

1 Grundlagen

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

1.1 Zentrale Pflegedokumentation (ZPD)

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

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

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

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

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

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

Bereiche der ZPD ¹	Inhalte aus Klassifikationen der Lebensbereiche nach Juchli (1991) und Krohwinkel (1993) sowie nach verschiedenen anderen Konzepten
Körper	Sich waschen und kleiden (Fähigkeiten, Vorlieben, Hilfestellungen, Hilfsmittel, Gewohnheiten, Waschen, Baden, Duschen, Hautpflege, Mundpflege, Haar- und Bartpflege, Nagelpflege), sich bewegen (Mobilisation, Grobmotorik: Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen und Feinmotorik: Finger und Hand), ausscheiden (Gewohnheiten und Hilfsmittel bzgl. der Harn- und Stuhlausscheidung), Atmen, Regulieren der Körpertemperatur, Vitalzeichen (Gewicht, Körpergröße, Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Blutzucker), Essen und Trinken (Vorlieben, Rituale, Störungen bzgl. Essen und Trinken), Aktivierung, Kinästhetik, Bobath-Konzept
Geist	Kommunizieren (verbal und nonverbal, Sprachstörungen, Gestik, Mimik, Körpersprache), Artikulation, Merkfähigkeit, Kurzzeit-, Langzeitgedächtnis, Sprachstörungen: motorische und/oder sensorische Aphasie, formale Denkstörung: Denkhemmung, -verlangsamung, umständliches Denken, Grübeln, häufige Themenwechsel, zerfahrenes Denken; Beziehungs-, Verfolgungs-, Vergiftungs-, Größen-, Bestehungs-, Verarmungs-, Schuld- und Hypochonderwahn, Antriebssteigerung, -armut, sich beschäftigen (Tagesstruktur, Interessen, Vorlieben, Hobbys, Angebote, Verhältnis zur Natur, zu Tieren und Pflanzen), Raum und Zeit gestalten, Dementia Care Mapping, Gedächtnistraining, Basale Stimulation, Ruhen und Schlafen (Schlafrituale, Schlafstörungen, Schlaf-Wach-Rhythmus), qualitatives Bewusstsein, quantitatives Bewusstsein mit zeitlicher, örtlicher, persönlicher und situativer Orientierung
Seele	Sinn finden (Stabilität, Labilität, Gemüt, positive und negative Stimmungen, Antriebsarmut, -steigerung, gestörtes Ich-Erleben: Gedankenausbreitung, -entzug, -eingung), mit existenziellen Bereichen des Lebens umgehen (Motivation, Religion, Krisen, Akzeptanz von Lebensabschnitten), Snoezelen, Validation, Palliative Care
Soziales Umfeld	Für Sicherheit sorgen (infektiöser und psychischer Hospitalismus, Arztanordnungen, Medikamente, Suchtfährdung) und soziale Bereiche des Lebens sichern (biografische Daten mit körperlichen Erkrankungen und Unfällen, geistige Daten, wie fördernde Erfahrungen, soziale Daten wie Familie, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Ex-Kollegen, Telefon, Besuch, Verkehrsmittel, Medien, Kirchengemeinde), sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten (Bezugspflege)

Pflegeplanung nach den sechs Schritten des Pflegeprozesses

Die Pflegeplanung ist gesetzlich vorgeschrieben und bildet die Grundlage einer geplanten, zielorientierten und nachvollziehbaren Pflege unter Berücksichtigung der Individualität des Menschen. Ihr Ziel ist die Sicherung der systematischen Durchführung des Pflegeprozesses und der damit verbundenen Pflegequalitätssicherung. Durch alle Pflegebereiche hindurch lassen sich große Unsicherheiten hinsichtlich der vollständigen und korrekten Formulierung von Ressourcen, Problemen, Zielen und Maßnahmen erkennen. Gemäß § 5 Pflegeberufegesetz (PflBG) soll eine Pflegefachkraft u. a. folgende Aufgaben selbstständig ausführen können: »Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege«, »Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses« sowie »Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen«. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) umfasst im § 16 auch die praktische Planung der Pflege und die Evaluation des Pflegeprozesses sowie in § 35 ebenso für den schriftlichen Prüfungsteil die Planung, Organisation, Gestaltung, Steuerung und Durchführung von Pflegeprozessen. Auch das Pflegeversicherungsgesetz bezieht sich im § 18 Abs. 5a SGB XI darauf, dass das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit u. a. auch »eine individuelle Pflegeplanung« ermöglichen soll.

Abbildung 1 zeigt den sechsschrittigen Pflegeprozess, wie er in der Kurzzeitpflege und in der theoretischen

Pflegeausbildung sowie als Denkprozess auch bei allen Pflegedokumentationen in der Praxis weiterhin stattfindet, jedoch gemäß der vereinfachten/entbürokratisierten Pflegedokumentation in der Langzeitpflege nicht mehr so ausdifferenziert verschriftlicht wird.

Das Erstellen einer individuellen Pflegeanamnese beginnt im Erstgespräch (erster Schritt) person-zentriert, also mit der pflegebedürftigen Person (**Informationssammlung**). Sie erfolgt im Pflegeprozess fortwährend und ist folglich nie ganz beendet. Mit diesem ersten Schritt sind insbesondere der Aufbau und Erhalt der Beziehung, die Schaffung einer Vertrauensbasis sowie die Sammlung von Informationen über den Pflegebedürftigen beabsichtigt. Dabei wird der physische, psychische und soziale Hintergrund des Klienten berücksichtigt. Hilfreich im Rahmen des ersten Pflegeprozessschrittes sind auch Pflege-Assessments (Einschätzungshilfen), die jedoch nicht zu statisch, sondern auch im individuellen Ermessen der jeweils zuständigen Pflegefachkräfte selbstbestimmt verwendet werden sollten.

¹ ZPD (Zentrale Pflegedokumentation).

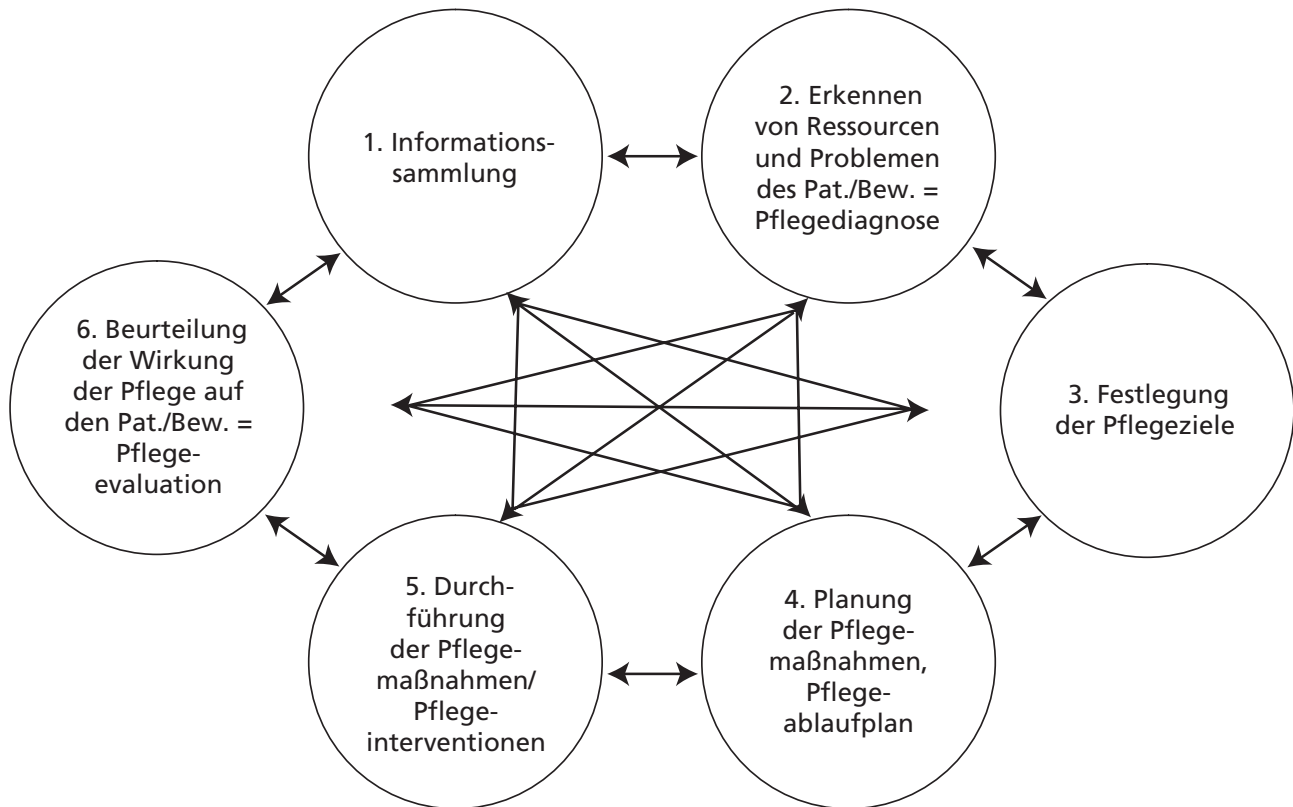


Abb. 1: Die sechs Schritte des Pflegeprozesses (modifiziert nach Fiechter & Meier 1993)

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

Danach folgt die **Formulierung der Pflegeziele** (dritter Schritt). Diese müssen positiv formuliert, prägnant, realistisch und überprüfbar sein. Werden Fernziele (z. B. Herr Becker hat sein Idealgewicht von 72 kg erreicht) geplant, müssen diese in Teil- und Nahziele (z. B. Herr Becker wiegt zum ... 65 kg) unterteilt werden. Standardziele helfen dabei, in der Praxis häufig vorkommende Formulierungsschwierigkeiten zu reduzieren. Pflegeziele sollen unter Berücksichtigung der SMART-Kriterien spezifisch,

messbar, realistisch und terminiert sein sowie nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen (andernfalls mit Angehörigen, Freunden) vereinbart sein. Die zu pflegende Person muss mit dem Ziel einverstanden sein. Das Ziel muss attraktiv sein und die Unabhängigkeit der Person fördern. Es darf sich nicht um Ziele der Pflegekraft handeln. Zum Beispiel:

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

Pflegemaßnahmen (vierter Schritt) müssen als praktikable Anweisungen (»Bedienungsanleitungen«) formuliert sein. Anhand der W-Fragen ist zu klären, wann, wie, mit welchen Mitteln und wie oft, wer, wo, welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Pflegemaßnahmen klären die Fragen »wer, was, wann, wo, wie und wie oft« teilweise oder vollständig übernimmt, unterstützt, beaufsichtigt, beobachtet und/oder anleitet. Sie müssen verständlich, handlungsleitend und nachvollziehbar sein. Werden Maßnahmen durchgeführt, die in einem hausinternen Standard hinterlegt sind, ist auf diesen zu verweisen. Zudem werden individuelle Abweichungen genau beschrieben. Zum Beispiel:

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

Pflegemaßnahmen werden erst geplant, wenn die Ziele, die mit der Pflege des pflegebedürftigen Menschen erreicht werden sollen, feststehen, erreichbar und spezifisch sind sowie mit einem konkreten Zeitpunkt versehen wurden.

Die Pflegeinterventionen orientieren sich an den bereits festgelegten Pflegeproblemen und -zielen und müssen – wie schon erwähnt – unbedingt die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten/Bewohners integrieren.

Zudem sind auch die vorgefundenen räumlichen Verhältnisse zu berücksichtigen. Damit alle wichtigen Informationen in die Pflegeplanung einfließen, ist es hilfreich zu überprüfen, ob die folgenden W-Fragen mit der Pflegeplanung beantwortet werden können:

1. Wer führt die Maßnahme durch? Wie viele Pflegepersonen? Pflegefachkraft oder Pflegehilfskraft? Beispielsweise muss bei speziellen Pflegemaßnahmen der Zusatz »examiniert« bzw. »PFK« (Pflegefachkraft) ergänzt werden, da allein die Pflegefachkraft über die erforderlichen Kompetenzen verfügt: z. B. »1 exam. PP (Pflegeperson)«, »1 PFK«. Dies ist u. a. bei der Versorgung in instabilen Pflegesituationen der Fall. Ein in der Pflegepraxis häufig anzutreffender Fehler ist die Aufnahme der Leistungen von Angehörigen oder therapeutischen Interventionen in die Maßnahmenspalte. Hier haben sie jedoch nichts zu suchen, da hier Angaben zu den pflegerischen (!) Handlungsabläufen erfolgen. Stattdessen stellen Therapien und Maßnahmen von Angehörigen Ressourcen dar.
2. Was genau wird durchgeführt? Transfer? Ganzkörperwaschung? etc. Maßnahmen der speziellen Pflege (»Behandlungspflege«) werden nicht in die Maßnahmenspalte aufgenommen, da diese ärztlich angeordnet worden sind und schon separat auf anderen Dokumentationsbögen vermerkt werden (z. B. Wundversorgung, Richten von Medikamenten, Blutdruckmessung). Hier kann – wenn die Pflegemaßnahmen im Rahmen eines Pflegeablaufplanes beschrieben werden und der Zeitpunkt der »Behandlungspflege« wichtig ist – ein kurzer Vermerk erfolgen, wann die Durchführung erfolgt. Wird beispielsweise eine frisch angelegte PEG nach der Oberkörperwaschung verbunden, kann hierauf in der Handlungsablaufbeschreibung an dieser Stelle ein

Hinweis gegeben werden. Durchführung und Materialienverwendung gehören jedoch nicht in die Maßnahmenspalte.

3. Wie genau wird die Maßnahme ausgeführt? Wie sieht die Pflegeleistung aus? Verwendete Materialien, Hilfsmittel und Prinzipien, nach denen gearbeitet wird, werden aufgeführt. Es wird eine konkrete Handlungsanweisung gegeben, die jedem Pflegenden ermöglicht, die Maßnahme gleich und korrekt ausführen zu können (insbesondere bei der Pflege und Betreuung demenzerkrankter Klienten sollen gleiche Handlungsabläufe und fest verankerte Rituale die Basis für eine aktivierende Pflege darstellen.) Liegen Pflegestandards vor, nach denen vorgegangen werden muss (ein Hausstandard stellt eine Dienstanweisung dar und muss von allen Mitarbeitern berücksichtigt werden), können diese anstelle einer ausführlichen Beschreibung der Maßnahmen verwendet werden. Dies stellt eine Erleichterung bei der Pflegeplanung dar und sorgt für bessere Übersichtlichkeit. Meist ist jeder Standard mit einer Nummer versehen, sodass in der Maßnahmenspalte nach Angabe der Intervention der Hinweis »siehe Standard Nr.X« festgehalten werden kann. Sollte innerhalb dieser standardisierten Maßnahmen eine individuelle Änderung vorgenommen werden müssen (z. B. Änderung der Reihenfolge einer Ganzwaschung aus einem bestimmten Grund), wird dies in der Maßnahmenspalte (im Pflegeablaufplan) direkt vermerkt, z. B. »Täglich morgens um 7.00 Uhr (...) Ganzkörperwaschung nach Standard Nr. 12; individuelle Änderung: zuerst Waschung des (...), danach (...).«

Da Pflege immer individuell erfolgen muss, können Pflegestandards nur in seltenen Fällen unverändert übernommen werden. Sie dürfen nicht stur und routinemäßig bei jedem Klienten gleich angewandt werden, ohne individuelle Unterschiede zu berücksichtigen und Maßnahmen daran auszurichten. Pflegestandards müssen also individuell an den Klienten angepasst werden. Es muss genau benannt werden, welche Maßnahme aus dem Standard beim Klienten Anwendung findet.

Pflegemaßnahmen können nach der »Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation« des MDS (2005) (in Form dieser Abhängigkeitsstufen formuliert werden:

- Unterstützung (Abkürzung »U«): bei den pflegerlevanten Verrichtungen des täglichen Lebens. Dies bedeutet, »noch vorhandene Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern sowie dem Klienten zu helfen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen und nicht vorhandene zu entwickeln (aktivierende Pflege). Dazu gehört auch die Unterstützung bei der richtigen Nutzung der ihm überlassenen Hilfsmittel.« Grundsätzlich ist der zu Pflegenden hier in der Lage, die Pflege selbstständig durchzuführen, benötigt jedoch – im Kontext einer aktivierenden Pflege – ergänzende Hilfeleistung durch das Pflegepersonal bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Verrichtung.

Beispiele: Die Pflegeperson unterstützt eine geistig behinderte Person bei der Auswahl sowie Bereitstellung der Kleidung im Rahmen der morgendlichen Körperpflege; die Primary Nurse stellt der bettlägerigen Bewohnerin Waschwasser und die nötigen Pflegeutensilien bereit, welche sich selbst wäscht, und entsorgt im Anschluss die Materialien; eine Patientin ist dazu in der Lage, sich mithilfe des Rollstuhls selbstständig fortzubewegen, benötigt jedoch die Hilfe der Pflegeperson bei der Entfaltung des Hilfsmittels.

- Teilweise Übernahme (Abkürzung »TÜ«): Dies bedeutet, dass »die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann.« Es handelt sich demnach um die Situation, dass der zu Pflegenden eine Verrichtung nicht selbstständig ausführen bzw. zu Ende bringen kann und die Pflegekraft diese dann übernimmt.

Beispiele: Die kognitiv eingeschränkte Frau G. führt die Körperpflege am Waschbecken teilweise durch, ist jedoch nach der selbstständigen Oberkörperwaschung sehr unkonzentriert und stagniert im Ablauf. Da die Versuche des Pflegenden, Frau G.s Aufmerksamkeit wieder auf die Körperpflege zu lenken, wiederholt scheitern, übernimmt dieser die Waschung des Intimbereichs. Ziel dieser Pflegesituation war es, Frau G. möglichst selbstständig agieren zu lassen und Teilbereiche erst zu übernehmen, wenn die Bewohnerin die Ausführung dieser Tätigkeiten nicht mehr vermochte. Herr T. leidet an ständig wiederkehrenden Schwindelattacken unter Belastung. Er ist dazu in der Lage, selbstständig mithilfe seines Rollators zur Toilette und zurück zum Zimmer zu laufen. Auf dem Rückweg kommt es vor, dass Herr T. Schwindel verspürt und Angst hat, zu stürzen. Er setzt sich dann auf seinen Rollator und wird vom Pflegepersonal mittels Toilettenstuhls zu seinem Zimmer transferiert. Der Toilettengang wurde somit teilweise übernommen.

- Vollständige Übernahme (Abkürzung »VÜ«): Eine vollständige Übernahme »sollte im Sinne der aktivierenden Pflege erbracht werden.«

Beispiele: Die tetraplegische Frau L. ist vollständig auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. Sie kann demnach keinen Beitrag zur Körperpflege leisten. Die Pflegeperson übernimmt in diesem Falle diese Verrichtung vollständig; Herr D. ist aufgrund kognitiver Veränderungen nicht dazu in der Lage, sich selbstständig die Nahrung vorzubereiten sowie zum Mund zu führen: Selbst, wenn das Butterbrot mundgerecht vorbereitet vor ihm liegt, erkennt er weder, dass es sich um Nahrung handelt, noch ist er dazu fähig, sich das Essen zum Mund zu führen. Die Pflegeperson übernimmt vollständig das Vorbereiten und Anreichen der Nahrung.

- Anleitung und Beratung (Abkürzung: »A«) bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen,

lenken oder demonstrieren muss. Die Hilfsformen der Anleitung und Beaufsichtigung kommen insbesondere bei geistig behinderten, psychisch kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen in Betracht.

Beispiel: Frau T. ist aufgrund situativer Desorientierung nicht dazu in der Lage, sich mittels des Waschlappens effektiv das Gesicht zu waschen, obwohl sie motorisch dazu fähig ist. Ohne Anleitung der Pflegeperson wäscht sie sich ausschließlich und fortlaufend die Augen. Frau T. führt die Waschung jedoch korrekt durch, wenn die Pflegekraft gezielt verbal anleitet; Herr W. ist in allen Bereichen desorientiert (Demenz vom Typ Alzheimer). Dies äußert sich in der Lebensaktivität »Essen und Trinken können« u. a. darin, dass er – trotz großen Durstes – vor dem gefüllten Trinkglas sitzen bleibt und sein Lieblingsgetränk nicht zum Munde führt. Setzt sich die Pflegeperson zu ihm, reicht ihm das Getränk und prostet ihm mit ihrem Glas zu, trinkt er ebenfalls. Auch das Motivieren des zu Pflegenden zur selbstständigen Übernahme von Verrichtungen des täglichen Lebens stellt eine Form der Anleitung dar.

- Beaufsichtigung (Abkürzung »B«): Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund, zum anderen die Kontrolle darüber, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf ab, dass die »regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in sinnvoller Weise vom Pflegebedürftigen selbst durchgeführt werden.«

Beispiel: Die situativ desorientierte Frau K. wird während ihrer Haarpflege von der Pflegeperson beaufsichtigt, da Gefahr besteht, dass die Patientin den Haartrockner ins Wasser fallen lässt. Die Pflegefachkraft beaufsichtigt Herrn B. bei der Einnahme der Tabletten, da Gefahr besteht, dass dieser die Einnahme vergisst oder die Medikamente herunterfallen und liegen lässt.

Im Hinblick auf die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit durch den MD und die Pflege- und Krankenkassen kann es nützlich sein, die aufgeführten Begrifflichkeiten aus den Pflegedürftigkeits-Richtlinien in die Maßnahmenbeschreibung zu integrieren. Beaufsichtigung und Anleitung richten sich laut der »Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation« des MD (Bund) (2025) auch darauf:

- »körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und zur Umgebung),
- Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer), Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen abzubauen.«

Für die Zwecke der Beurteilung gilt eine Person als selbstständig, die eine Handlung beziehungsweise Aktivität allein, das heißt ohne Unterstützung durch andere Personen oder unter Nutzung von Hilfsmitteln, durchführen kann. Dementsprechend liegt eine Beeinträchtigung von Selbstständigkeit nur vor, wenn personelle Hilfe erforderlich ist. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen. Ob personelle Hilfe durch Pflegepersonen oder Pflegekräfte erbracht wird, ist für die Bewertung nicht relevant. Diese Frage spielt allerdings für die Pflege- und Hilfeplanung eine Rolle. Zu bewerten ist, ob die Person die jeweilige Handlung beziehungsweise Aktivität praktisch durchführen kann. In der Regel sind dazu sowohl somatische als auch mentale Fähigkeiten erforderlich. Bei manchen Personen kommen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei einer Aktivität zwar regelmäßig – mindestens einmal wöchentlich –, aber nicht täglich vor oder sie treten in wechselnd starker Ausprägung auf. In diesen Fällen ist bei der Entscheidung zwischen »überwiegend selbstständig« und »überwiegend unselbstständig« auf die Gesamtheit dieser Aktivität im Wochenverlauf abzustellen. Selbstständigkeit wird in den Modulen 1, 4 und 6 des Begutachtungsinstruments (BI) (► Kap. 4) mittels einer vierstufigen Skala zur Beurteilung der Selbstständigkeit mit den Ausprägungen 0, 1, 2, 3 bewertet. Seit 01.01.2017 werden bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit die Eigenschaften der Selbstständigkeiten berücksichtigt. Die oben aufgeführten Abhängigkeitsstufen (A, B, T $\ddot{U}$ und V $\ddot{U}$) spiegeln sich darin inhaltlich wider, werden aber genauer und klarer formuliert.

Vierstufige Skala zur Beurteilung der Selbstständigkeit (Merkmale der Selbstständigkeit)

- 0 = selbstständig

Die Person kann die Handlung beziehungsweise Aktivität in der Regel selbstständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

- 1 = überwiegend selbstständig

Die Person kann die Handlung beziehungsweise Aktivität in der Regel selbstständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen. Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Dementsprechend entsteht ein geringer bis mäßiger Aufwand für die Pflegeperson. Überwiegend selbstständig ist eine Person also dann, wenn eine oder mehrere der folgenden Hilfestellungen erforderlich sind:

- Unmittelbares Zurechtlegen, Richten von Gegenständen meint die Vorbereitung einer Aktivität durch Bereitstellung sächlicher Hilfen, damit die Person die Aktivität dann selbstständig durchführen kann. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Umgebung der zu pflegenden Person so eingerichtet wird, dass die Person so weit wie möglich selbstständig an alle notwendigen Utensilien herankommt und diese nicht jedes Mal angereicht werden müssen. Wenn dies aber nicht ausreicht (zum Beispiel die Seife nicht von der Ablage am Waschbecken genommen werden kann, sondern direkt in die Hand gegeben werden muss, führt diese Beeinträchtigung zur Bewertung überwiegend selbstständig.
- Aufforderung bedeutet, dass die Pflegeperson (gegebenenfalls auch mehrfach) einen Anstoß geben muss, damit die oder der Betroffene die jeweilige Tätigkeit allein durchführt. Einzelne Hinweise zur Abfolge der Einzelschritte meinen, dass zwischenzeitlich immer wieder ein Anstoß gegeben werden muss, dann aber Teilhandlungen selbst ausgeführt werden können.
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bedeutet, dass zum Beispiel verschiedene Optionen zur Auswahl angeboten werden müssen, die Person danach aber selbstständig entscheidet.
- Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle meint die Überprüfung, ob die Abfolge einer Handlung eingehalten wird (gegebenenfalls unter Hinführung zu weiteren Teilschritten oder zur Vervollständigung) sowie die Kontrolle der korrekten und sicheren Durchführung (Erledigungskontrolle). Hierzu gehört auch die Überprüfung, ob Absprachen eingehalten werden.
- Punktuelle Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität bedeutet, dass nur einzelne Handreichungen erforderlich sind, die Person den überwiegenden Teil der Aktivität aber selbstständig durchführt.
- Anwesenheit aus Sicherheitsgründen: Wenn eine Person eine Aktivität selbstständig ausführen kann, aber aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen (zum Beispiel Sturzgefahr, Krampfanfälle) die Anwesenheit einer anderen Person benötigt, trifft die Bewertung »überwiegend selbstständig« zu (Sicherheitsleistungen).
- 2 = überwiegend unselbstständig
Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt umfassende Anleitung oder aufwendige Motivation auch während der Aktivität voraus oder ein erheblicher Teil der Handlung muss übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus. Alle der oben genannten Hilfen können auch hier von Bedeutung sein, reichen allerdings allein nicht aus. Weitergehende Unterstützung umfasst vor allem:
 - Aufwendige Motivation im Sinne der motivierenden Begleitung einer Aktivität (notwendig vor al-

lem bei psychischen Erkrankungen mit Antriebsminderung).

- Umfassende Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson den Handlungsablauf nicht nur anstoßen, sondern die Handlung demonstrieren oder lenkend begleiten muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn die oder der Betroffene trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Aktivität nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann.
- Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle unterscheidet sich von der oben genannten »partiellen Beaufsichtigung und Kontrolle« durch das Ausmaß der erforderlichen Hilfe. Es ist ständige und unmittelbare Eingriffsbereitschaft in die Handlung erforderlich.
- Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität bedeutet, dass ein erheblicher Teil der Handlungsschritte durch die Pflegeperson übernommen wird.
- 3 = unselbstständig
Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen beziehungsweise steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Aufwendige Motivation, umfassende Anleitung und ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen. Eine minimale Beteiligung ist nicht zu berücksichtigen (zum Beispiel, wenn sich die zu pflegende Person im sehr geringen Umfang mit Teilhandlungen beteiligt).

Bei der Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten beziehen sich die Begutachungskriterien auf kognitiven Funktionen und Aktivitäten. Um diese zu beurteilen, werden lediglich Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern etc. und nicht die motorische Umsetzung berücksichtigt.

Zudem sind die Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen zu berücksichtigen. Im Unterschied zur Graduierung der Selbstständigkeit wird keine Aktivität, sondern die geistige Funktion beurteilt. Für die Bewertung ist unerheblich, ob ein zuvor selbstständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder nie ausgebildet hat. Die Bewertungsskala umfasst dabei folgende Ausprägungen:

- 0 = Fähigkeit vorhanden, unbeeinträchtigt
Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.
- 1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden
Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.
- 2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden
Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.
- 3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Um innerhalb der professionellen Pflege die »hochaufwendige Pflege« zu erfassen und um sie im Rahmen der Vergütung als zusätzliche Entgelte abrechnen zu können, entwickelte der Deutsche Pflegerat (DPR) den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) mit trennscharfen Kriterien (PKMS Vordruck s. u.: www.deutscher-pflegerat.de). Damit sind die Gründe für hochaufwendige Pflege einmalig sowie bei Änderungen des Patientenzustandes zu erfassen. Die Punktwerte in der PKMS drücken den mindestens anfallenden Pflegeaufwand bei einem hochaufwendigen Patienten aus. Die Pflegemaßnahmen sind durch eine kalendertägliche Leistungsdokumentation nachzuweisen.

1. Wann wird die Pflegemaßnahme durchgeführt? Der Zeitpunkt der Pflegemaßnahme muss genau angegeben werden. So kann die exakte Uhrzeit (z. B. »um 8.00 Uhr...«) festgehalten werden; auch eine Angabe des genauen Termins (z. B. »montags um 9.00 Uhr«) ist denkbar. Die Angabe von Uhrzeiten stellt Richtwerte dar und erfordert nicht, dass Pflegeinterventionen »auf die Minute« durchgeführt werden. Eine Abweichung von mehreren Minuten lässt sich tolerieren. Der ungefähre Zeitpunkt sollte aber eingehalten werden. Es kann sich um einen bestimmten »situativen Zeitpunkt«/zeitliche Fixpunkte handeln, z.B. wenn Frau Z. immer vor den Hauptmahlzeiten inhalieren soll oder bei Herrn M. nach dem Kaffeetrinken eine Zehn-Minuten-Aktivierung durchgeführt werden soll. Besonders für demenzerkrankte Menschen spielt die gleichbleibende Tagesstruktur im Hinblick auf die zeitliche, örtliche, persönliche und situative Orientierungsforderung eine Rolle.

Häufig werden die auf die einzelnen Lebensbereiche ausgerichteten Pflegemaßnahmen in der pflegerischen Praxis in einer Reihe mit den Ressourcen, Pflegeproblemen und Zielen aufgeführt. Dies hat zur Folge, dass die Pflegenden die einzelnen Maßnahmen aus den diversen Lebensaktivitäten zur praktischen Durchführung der Pflege gedanklich zusammentragen müssen, um einen strukturierten und zeitlich aufeinander aufbauenden Pflegeablaufplan zu erhalten. Um dies zu vermeiden, empfehlen Praktiker, die Maßnahmen direkt entlang der Tagesstruktur chronologisch – in Form eines genauen Pflegeablaufplanes – aufzuführen. Dazu wird (anstelle der separaten Maßnahmendokumentation nach Lebensaktivitäten) ein chronologisch übersichtlicher und handlungsleitender 24-Stunden-Plan (für den Früh-, Spät- sowie für den Nachtdienst) erstellt. Zu jeder Intervention wird ein Hinweis auf die jeweilige Lebensaktivität gegeben, was die genaue Zuordnung zu den spezifischen Pflegezielen, -problemen und Ressourcen ermöglicht. Hier empfiehlt sich die Einrichtung einer zusätzlichen Spalte, in der die jeweilige Nummer der Lebensaktivität vermerkt wird. Wird also rechts in der Maßnahmenspalte ein bestimmter Handlungsschritt dargestellt, vermerkt die Fachkraft

links in der neuen Spalte auf gleicher Höhe die jeweilige LA als Ziffer. So lassen sich die dazu gehörigen Ziele, Ressourcen und Probleme nachvollziehen.

Weiterhin ist es empfehlenswert, nach jeweiligen »Handlungskomplexen« einen Absatz einzufügen. Beispielsweise wird die Körperpflege chronologisch dargestellt und enthält – wie eben dargestellt – auch Angaben aus diversen LA, z. B. über das Anreichen von Getränken und den Wechsel des Inkontinenzmaterials im Rahmen der morgendlichen »Waschung«. Nachdem die Körperpflege durchgeführt worden ist, wird eine Leerzeile gesetzt, denn der folgende »Handlungskomplex« bezieht sich auf das Anreichen des Frühstück, das nun in Handlungsschritten beschrieben wird.

2. Wie oft in 24 Stunden = Häufigkeit (z. B. 3 x tägl.) der Pflegeintervention
3. Wo? Ggf. ist es sinnvoll, den Ort der Pflegedurchführung anzugeben (z. B. Bad oder Pflegezimmer/Pflegebett).

Die Maßnahmenformulierung hält sich genau an die oben beschriebenen Vorgaben in diesem Kapitel: Maßnahmen werden demnach handlungsleitend sowie ausführlich und konkret formuliert und erfüllen die aufgeführten W-Fragen. Zudem sollte ersichtlich sein, um welche Art der Hilfeleistung es sich handelt.

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

Im sechsten und letzten Schritt (**Pflegeevaluation**) geht es um die Fragen, ob die geplanten Pflegeziele erreicht wurden oder nicht. Wie reagiert der Pflegebedürftige auf die Pflegemaßnahmen? Wie ist jetzt sein Befinden? Wurde das Ziel erreicht? Wenn nicht, würde der Pflegeprozess wieder neu beginnen. Die Pflegebeurteilung geschieht am besten mit Hilfe der Pflegevisite. Das Evaluationsdatum ist im Rahmen der Zielformulierung jeweils individuell festzulegen. Alle Pflegeziele müssen mit Zeitangabe formuliert werden. Für jede Lebensaktivität ist der **Grad der Selbstständigkeit** des zu pflegenden Menschen festzulegen (s. o. Abhängigkeitsstufen).

Aktivitäten des täglichen Lebens

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

Pflegeplanungen möglich sind. Die beispielhaften Inhalte zu den einzelnen LA, ATL bzw. A(B)EDL® zeigen, wie sehr hier individuelle Formulierungen erforderlich sind.

Tab.2: Bezeichnungen der Lebensaktivitäten

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

Tab.2: Bezeichnungen der Lebensaktivitäten – Fortsetzung

Symbol	Verschiedene Bezeichnungen und typische Aspekte der Lebensaktivität
● ●	LA: <i>Sich sauber halten und kleiden können</i> [ATL: <i>Sich waschen und kleiden</i>; A(B)EDL®: <i>Sich pflegen</i>; A(B)EDL®: <i>Sich kleiden</i>] Beispielhafte Inhalte: Selbstständiges Duschen, Baden, Ganzkörper- und Teilpflegen, Hautzustand, Haut-, Mund-, Zahn-, Haar-, Bart-, Nagelpflege, Pflegemittel, An- und Auskleiden, angepasste Kleidung ...
☺	LA: <i>Essen und Trinken können</i> [ATL und A(B)EDL®: <i>identisch</i>] Beispielhafte Inhalte: Durstempfinden, selbstständiges Essen und Trinken, Trinkverhalten, Trinkplan, Ess- und Trinkbiografie, Ernährungszustand, beschwerdefreie Nahrungsaufnahme, Dysphagie, Appetit, Gewicht, Diätformen ...
♂ ♀	LA: <i>Ausscheiden können</i> [ATL und A(B)EDL®: <i>identisch</i>] Beispielhafte Inhalte: Selbstständige Stuhl- und Urinausscheidung; Frequenz, Menge, Farbe, Geruch, Konsistenz, Gewohnheiten, Schamgefühl, Kontinenz, Erbrechen, Schwitzen, Flüssigkeitsbilanzierung, In-/Kontinenzprofil ...
⌚	LA: <i>Sich beschäftigen können</i> [ATL: <i>Raum und Zeit gestalten</i>; A(B)EDL®: <i>identisch</i>] Beispielhafte Inhalte: Selbstständige Beschäftigungen, Teilnahme an Freizeitveranstaltungen, Freizeitverhalten, Hobbys, Beruf, Teilnahmslosigkeit, Kontakte zu Vereinen, Freunden, Bezugspersonen ...
🗣️	LA: <i>Kommunizieren können</i> [ATL und A(B)EDL®: <i>identisch</i>] Beispielhafte Inhalte: Kommunikationsformen (verbal, nonverbal – Gestik, Mimik, Haltung), Mitteilungsbereitschaft, Stimmung, Ausdruck von Emotionen (Freude, Angst), Reaktionen auf andere Personen und Umwelt, Brille, Hörgerät ...
🛌	LA: <i>Ruhen und Schlafen</i> [ATL: <i>Wachsein und Schlafen</i>; A(B)EDL®: <i>identisch</i>] Beispielhafte Inhalte: Schlafgewohnheiten, Rituale, Tag- und Nachtrhythmus, Ein- und Durchschlafstörungen, innere Ausgeglichenheit, Stressoren, Unruhe, Hilfsmittel, störungsfreie Ruhezeiten, Mittagsruhe ...
👨👩👦	LA: <i>Soziale Bereiche des Lebens sichern können</i> [ATL: <i>Sinn finden</i>; <i>Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten</i>; A(B)EDL®: <i>Soziale Bereiche des Lebens sichern</i>; A(B)EDL®: <i>Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen</i>; A(B)EDL®: <i>Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten</i>] Beispielhafte Inhalte: Selbstständiges Erledigen von Behördenangelegenheiten, finanzielle Situation, Wohnungssituation, Beziehung zu Verwandten, Freunden, Nachbarn, Reaktion auf fremde Personen ...

Aktivierende Pflege

Unter der **aktivierenden Pflege** ist nach den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten fördert. Diese berücksichtigt ständig die Ressourcen des Patienten, sodass dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbstständigkeit des zu pflegenden Menschen im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen zum Ziel. Aktivierende Pflege ist die beste Hilfe zur Selbsthilfe. Sie setzt eine bestimmte Geisteshaltung der Pflegenden voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen. Sie hat eine nachvollziehbare Pflegedokumentation und -planung zur Voraussetzung. Es ist anzustreben:

- vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Arbeitsorganisatorische Erfordernisse

1. Bezugspflege

- Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient ist entscheidend für den Erfolg des Pflegeprozesses.
- Die Bezugspflege ermöglicht, dass sich die Pflegekraft intensiv um einen bestimmten Patienten kümmert, ihn besser kennenlernt und eine vertrauensvolle Bindung aufbaut.
- Nur durch diese intensive Beziehung kann die Pflegeplanung erfolgreich im Pflegealltag umgesetzt werden.

2. Regelmäßige Dienstübergaben

- Dienstübergaben finden nach jeder Schicht statt und sind ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung.
- Jeder Bewohner oder Patient wird dabei systematisch angesprochen.
- Alle anwesenden Pflegepersonen müssen teilnehmen, um sicherzustellen, dass relevante Informationen übertragen werden.
- Die Übergabe dient dem mündlichen Austausch zwischen Früh-, Spät- und Nachtschicht. Sie reflektiert vergangene Abläufe und hilft, Fehler zu vermeiden.
- Zudem ermöglicht sie die Organisation der nächsten Arbeitsschritte.

3. Zeit zur Pflegeplan-Erstellung
 - Für die Erstellung einer professionellen Pflegeplanung ist ausreichend Zeit erforderlich.
 - Diese Zeit muss im Arbeitsablauf fest eingeplant werden, um eine qualitativ hochwertige Planung zu gewährleisten.
4. Zeit für Pflegeplanungs-Gespräche
 - Pflegeplanungsgespräche mit Klienten und deren Angehörigen sind unerlässlich, um eine klientenorientierte Pflege sicherzustellen.
 - Es muss genügend Zeit vorhanden sein, um individuelle Bedürfnisse, Wünsche und Probleme zu besprechen.
 - Nur so kann die Pflege auf die persönlichen Anforderungen des Klienten abgestimmt werden.
5. Zeit für Fallbesprechungen
 - Fallbesprechungen dienen der kollegialen Beratung und dem Austausch innerhalb des Teams.
 - Bei schwierigen oder langwierigen Pflegeproblemen können sich Bezugspflegerkräfte Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen holen.
 - Diese Besprechungen tragen zur Lösungsfindung bei und fördern die Qualität der Pflegeplanung.
6. Regelmäßige Pflegevisiten
 - Pflegevisiten sind ein effektives Instrument der Qualitätssicherung.
 - Sie dienen der Überprüfung, ob die Pflegeplanung korrekt umgesetzt wird und welche Ergebnisse erzielt werden.
 - Ergebnisse aus den Pflegevisiten müssen in die bestehende Pflegeplanung einfließen, um diese zu aktualisieren.
7. Intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und anderen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Physiotherapeuten, Psychologen, Ergotherapeuten) ist essenziell.
 - Dies gewährleistet eine ganzheitliche Pflege und Betreuung.
 - Besonders bei der Erstellung von Pflegeplanungen können interdisziplinäre Teams wertvolle Beiträge leisten, sofern dies personell und organisatorisch möglich ist.
8. Umstrukturierung der Arbeitsabläufe
 - Arbeitsabläufe müssen flexibel gestaltet werden, um den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.
 - Beispiele sind flexible Aufsteh- und Essenszeiten, die auf die Wünsche der zu Pflegenden abgestimmt sind.
9. Verwendung eines speziellen Dokumentationssystems
 - Ein geeignetes Dokumentationssystem muss alle Schritte des Pflegeprozesses abbilden und logisch strukturiert sein.
 - Es muss leicht nachvollziehbar sein, damit alle an der Pflege beteiligten Personen (auch interdisziplinär) damit arbeiten können.

Erfordernisse seitens des Pflegepersonals

1. Fach- und Beratungskompetenz
 - Pflegefachkräfte (PFK) müssen über fundierte Kenntnisse des Pflegeprozesses verfügen, sowohl theoretisch als auch praktisch.
 - Sie sollten über ein umfassendes pflegewissenschaftliches Wissen verfügen, das stets auf dem aktuellen Stand ist.
 - Schulungen zur Pflegeplanung und Beratungskompetenz sind notwendig, um alle an der Pflege Beteiligten weiterzubilden.
 - Beratung ist ein zentraler Aspekt, und die Pflegeperson sollte in der Lage sein, Klienten kompetent zu informieren und anzuleiten.
2. Praxiskompetenz
 - Pflegefachkräfte müssen in der Lage sein, ihr theoretisches Wissen in der Praxis korrekt umzusetzen.
 - Dies umfasst die genaue Anwendung von Pflegemodellen, Methoden und Standards im Pflegealltag.
3. Gesprächskompetenz
 - Kommunikation ist ein Schlüssel zur Pflegequalität.
 - Pflegekräfte sollten in der Lage sein, durch positive Gesprächsführung ein Vertrauensverhältnis zu Patienten aufzubauen.
 - Grundlagen der Kommunikation und Beratung sind dabei essenziell.
4. Beobachtungskompetenz und Einschätzungsfähigkeit
 - Pflegekräfte müssen den physischen, psychischen und sozialen Zustand eines Patienten ganzheitlich beobachten und korrekt einschätzen können.
 - Diese Beobachtungen müssen in die Pflegeplanung übertragen werden, um individuelle Bedürfnisse und Probleme zu berücksichtigen.
5. Emotionale und soziale Kompetenz
 - Empathie ist entscheidend, um eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufzubauen.
 - Pflegekräfte sollten emotional unterstützend wirken und in der Lage sein, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und darauf einzugehen.
 - Wichtige Fähigkeiten sind außerdem Teamarbeit, Kooperationsbereitschaft, Konfliktmanagement sowie Respekt und Toleranz.
6. Motivationskompetenz
 - Der Pflegeprozess erfordert eine aktive Beteiligung der Pflegebedürftigen.
 - Pflegekräfte müssen Patienten motivieren, sich aktiv am Pflegeprozess zu beteiligen und Verantwortung zu übernehmen.
 - Dazu gehört auch, den Klienten über seinen Zustand aufzuklären, Ressourcen aufzuzeigen und Perspektiven zu geben.
 - Angehörige sollten ebenfalls in den Pflegeprozess einbezogen werden, um die bestmögliche Unterstützung zu gewährleisten.