Fiechter und Martha Meier in ihrem Modell der Pflegeplanung, das sie 1981 veröffentlichten.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> Wilkinson 2012, S. 37

<sup>17</sup> Vgl. Yura, H. & Walsh, M. B. (1978). The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluating. New York: Appleton-Century-Crofts

<sup>18</sup> Vgl. Peplau, H. (1952/1991). Interpersonal Relations in Nursing. 3rd ed. New York: Springer Publishing Co.

<sup>19</sup> Vgl. Fiechter, V. & Meier, M. (1981). Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel: RECOM



Abb. 1: Der Pflegeregelkreis nach Fiechter & Meier (1981)<sup>20</sup>.

1. Informationssammlung = Erhebung des IST-Zustandes des Bewohners
2. Probleme und Ressourcen beschreiben und möglichst nach Prioritäten ordnen
3. Pflegeziele festlegen = erreichbare Nah- und Fernziele überprüfbar formulieren.  
Spätestens hier Prioritäten festlegen bzw. überprüfen
4. Maßnahmenplanung = genaue Festlegung, wie das Pflegeziel erreicht werden soll
5. Pflege durchführen = Abweichungen/Besonderheiten im Pflegebericht dokumentieren
6. Evaluation der Pflege = Erfolgskontrolle der Maßnahme

Nach der Evaluation beginnt der Prozess von neuem bei Phase 1 mit dem Ziel, die Pflegeziele und die Maßnahmen einer eventuell neuen Gegebenheit anzupassen.<sup>21</sup>

1988 wurde der Pflegeprozess Bestandteil des Sozialgesetzbuchs (§113 SGB XI) und 2001 des Altenpflegegesetzes. Spätestens seit diesem Zeitpunkt ist er Unterrichtsinhalt in der Altenpflegeausbildung.

Das seit Mitte der 1970er-Jahre existierende Pflegeprozessmodell der WHO mit seinen vier Phasen war richtungsweisend für die Entwicklung des zurzeit aktuellen Entbürokratisierungsprojekts »Strukturmodell zur Modifizierung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation«<sup>22</sup>:

1. Assessment
2. Planung
3. Implementation/Intervention
4. Evaluation

<sup>20</sup> <http://www.pflegewiki.de/wiki/Pflegeregelkreis> [Zugriff am 02.03.2016]

<sup>21</sup> Ebd.

<sup>22</sup> Ebd.

## Profession, Prozess, Planung

### Mein Plädoyer für die Pflegeprozessplanung

Meine persönliche Beziehung zum Thema Pflegeplanung begann 1980 am Berufsbildungswerk des DGB (bfw) in Hamburg in meiner Weiterbildung zur Lehrerin für Pflegeberufe. Damals erlebte ich Pflege in der Praxis noch vielerorts als ein Anhängsel der Medizin. Die naturwissenschaftliche Sicht auf Krankheit und Gesundheit dominierte und die Lehrbücher der Krankenpflege waren nach Organsystemen und ihren Störungen geordnet, nach entsprechenden Krankheiten und nach medizinischen Spezialgebieten eingeteilt.

In erster Linie konzentrierte sich die Krankenpflegeperson auf die sorgfältige Beobachtung der Patienten, das Ausführen von Pflegeverrichtungen bzw. auf das Umsetzen ärztlicher Anordnungen. Pflege erschien eher erfahrungsgeleitet und zuarbeitend als selbstbestimmt und konzeptionell.

Mein Bild von Pflege war anders geprägt!

Ich selbst hatte in den 70er-Jahren eine hervorragende Ausbildung zur Krankenschwester in der Schwester-Maria-Ridder-Schule in Köln unter Leitung von Elisabeth Unkelbach und Elisabeth Drerup genießen dürfen, mit viel mehr Theorie als damals üblich, einer tollen Praxisanleitung und einer umfassenden Bildung in Haltung, Verantwortung, Selbstführung und Kompetenz.

Krankenpflege wurde dort zu der Zeit bereits als Beziehungsprozess gelehrt und gelernt. Es wurde die Auffassung vertreten, dass die Krankenpflegeperson, ihr Wissen und ihr Können einen maßgeblichen Einfluss auf Wohlergehen und Heilungsprozess habe.

Dies unter anderem, indem die Krankenpflegeperson durch mitmenschliche Zuwendung und Beratung ein Umfeld und Klima schafft, in dem die erkrankte Person sich verstanden fühlt, heil werden und wachsen kann.

Von Anfang an wurde ich beruflich in der Auffassung sozialisiert, dass die Pflegeperson vor dem Hintergrund eigenen Wissens den Grad der Hilfebedürftigkeit abklärt, Ressourcen nutzt, Bedürfnisse und Probleme erkennt sowie die sich bedingenden Zusammenhänge untereinander. Sie ist verantwortlich für wirksame, geplante systematische und reflektierte Pflegemaßnahmen.

So war ich auf ein selbstreflektiertes, bewusstes und verantwortliches Wahrnehmen meiner professionellen Rolle vorbereitet (ohne dass wir diese Begriffe damals so benutzt hätten).

Als ich dann im Berufsbildungswerk des DGB in Hamburg (bfw) auf die ersten Modelle des Pflegeprozesses traf – zuerst das reine, vierstufige WHO-Modell – war ich sofort begeistert. Ich wusste: Die eigenständige Planung des fachlichen Vorgehens in Form eines geplanten Prozesses – das ist ein wichtiger Schlüssel zur Selbstbestimmung der Pflege!



Für mich war und ist die Anwendung des Pflegeprozesses ein zentraler Aspekt der Selbstbestimmung der Pflege, eine Säule zur Selbstbestimmung unseres Berufes. Und da war ich von Anfang an ganz vorne mit dabei. Die Entwicklung eigener Theorien und Konzepte, eine eigenständige Handlungssystematik, eigene Zielsetzungen für ein systematisches, nachvollziehbares und fachliches Vorgehen mit eigenständigen Maßnahmen und Prüfkriterien für Erfolg, das war es, was ich suchte.

Schon 1981 begannen wir in der Altenpflegeausbildung damit, von Anfang an Pflege auf Basis des Prozessmodells zu unterrichten und diesen Ansatz in den Altenpflegeeinrichtungen umzusetzen.

Bald setzte sich im pädagogischen Herangehen das sechsstufige Modell nach Verena Fiechter und Martha Meier durch. Wir waren fasziniert von unserem Anliegen, mit der Planung des Pflegeprozesses eine praktische Anleitung für die Gestaltung personenzentrierter Pflege zu schaffen. Im kybernetischen Regelkreis sahen wir eine Möglichkeit, das eigene Denken und Handeln systematisch zu ordnen und in professionellen Abstimmungsprozessen fachliche Entscheidungen (mit-) zu fällen, als kompetentes Mitglied des interdisziplinären Teams zu agieren und die fachliche Verantwortung in der direkten Pflege eigenständig und selbstbestimmt zu tragen.

Für mich wurden die Pflegeprozessplanung und die Pflegedokumentation zur Last, als sie zum Kontroll- und Misstrauensinstrument missbraucht wurden, in dem es als erforderlich angesehen wurde zu definieren, warum man etwas **nicht** tut.

Diese pervertierte Absicherungsrhetorik hat bei vielen Pflegenden die Freude am fachlichen Denken und Handeln getötet, es wurden vielerorts sinnfrei Assessments und Checklisten ausgefüllt. Alle Ideen, die eigenständige Gestaltungsfähigkeit gerade in kritischen und risikogeneigten Prozessen mit Arbeitshilfen zu unterstützen, z. B. über unser RiP<sup>®</sup>-Managementsystem, haben diesen Trend nicht aufhalten können.

Umso mehr unterstütze und befürworte ich den Prozess der Entbürokratisierung.

Karla Kämmer

### 1.1.3 Pflegeprozess und Professionalität

Für ihre Verfechter steht die systematisierte Pflegeprozessplanung für Professionalität. Wichtige Kennzeichen:

- Die Planung des Pflegeprozesses ist ohne fachliche Kompetenz nicht möglich.
- Die Kriterien für die Planung beruhen auf wissenschaftlichen Grundlagen.
- Der Pflegeprozess ist Ausbildungsbestandteil.
- Systematisches und dokumentiertes Vorgehen erleichtert mit seiner Nachvollziehbarkeit nicht nur das klientenorientierte Qualitäts- und Risikomanagement, sondern liefert auch wertvolle betriebswirtschaftliche Kennziffern.

Die damit geschaffene Transparenz der Aufgaben und Abläufe dient darüber hinaus als aussagekräftige Basis für Verhandlungen mit Kostenträgern und Politik (auch in berufsständischen Fragen).

Trotz dieser unschlagbaren Vorteile – unumstritten ist die Pflegeplanung nicht! Und das liegt, wie so oft, an der Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, zwischen Theorie und Praxis.

### 1.1.3.1 Anspruch und Wirklichkeit

»Die traditionelle Pflegeplanung kann als logisch, rational und linear beschrieben werden und täuscht damit vor, dass das Geschehen zwischen Patient und Pflegenden in hohem Ausmaß kontrollierbar und steuerbar sei.«<sup>23</sup> Mit diesen Worten beschreibt der Sozialwissenschaftler, Pflegeprofessor und Gerontologe Hermann Brandenburg die Krux bei der Anwendung entsprechender Modelle in einem interaktionalen Prozess, der sich nicht an die vorgegebene Reihenfolge hält, sondern situationsorientiertes, variables Handeln erfordert.

Doch nicht nur in der Chronologie, sondern auch in der Handhabung der einzelnen Schritte zeigt sich der Unterschied zwischen Theorie und Praxis: So ist die Evaluation »ein bewusster Schritt am Ende des ersten Durchlaufs des so genannten Pflegeprozesses; in der Pflegepraxis läuft die Reflexion jedoch meist weder bewusst noch schriftlich ab. Besonders die Gruppe der sehr berufserfahrenen Pflegekräfte scheint die Reflexion im Prozess intuitiv leisten zu können«<sup>24</sup>.

Gerade systematisierte Vorgänge bergen die Gefahr in sich, eine bestimmte Eigen- dynamik zu entwickeln. In der Pflegeplanung war das in den vergangenen 25 Jahren bei der Dokumentation der Fall. Der Zeitaufwand hierfür war über die letzten Jahre förmlich explodiert und nahm den Pflegebedürftigen zu viel direkte Pflegezeit weg. Die Pflegekräfte fühlten sich zu »Ausfüllgehilfen« degradiert. Die Masse der Kategorien und der zu erhebenden Daten erwies sich als kontraproduktiv. Hohe Unzufriedenheit und Ineffizienz ließen die Berufsverbände Sturm laufen. Reinhard Lay kritisierte die ausufernden Dokumentationsvorgaben und empfahl, sich auf die eigentlichen Zwecke von Pflegedokumentation zu besinnen. Hierzu formulierte er den vielzitierten Merksatz: »Informationen, die praxisrelevant, vergütungsrelevant, prüfungsrelevant und/ oder juristisch erforderlich sind, werden vollständig, wahr und klar dokumentiert.«<sup>25</sup>

<sup>23</sup> Brandenburg, H. (1998). Kooperative Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. In: Klie, T. (Hrsg.). Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation. Forschungs- und Projektbericht Nr. 15. Freiburg: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. an der Evang. Fachhochschule Freiburg, S. 52–77

<sup>24</sup> Lay, R. & Brandenburg, H. (2002). Pflegeplanung – eine kritische Bestandsaufnahme. In: Psych Pflege 2002; 8: 149–152

<sup>25</sup> Lay, R. (2004). Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Erste Aufl., Hannover: Schlütersche, S.157

Er forderte: »Pflegedokumentation sollte wieder als das gesehen werden, was sie primär ist: eine berufliche Nebenpflicht von Pflegekräften im Interesse und zum Wohle der Klienten.«<sup>26</sup>

Schließlich hatte auch der Gesetzgeber ein Einsehen und beauftragte eine Expertenkommission damit, ein einheitliches Grundmodell eines schlanken Verfahrens zur Pflegedokumentation in der Langzeitpflege zu entwickeln. Ergebnis des Vorgehens ist ein einheitliches Konzept für die Prozessgestaltung in der Langzeitpflege: das Strukturmodell.

Mit der entbürokratisierten Pflegedokumentation ist nun ein Lösungsweg aufgezeigt, der die Arbeitsbedingungen, Arbeitsmotivation und Arbeitszeit der Pflegenden positiv beeinflusst und die Arbeitszufriedenheit verbessern kann.

Gesellschaft und Pflege unterliegen einem ständigen Wandel. Auch die Altenpflege durchlief in den letzten Jahrzehnten vielfältige Entwicklungen; Auffassungen, wie Pflege idealerweise zu sein hat, manifestieren sich in Strukturen, Methoden und Berufsbild. Der Pflegeprozess unterliegt ebenso dieser Dynamik. Zum Beispiel hat sich die Rollenverteilung in der Pflege stark verändert: Klienten und Angehörige sollen und wollen mitbestimmen, Positionen und Funktionen verändern sich, Aufgaben werden neu verteilt, die Kooperation mit nichtpflegerischen professionellen Helfern nimmt immer mehr zu.

Auch wenn der Glaube an die Steuerbarkeit des Pflegeprozesses einiger Ernüchterung gewichen ist, seien wir realistisch: Ohne Pflegeplanung sind die Herausforderungen erst recht nicht zu bewältigen. Diesmal hat uns der Gesetzgeber mit seinen Vorgaben zur Entbürokratisierung eine Steilvorlage geliefert. Nutzen wir die Chance, verwandeln wir sie!

---

<sup>26</sup> Lay, R. (2012). Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zweite Aufl., Hannover: Schlütersche, S. 217f

## WAS IST NEU AN DER ENTBÜROKRATISIERTEN DOKUMENTATION?

Karla Kämmer, Andreas Kutschke

*»Es geht nicht um die Veränderung einiger Formulare, sondern um die Neuausrichtung des Pflegeprozesses.«<sup>27</sup>*

Die »entbürokratisierte Pflegedokumentation« ist ein verschlanktes Konzept für die Prozessgestaltung und deren Dokumentation in der Langzeitpflege. Sie ist das vom Bundesministerium für Gesundheit favorisierte Modell. Daneben gibt es viele andere Alternativen, u. a. den Ansatz von Jutta König (s. Kapitel 7).

Die Grundprinzipien des Strukturmodells<sup>28</sup>:

- Stärkung der fachlichen Kompetenz der Pflegefachkräfte
- Konzentration auf die Wünsche, Bedürfnisse und Perspektive der pflegebedürftigen Person
- Stärkung und konsequente Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Person (personenzentrierter Ansatz)
- Erfassung pflege- und betreuungsrelevanter biografischer Aspekte im Rahmen der Themenfelder der SIS
- Übersichtliche Darstellung zur Einschätzung pflegerischer Risiken und Phänomene in einem eigens dafür entwickelten Instrument als Bestandteil der SIS
- Verständigung zu individuellen Leistungen und Wünschen sowie die Dokumentation dieses Konsenses
- Beschränkung im Pflegebericht auf Abweichungen von regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung

<sup>27</sup> Rommel, U. & Endreß, M. (2015). Einschneidender Prozess. In: Altenpflege. Vorsprung durch Wissen. Dossier 04. Dokumentation: Das neue Strukturmodell: Wie es funktioniert und wie Sie es richtig umsetzen. S. 6. Im Internet: [https://www.altenpflege-online.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher\\_und\\_ebooks/themen-dossiers/altenpflege\\_dossier\\_04\\_dokumentation](https://www.altenpflege-online.net/silver.econtent/catalog/vincentz/altenpflege/buecher_und_ebooks/themen-dossiers/altenpflege_dossier_04_dokumentation)

<sup>28</sup> Beikirch E. et al., Projektbüro Ein-STEP (Hrsg.) (2015). Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen, Version 1.0. Berlin

## 2.1 Die vier Elemente des Strukturmodells

### NEU: Vier statt sechs

Im Strukturmodell werden die ersten drei Schritte des bisher meist angewandten sechsstufigen Pflegeprozesses (Informationssammlung, Probleme/Ressourcen, Ziele) zusammengefasst in der Strukturierten Informationssammlung (Element 1) (s. auch Kapitel 3.1). Es geht vor allem darum, wesentliche Facetten zu der pflegebedürftigen Person zu erkennen und zu dokumentieren und weniger darum, möglichst viele Aspekte »abzuarbeiten«.

Tabelle 2: Gegenüberstellung Pflegeprozess nach Fiechter und Meier und das Strukturmodell

Pflegeprozess nach Fiechter & Meier (1981) – Sechs Phasen –	Strukturmodell – Vier Elemente –
<b>1. Informationssammlung</b> (in der die pflegerische Anamnese und der Ist-Zustand beschrieben werden, die Biografie wird meistens separat erfasst)	<b>1. Strukturierte Informationssammlung</b>
<b>2. Beschreibung der Ressourcen und Probleme</b> (hier wurden verschiedene Strategien empfohlen)	
<b>3. Zielbeschreibung</b> (Nah- und Fern-Ziele)	
<b>4. Maßnahmenplanung</b> (oft bezogen auf die ATL-Struktur)	<b>2. Individuelle Maßnahmenplanung</b>
<b>5. Durchführung</b> (in der Regel auch Leistungsnachweis)	<b>3. Berichtsblatt mit Fokus auf Abweichungen</b>
<b>6. Evaluation</b>	<b>4. Evaluation</b>

### Aus der Sicht des Praktikers

Vielleicht ist der Begriff »Strukturierte Informationssammlung« irreführend im Vergleich mit den bisher genutzten Informationssammlungen, die in bestimmter Weise auch strukturiert sind. Der Unterschied besteht darin, dass sich die neue Informationssammlung relativ grob an Handlungsfeldern strukturiert (was viel Raum für Individualität lässt), während die bisherigen sich kleinteilig an Strukturelementen des entsprechenden Pflegemodells ausrichten (z. B. ATL-Struktur im Modell der Lebensaktivitäten von Roper, Logan und Tierney\* oder AEBDL-Aktivitäten).

Nachteil dieser feinteiligen Unterteilung war, dass viele Informationen fragmentiert oder doppelt verarbeitet wurden. Auch gab es in den bisherigen Informationssammlungen viele einzelne Punkte, die im Multiple-Choice-Verfahren angekreuzt wurden. Dieses kleinschrittige Verfahren wird in der SIS nicht mehr angewandt. Wenn man so will, wird nur Zutreffendes beschrieben.

Beispiel:

Wenn bei dem Pflegebedürftigen weder PEG noch Blasenkatheter vorhanden sind, muss dies auch nicht erfasst werden.

\* Roper, N.; Logan, W. & Tierney, A. J. (Hrsg.) (1983). Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht. Basel: Recom

## 2.1.1 Aufbau des Strukturmodells

### NEU: Handlungsleitendes Verfahren

»Neu ist, dass die Pflegedokumentation jetzt wieder gerne in die Hand genommen wird, weil sie einen geplanten Pflegeprozess abbildet, der das konkrete praktische Vorgehen ohne Schnörkel kurz und knapp beschreibt.« So oder so ähnlich berichteten Pflegepraktiker mit Steuerungsfunktion erstaunt nach einigen Monaten der Anwendung.

Das Strukturmodell besteht aus vier Elementen. Schauen wir sie uns im Einzelnen an.

#### 2.1.1.1 Element 1: Die strukturierte Informationssammlung (SIS)

### NEU: Fokus auf Selbstbestimmung

Die Sicht der betroffenen Person erhält einen hohen Stellenwert im neuen Pflegeprozess – und damit auch der Ansatz der professionellen und wertschätzenden Pflege als Beziehungsarbeit im pflegerischen Alltag.