

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege und Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege

„Welche Erfahrungen haben examinierte Pflegende in der stationären Altenpflege bei der Anwendung der Pflegeplanung gemacht? Inwiefern gibt es seitens der Pflegenden Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung?“

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 01.06.2015

Vorgelegt von: Ann-Kristin Koloff



Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Uta Gaidys
Professorin für Pflegewissenschaft (Ethik, Kommunikation)
Zweite Prüferin: Angela Büttner- Beinlich
Lehrerin, Albertinen-Schule

Hamburg, 01.06.2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Problembeschreibung.....	1
1.2 Forschungsfrage.....	3
1.3 Forschungsziel.....	3
1.4 Aufbau der Arbeit.....	3
2. Methodik.....	4
2.1 Literaturrecherche.....	4
2.2 Qualitative Experteninterviews.....	7
3. Ergebnisse.....	12
3.1 Ergebnisse aus der Literaturrecherche.....	12
3.2 Ergebnisse aus den qualitativen Experteninterviews.....	20
4. Diskussion.....	31
5. Schlussfolgerung.....	41
6. Literaturverzeichnis.....	42
Anhang	A1

Eidesstattliche Erklärung

Abkürzungen

Abb.: Abbildung

bzw.: beziehungsweise

ebd.: ebenda

engl.: englisch

et al.: et alii/et aliae (Bedeutung: Und andere)

Hrsg.: Herausgeber

S.: Seite

Tab.: Tabelle

Z.: Zeile

Gendererklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abb. 1:</i> Eingrenzung und Sichtung der Ergebnisse der Literaturrecherche	6
<i>Abb. 2:</i> Der Pflegeprozess nach Fiechter und Maier (1981).....	13
<i>Tab. 1:</i> Suchstrategie für die Literaturrecherche in der Datenbank PubMed.....	4
<i>Tab. 2:</i> Phasen der verschiedenen Pflegeprozessmodelle.....	13

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Messer (2008) sieht die Pflegeplanung als einen zentralen Bestandteil von qualitativ hochwertiger Pflege. Laut Alfaro-LeFevre (2013) fördert die Pflegeplanung die Kontinuität der Pflege, sodass die Pflege eine Ausrichtung bekommt. Grundsätzlich gilt nach Doenges (2010), dass eine qualitativ hochwertige Pflege geplant und koordiniert werden muss. Pflegepläne können laut Doenges (2010) Zeit sparen, indem sie für eine kontinuierliche Pflege sorgen sowie die Kommunikation unter Pflegenden und mit anderen Gesundheitsberufen erleichtert. Ebenso meint Mötzing (2010), dass durch die Pflegeplanung die Pflege systematisch planbarer, überprüfbarer und jederzeit eine fachliche Beurteilung und eine Anpassung an den Ist-Zustand des zu Pflegenden¹ ermöglicht wird. Durch die Pflegeplanung kann nach Messer (2006) der Pflegenden² die individuelle Situation des Klienten reflektieren, den Pflege- und Unterstützungsbedarf erfassen, die Pflege an die Situation anpassen, die Pflege organisieren, um eine größtmögliche Adaption an die Lebenssituation des Klienten zu erreichen, sowie die Pflege evaluieren. Weiterhin vermerkt Messer (2008), dass die Autonomie des Bewohners durch das gemeinsame Gestalten der Pflegeplanung erhalten und gefördert wird.

Allerdings behauptet der MDK³ in seinem Qualitätsbericht von 2007, dass insbesondere bei den zentralen Schritten der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege erhebliche Qualitätsprobleme feststellbar sind. Die Erfassung der Ressourcen, sowie die Zielfestlegung und die konkrete Maßnahmenplanung zeigen nach Auffassung des Medizinischen Dienstes (2007) den größten Optimierungsbedarf. Pflegeziele wurden demnach für nur 48,4 % der Versicherten individuell formuliert (Medizinischer Dienst der Krankenkasse 2007). Der MDK (2007) ist der Ansicht, dass ohne individuelle Pflegeziele eine zielgerichtete und planvolle, an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners ausgerichtete Pflege, kaum umsetzbar ist. Ebenso ist der Autor dieser Arbeit in ihren Praxiseinsätzen im stationären Altenpflegebereich einer Vielzahl von examinierten Pflegenden begegnet, welche Schwierigkeiten hatten die Pflegeplanung bezüglich der

¹ In der Thesis werden die Synonyme „Bewohner“ und Klient“ verwendet.

² Der Begriff „Pflegende“ wird in dieser Arbeit als Bezeichnung für examinierte Pflegefachkräfte gebraucht.

³ Medizinischer Dienst der Krankenkasse

Formulierung sowie zeitlicher Herausforderungen anzuwenden⁴. Werden die Anforderungen an die Pflegeplanung nicht erfüllt entstehen laut MDK (2007) die Gefahren, dass relevante Informationen nicht erfasst werden, eine „[...] *diskontinuierliche Leistungserbringung* [...]“ und eine „[...] *passivierende Pflege* [...]“ (Medizinischer Dienst der Krankenkasse 2007, S. 63/64) droht, Risiken für den Patienten nicht erkannt werden und Sekundärerkrankungen und Pflegefehler resultieren. Ebenso meint Thomsen (2014), dass examinierte Pflegende den Ablauf im Hinblick auf die Erstellung einer Pflegeplanung als zeitaufwändig, undurchsichtig und wenig zielführend empfinden. Die Orientierung an rein schulischen, pädagogisch motivierten Formen der Pflegeplanung erweist sich laut Thomsen zunehmend nach Ansicht der Pflegekräfte als schwierig. Ein weiteres Problem, welches Messer (2008) anmerkt, ist, dass viele Pflegekräfte Schwierigkeiten haben, Pflegeprobleme, Ressourcen, Maßnahmen und Ziele in der Pflegeplanung zu formulieren und sie die mit der Pflegeplanung verbundene Dokumentation als einen für den Patienten nicht relevanten Zeitaufwand in Verbindung setzen.

Zusammenfassend weißt die genannte Literatur sowie die Erfahrung des Autors darauf hin, dass eine Problematik hinsichtlich der Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflegeeinrichtungen vorliegt, die Anwendung seitens der Pflegenden als eine Herausforderung empfunden wird (Thomsen 2014; Messer 2008), und sich dieses laut dem MDK (2007) negativ auf den Klienten auswirkt.

1.2 Forschungsfrage

In der Problembeschreibung wurde die Pflegeplanung aus verschiedenen Erfahrungswerten der Literatur, aus Untersuchungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse, sowie aus der Erfahrung des Autors der Thesis als eine Herausforderung für die Pflegenden beschrieben. Es ergaben sich die Fragen, welche Erfahrungen examinierte Pflegenden in der stationären Altenpflege mit der Anwendung der Pflegeplanung gemacht haben und welche Verbesserungsmöglichkeiten es seitens der Pflegenden bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung gibt?

⁴ Unter „anwenden“ ist das Schreiben/Verfassen der Pflegeplanung zu verstehen, diese werden im Verlauf als Synonym verwendet.

1.3 Forschungsziel

Das Ziel der Studie⁵ war es, die Erfahrungen zu beschreiben, welche examinierte Pflegende in der stationären Altenpflege bei der Anwendung der Pflegeplanung gesammelt haben. Die Aspekte, welche für die Anwendung der Pflegeplanung als Voraussetzung genannt wurden, sowie Bedingungen, welche die Anwendung aus Sicht der Pflegenden erschweren, wurden herausgearbeitet. Ein weiteres Ziel der Studie war es, die Erfahrungen der Pflegenden hinsichtlich der Verbesserungsmöglichkeiten der Anwendung zu erfassen. Anhand der dargelegten Verbesserungsmöglichkeiten sollte die Anwendung der Pflegeplanung erleichtert und dadurch eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung für den Bewohner erreicht werden.

1.4 Aufbau der Arbeit

Nach der aufgeführten Problembeschreibung (Kapitel 1.1), der Fragestellung (Kapitel 1.2), sowie der Zielsetzung der Thesis (Kapitel 1.3) folgt im Kapitel zwei die Methodik, in welcher die Literaturrecherche (Kapitel 2.1) erläutert wird und die qualitativen Experteninterviews der Thesis (Kapitel 2.2) methodisch veranschaulicht werden. Bezugnehmend auf die qualitativen Experteninterviews wird auf das Forschungsdesign, die Interviewpartner⁶, das Setting, den Interviewleitfaden, die Durchführung der Interviews, die Datenerhebung, die ethischen sowie datenschutzbetreffenden Aspekte, die Transkription der Interviews, sowie auf die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) und die Gütekriterien eingegangen. Darauf aufbauend werden im Kapitel drei die Ergebnisse aus der Literaturrecherche (Kapitel 3.1), sowie aus den Interviews (Kapitel 3.2) aufgeführt. Anschließend folgt die Diskussion (Kapitel 4), in welcher unter anderem die Ergebnisse aus der Literatur und den Interviews verglichen, die Ergebnisse aus den Interviews diskutiert und Limitationen dieser Bachelor-Thesis aufgegriffen werden, bevor im letzten Kapitel der Thesis die Forschungsfrage durch ein abschließendes Fazit (Kapitel 5) beantwortet wird.

⁵ Es werden die Synonyme „Bachelorarbeit“, „Thesis“, „Qualitative Forschungsarbeit“ verwendet.

⁶ Es werden die Synonyme „Partner“, „Pflegende“, „Experten“, „Pflegepersonal“, „Studienteilnehmer“ verwendet.

2. Methodik

Die Forschung wurde anhand von zwei Phasen durchgeführt, einer systematischen Literaturrecherche und einer empirischen Forschung in Form von qualitativen Interviews.

2.1 Literaturrecherche

Um die aktuelle Studienlage zu ermitteln, erfolgte eine systematische Literaturrecherche in den fachbezogenen Datenbanken PubMed und Cochrane. Die Schlüsselworte, mit denen die Recherche durchgeführt wurde, sind die Suchbegriffe „Erfahrungen“, „Pflegeplanung“, „Pflegeheim“, da sie zusammen den Kern des Themas der vorliegenden Arbeit darstellen. Um weitere relevante Treffer zu erzielen, wurde der Suchbegriff „Pflegeprozess“ ergänzt. Folglich wurden die deutschen Suchworte in die englische Sprache übersetzt und die Einzeltreffer mit „experience“, „care planning/nursing planning“, „nursing home/nursing care home“ und „care process/nursing process“ ermittelt. Der Grund hierfür lag darin, dass davon auszugehen ist, dass der Großteil pflegewissenschaftlicher Forschung in englischer Sprache veröffentlicht wird. Anschließend kombinierte der Autor die Suchbegriffe mit den Boole'schen Operatoren „OR“ und „AND“ (Behrens et al. 2010). Tab. 1 veranschaulicht die Suchstrategie in PubMed vom 15.04.2015

Suchnummer	#	Suchworte	Treffer
1	#1	experience*	752715
2	#2	care planning	99236
3	#3	nursing planning	29315
4	#4	care process	108423
5	#5	nursing process	99083
6	#6	nursing home	72610
7	#7	nursing care home	50327
8	#2 OR #3	care planning OR nursing planning	106901
9	#4 OR #5	care process OR nursing process	185624
10	#6 OR #7	nursing home OR nursing care home	72721
11	#1 AND #8	experience* AND care planning OR nursing planning	36932
12	#11 OR #9	experience* AND care planning OR nursing planning OR care process OR nursing process	212741

13	#12 AND #10	experience* AND care planning OR nursing planning OR care process OR nursing process AND nursing home OR nursing care home	53348
----	----------------	--	-------

Tab. 1: Suchstrategie für die Literaturrecherche in Pubmed⁷

Um die Trefferzahl weiter zu reduzieren und um aktuelle Studien zu ermitteln, wurde zunächst ein Limit von fünf Jahren gesetzt. Da nach Sichtung der Ergebnisse kein Treffer als relevant einzustufen war, erweiterte der Autor die Suche auf die Veröffentlichungen der letzten zehn Jahre. Für die Thesis wurde die Literatur berücksichtigt, welche sich auf die Erfahrungen von examinierten Pflegenden mit der Anwendung der Pflegeplanung und des Pflegeprozesses in der Altenpflege bezieht. Ebenso konnten Studien eingeschlossen werden, welche die Qualität sowie die Vollständigkeit der Pflegeplanung untersuchen und Rückschlüsse auf die Erfahrungen seitens der Pflegenden mit der Anwendung der Pflegeplanung ziehen. Anhand der Sichtung von Titel und Abstract wurden Studien daraufhin ein- bzw. ausgeschlossen. Ebenso wurden ausschließlich die Studien berücksichtigt, welche der Forschenden frei zugänglich waren. Studien, die sich auf die Erfahrungen von Pflegenden ohne Examen beziehen, fanden keine Berücksichtigung, da der Fokus der Forschung auf der Erfahrung von examinierten Pflegenden liegt und ein Vergleich der Erfahrungen der Pflegenden unterschiedlicher Berufsausbildung den Rahmen der Thesis übersteigt. Des Weiteren wurden Studien, welche sich auf die Pflegeplanung in anderen pflegerischen Settings, wie das Krankenhaus, beziehen, ausgeschlossen, da ein Vergleich der Erfahrungen der Pflegenden, welche in verschiedenen Settings tätig sind, den zeitlichen Rahmen sowie den Umfang der Thesis übersteigt. Für diese Arbeit konnten nach Setzung der Filter zwei Treffer (PubMed) generiert werden, welche auf die Erfahrung von Pflegenden bezüglich der Pflegeplanung/des Pflegeprozesses in der stationären Altenpflege schließen lassen. Die Suchstrategie in der fachbezogenen Datenbank Cochrane ist deckungsgleich mit der Recherche in der Datenbank PubMed. Da keine relevanten Treffer generiert wurden, wird die Recherche nicht weiter ausgeführt. Abb. 1 veranschaulicht die Eingrenzung sowie die Sichtung der Ergebnisse der Recherche.

⁷ Quelle: Eigene Darstellung der Tabelle und des Inhaltes.

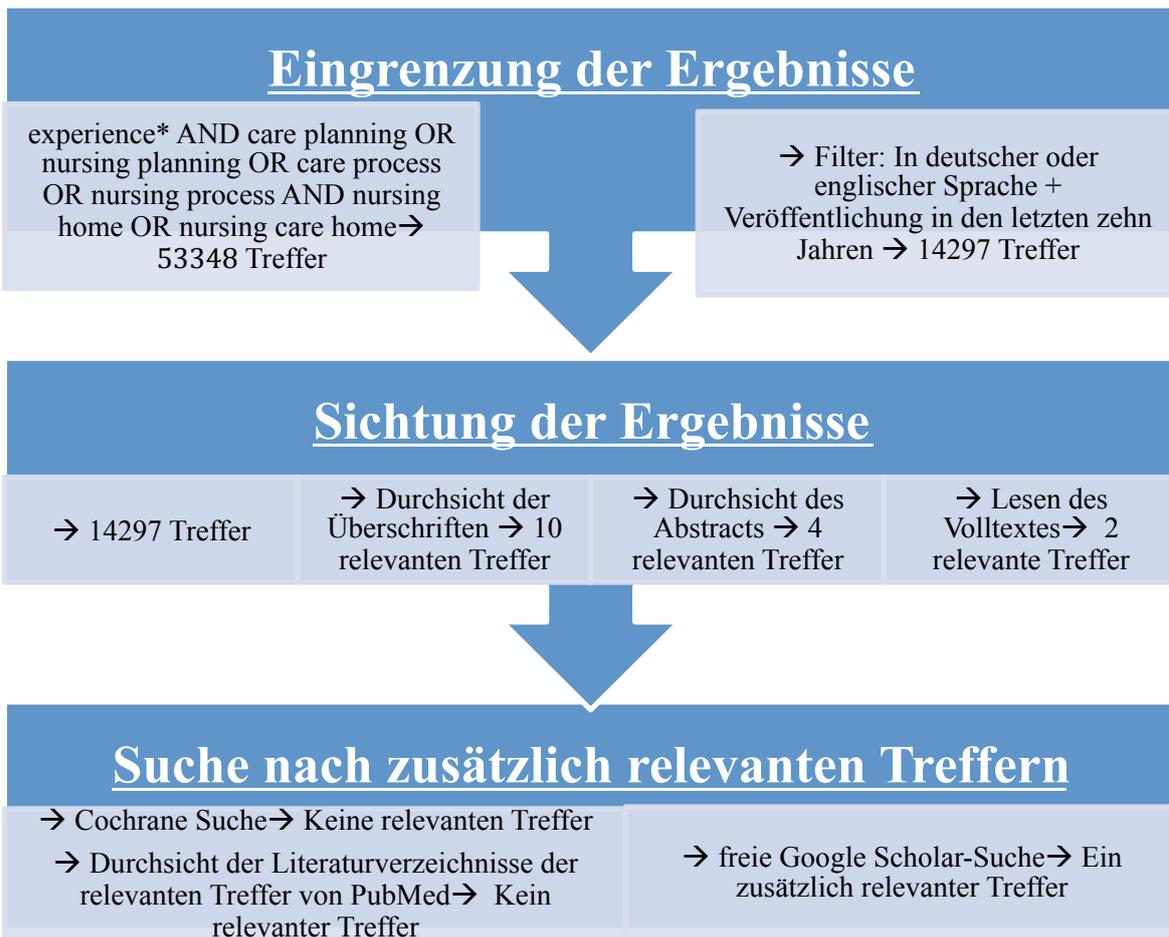


Abb. 1: Eingrenzung und Sichtung der Ergebnisse der Literaturrecherche⁸

Des Weiteren wurde eine Recherche zum Thema in den Fachbibliotheken Hamburgs⁹, sowie in den Datenbanken der Pflegezeitschriften „Pflege & Gesellschaft“, „Journal of Advanced Nursing“, „Pflege-Zeitschrift“ vom Kohlhammer-Verlag sowie in der Datenbank des „Huber-Verlages“ durchgeführt. Die Suchbegriffe deckten sich mit denen der Recherche in den Datenbanken PubMed und Cochrane. In den Pflegezeitschriften wurden die Inhalts- und Stichwortverzeichnisse der letzten zehn Jahre gesichtet. Dabei konnten insgesamt drei relevante Artikel aus der Datenbank des Huber-Verlages sowie vier Artikel aus der Datenbank der „Pflege-Zeitschrift“ entnommen werden. Ebenso erfolgte aufgrund der geringen Trefferzahl eine freie Google-Scholar-Suche, wodurch eine weitere relevante Studie gefunden werden konnte.

⁸ Quelle: Eigene Darstellung der Abbildung und des Inhaltes.

⁹ Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, UKE- ärztliche Zentralbibliothek

2.2 Qualitative Experteninterviews

Forschungsdesign

Da der Fokus der Fragestellung dieser Thesis auf den Erfahrungen von Pflegenden liegt, wurde eine Studie im qualitativen Forschungsdesign erstellt. Die Erfahrungen der examinierten Pflegenden (n=3) wurden mittels eines halbstandardisierten Experteninterviews ermittelt. Für halb-standardisierte Interviews wurde sich entschieden, da die Frageformulierungen festgelegt sind, jedoch nicht vorgegeben ist, in welcher Reihenfolge die Fragen im Verlauf des Interviews gestellt werden müssen. Dadurch bestand die Möglichkeit, die Fragen so zu stellen, dass sie in den sich entwickelnden Gesprächsverlauf passen (Reinmann 2014). Durch die Interviews war es dem Autor möglich, die individuellen Erfahrungen der Interviewpartner zu ermitteln. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung konnte die Perspektive und die Erfahrung der Pflegenden erfasst werden (Flick 2007). Sie dienen der „[...] *Teilhabe an exklusivem Expertenwissen* [...]“ (Bogner et al. 2005, S. 37), das sonst für den Forscher nur schwer zugänglich wäre.

Interviewpartner

Die Interviews wurden mit drei examinierten Altenpflegern, die aktuell in der stationären Altenpflege tätig sind, geführt. Die Zahl der Interviewpartner wurde im Voraus auf drei festgelegt. Dies geschah aufgrund der zeitlichen Begrenzung zur Durchführung der Studie im Rahmen der Thesis. Die Pflegenden konnten in dieser Forschungsarbeit als Experten bezeichnet werden, da sie über Erfahrungen zur Thematik verfügen. Anforderungen an die Interviewpartner waren daher eine abgeschlossene Ausbildung zum examinierten Altenpfleger oder zum examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger. Für ausschließlich examinierte Pflegende wurde sich entschieden, da dreijährig ausgebildete Pflegende verantwortlich für das Erstellen der Pflegeplanung sind und laut Henke (2012) fundiertes Fachwissen bei der Anwendung der Planung eine Voraussetzung ist. Ebenso mussten die Interviewpartner seit mindestens einem Jahr in der Altenpflege berufstätig sein. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass die Studienteilnehmer Erfahrungen bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung gesammelt haben.

Setting

Es wurden drei unterschiedliche Seniorenheime ausgewählt, um keine einrichtungsspezifische Problematik, bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung, zu erfassen. Die Größe des Seniorenheimes, einschließlich der Bewohnerzahl (circa 170) ähnelte sich. Dieses stellte ein Kriterium dar, nach welchem die Seniorenheime ausgewählt wurden, um einen Vergleich zu ermöglichen. Weitere Kriterien, nach denen die Seniorenheime ausgewählt wurden, bestanden nicht. Die Seniorenresidenzen wurden über die Internetsuchmaschine „www.google.de“ ausfindig gemacht. Es bestand kein vorheriger Kontakt zu den Einrichtungen. Die Suche nach den Seniorenresidenzen gestaltete sich als schwierig, da die Bereitschaft für ein Interview gering war. Dieses wurde mit der fehlenden Zeit für ein Interview begründet. Die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen erfolgte telefonisch mit den Pflegedienstleitungen, welche jeweils im Anschluss den examinierten Pfleger für das Interview auswählten. Eine eigenständige Auswahl der Studienteilnehmer wurde dem Autor der Thesis nicht ermöglicht.

Interviewleitfaden

Um die Vergleichbarkeit der Daten und die Strukturierung der Fragen zu gewährleisten, wurde ein Interviewleitfaden (Anhang 1) entwickelt. Dieser diente dem Interviewer als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen (Flick 2007). Die Erstellung des Leitfadens im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgte in mehreren Schritten. Die Fragestellungen (Kapitel 1.2) sowie die Literaturrecherche (Kapitel 2.1) bildeten die Basis für die Entwicklung des Leitfadens. Die Fragen wurden in neutrale und offene Fragen umgewandelt, um die gewünschten Auskünfte zu den zugrunde liegenden Fragestellungen zu erhalten. Beachtet wurde, dass durch die Fragen keine bestimmten Antworten suggeriert werden. Die Fragen wurden in verständlicher Sprache formuliert, damit bei der Durchführung der Interviews keine Verständnisschwierigkeiten entstehen. Zu Beginn wurden die Pflegenden gefragt, was für sie der Begriff „Pflegeplanung“ bedeutet, um das Verständnis der Interviewpartner bezüglich der Pflegeplanung zu ermitteln. Anschließend wurden Fragen zu der Beeinflussung der Pflegeplanung bei der täglichen Arbeit, den Schwierigkeiten beim Verfassen, zu den Vor- und Nachteilen für den Bewohner durch die momentane Anwendung gestellt. Dadurch sollten sowohl Voraussetzungen für die Anwendung der Pflegeplanung als auch Schwierigkeiten bezüglich des Verfassens der

Planung erfasst werden. Abschließend wurde die Frage nach eventuellen Verbesserungsmöglichkeiten gestellt.

Durchführung

Die Datenerhebung (Interview A, Interview B und Interview C) erfolgte im April 2015. Interview A und B fanden nach Absprache mit weiteren Kollegen während des Dienstes statt, Interview C erfolgte auf Wunsch des Interviewpartners nach Dienstende. Die Interviews sollten den zeitlichen Rahmen von 20 Minuten nicht überschreiten, da die Auswertung von den drei Interviews im Hinblick auf die zeitlichen Vorgaben möglich sein musste. Die Interviews dauerten dementsprechend circa 8 Minuten (Interview A), circa 13 Minuten (Interview B), circa 17 Minuten (Interview C).

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte auf Tonband, damit der Ablauf des Interviews und die Interpretation des Gesagten kontrolliert werden konnten. Um Ängste vor dem Aufnahmegerät zu reduzieren, wurde die Funktion des Gerätes dem Interviewpartner kurz erläutert. Ebenso blieb das Tonbandgerät hierbei diskret im Hintergrund, um den Interviewpartner nicht zu irritieren und einen natürlichen Gesprächsfluss zu gewährleisten.

Ethik/Datenschutz

In dieser Thesis wurde sich an den forschungsethischen Grundsätzen des Ethik-Kodex der Soziologen (DGS/BDS 2014) orientiert. Im Vorwege wurde ein Informationsschreiben (Anhang 2) an die Einrichtung versendet, um die Thematik sowie die Rahmenbedingungen zu veranschaulichen. Die Partner hatten fünf Tage Zeit über ihre Entscheidung an der Teilnahme nachzudenken. Demnach war die Teilnahme am Interview freiwillig. Die Interviews fanden in einem geschützten Umfeld statt. Dafür wurden mit den Interviewpartnern Termine und Räumlichkeiten abgesprochen. Die examinierten Pflegenden erhielten jeweils vor dem Interview eine Einverständniserklärung (Anhang 3), in welcher Angaben zum Datenschutz aufgeführt sind. Vor Beginn der Interviews wurde festgelegt, dass die Interviewpartner jederzeit das Interview abbrechen oder einzelne Antworten verweigern können. Erst nach schriftlicher Einwilligung (informiertes Einverständnis) wurden die Interviews geführt. Die Tonbandaufnahme wurde verschlossen aufbewahrt. Sie war nur der Verfasserin der Bachelorarbeit sowie der betreuenden

Dozentin zugänglich. Nach der Transkription der Interviews wurden die Aufnahmen gelöscht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes wurden alle Angaben von der interviewten Person aus dem Text pseudoanonymisiert (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz). Es erfolgte keine Anonymisierung, da es möglich ist, den Bezug zwischen den Daten und der Person wieder herzustellen (ebd.). Bei der Auswertung der Interviews wurde der Name sowie andere Identifikationsmerkmale durch einen Code (A, B, C) ersetzt.

Transkription der Interviews

Nach Aufzeichnung der Interviews wurden diese anschließend nach Dresing (2013) transkribiert. Unter der Transkription (lat. trans-scribere = umschreiben) wird hier „[...] *das Übertragen einer Audio- oder Videoaufnahme in eine schriftliche Form [...]*“ verstanden (Dresing et al. 2013, S. 17). Dresing et al. (2013) unterscheiden zwischen einem einfachen Transkript und einem Feintranskript. In der Thesis wurde sich auf das einfache Transkript beschränkt, in welcher keine Angaben zu para- und nonverbalen Ereignissen getätigt werden (ebd.). Für das einfache Transkript wurde sich entschieden, da der Fokus auf einer guten Lesbarkeit sowie auf dem Inhalt des Gesprächs liegt (ebd.). In der Arbeit wurden die Transkriptionsregeln von Dresing et al. (2013) berücksichtigt, welche sich an den Regelvorschlägen von Kuckartz et al. (2008) orientieren. Die Abschrift erfolgte mit der Transkriptionssoftware „f4“ und wird für die spätere Nachvollziehbarkeit und Auswertung mit einer Zeilennummerierung versehen. Die fertigen Transkripte (Anhang 4: Interview C) haben einen Umfang von 14 DIN A4-Seiten und 4426 Wörtern.

Qualitative Inhaltsanalyse

Abschließend wurden die Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Auswertung nach Mayring (2015) bildete die Grundlage für die deskriptive Darstellung der Expertenaussagen im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit. *„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“* (Mayring 2015, S. 67). Das Ziel dieser qualitativen Inhaltsanalyse war es, die Materialmenge der transkribierten Interviews auf ein überschaubares Maß zu kürzen und die wesentlichen Inhalte zu erhalten. Als Vorbereitung für die Zusammenfassung wurden in der Arbeit die Kodiereinheiten und Kontexteinheiten

definiert. Unter der Kodiereinheit wird hier der kleinste Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen darf verstanden. Die Kontexteinheit legt dabei den größten Textbestandteil fest (Mayring 2015). Als Kodiereinheit wurde in der Bachelorarbeit ein Satz eines Pflegenden und als Kontexteinheit jede vollständige Aussage zu einer Frage festgelegt. Die einzelnen Kodiereinheiten wurden anschließend in eine kurze, beschreibende Form umgewandelt (Paraphrasierung) (Mayring 2015). Nicht inhaltstragende Textzeilen wurden dabei nicht erfasst. Als zweiter Schritt folgte die Generalisierung. Die Paraphrasen wurden auf ein Abstraktionsniveau verallgemeinert. Dadurch entstanden inhaltsgleiche Paraphrasen, an denen in einem dritten Schritt eine „[...] erste Reduktion [...]“ vorgenommen wurde (Mayring 2015, S. 71). Bedeutungsgleiche, oder nicht inhaltstragende Paraphrasen wurden gestrichen. Es wurden ausschließlich Paraphrasen übernommen, die als relevant erschienen. Die entstandenen komprimierten Aussagen wurden hier als Kategoriensystem verstanden. „*Alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Materialdurchganges müssen im Categoriesystem aufgehen.*“ (Mayring 2015, S. 71). Das beschriebene Vorgehen wurde mit jedem Transkript wiederholt. In der Arbeit wurde sich an die Kriterien für die Bildung der Kategorien nach Kuckartz et al. (2008) orientiert. Die Kategorien sollten nicht zu feingliedrig und nicht zu umfangreich sein, damit in den einzelnen Kategorien ausreichend viele Textstellen zu finden sind und somit die Auswertung nicht zu umfangreich wird. Ebenso mussten die Kategorien deutlich voneinander zu trennen sein, sie sollten im späteren Bericht als Überschriften angewendet werden können, sowie sollten sie in Beziehung zu den Fragestellungen definiert sein (Kuckartz et. al. 2008).

Gütekriterien

Da die klassischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) in der Literatur vermehrt diskutiert werden (Haas-Unmütig et al. 2010), wurde sich in dieser Thesis nach Kuckartz (2014) orientiert, da Kuckartz (2014) die Gütekriterien reflektiert und diese vom Autor weder abgelehnt noch vollständig übernommen werden (ebd.). Das Übertragen der klassischen Gütekriterien wurde als problematisch empfunden, da das, „[...] was die qualitative Forschung ausmacht, häufig jenseits dessen liegt, was mit eindeutigen Kriterien erfassbar ist.“ (Brandenburg et al. 2007, S. 117). Der Forschungsprozess wurde in der Thesis detailliert und lückenlos beschrieben, um die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens zu beleuchten (Kapitel 2.2). Das Datenmaterial wurde nachvollziehbar aufbereitet und ausgewertet. So wurden in der Thesis im Ergebnisteil der Interviews

(Kapitel 3.2) Zitate verwendet und Schlussfolgerungen, welche aus den Ergebnissen gezogen wurden, begründet. Der Fokus der Forschung lag in der Thesis, wie bei der qualitativen Datenerhebung angemessen, auf dem Auswertungsprozess der Interviews (Brandenburg et al. 2007).

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse aus der Literaturrecherche

Im folgenden Kapitel wird die Definition und Interpretation des Pflegeprozesses sowie der Pflegeplanung anhand verschiedener Meinungen aus der Literatur beleuchtet.

Weiterhin wird die Literatur bezogen auf die Anwendung der Pflegeplanung, die Schwierigkeiten, sowie die Verbesserungsmöglichkeiten bei dem Verfassen der Planung aufgeführt und die Aussagekraft der Studien, im Hinblick auf die Diskussion (Kapitel 4), kritisch hinterfragt.

Pflegeprozess und Pflegeplanung

Nach Leonie-Scheiber (2004) geht *„Das Wort Prozess [...] auf das lateinische „procedus“ zurück, das Fortschreiten, Fortgang, Verlauf bedeutet.“* (Leoni-Scheiber 2004, S. 9). Sie beschreibt den Pflegeprozess als *„[...] eine Hilfestellung zur Strukturierung von Handlungsabläufen in der Pflege, mit ihr werden Pflegeziele und –maßnahmen auf Basis von Pflegediagnosen entwickelt.“* (Leoni-Scheiber 2004, S. 9). Bei der Definition der Pflegeplanung beruft sich Leonie-Scheiber (2004) auf Yura und Walsh, *„ [...] die 1976 erstmals die Methode und Vorgehensweise des Pflegeprozesses in den USA entwickelten.“* (ebd. 2004, S. 105) und die *„[...] Planung der Pflege in mehrere Teilschritte [...]“* (ebd. 2004, S. 105) gliedern. Yura und Walsh beschrieben 1967 in den USA den Pflegeprozess als eine Folge systematischer zirkulierender Vorgehensschritte, welcher die Einschätzung der Patientensituation, die gezielte Planung, die Durchführung der Pflege und die Evaluation der Pflege beinhaltet (Lay et al. 2001). Die Erläuterung von Leonie-Scheiber (2004) der Begriffe „Pflegeprozess“ sowie der „Pflegeplanung“ zeigen auf, dass eine deutliche Abgrenzung vom Pflegeprozess zur Pflegeplanung nicht erfolgt. Leonie-Scheiber (2004) ergänzt: *„Der schriftlich festgehaltene Pflegeplan stellt einen gemeinsamen Handlungsplan dar, auf den sich der Patient bzw. die Patientin und die Pflegekraft verständigt haben. Dabei fließen die Erwartungen beider Personen mit ein und*

bestimmen neben der jeweiligen Situation das Pflegeziel und letztlich auch die Pflegehandlung.“ (Leoni-Scheiber 2004, S. 107). Die World Health Organisation (WHO) hat den oben genannten Pflegeprozess nach Yura und Walsh (1979) aufgegriffen und sieht ihn als integralen Bestandteil pflegerischer Arbeit (Katholischer Krankenhausverband Deutschland 2001). In Deutschland hat sich der sechsstufige Regelkreis von 1981 nach Fiechter und Maier (siehe Abb. 2) etabliert und stellt die Grundlage der meisten deutschen Pflegedokumentationssysteme dar (Bollmann 2010).

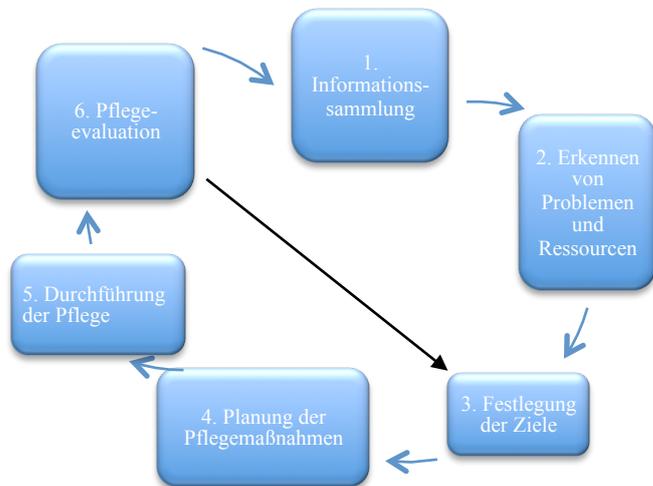


Abb. 2: Der Pflegeprozess nach Fiechter und Maier (1981)¹⁰

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der einzelnen Pflegeprozessmodelle und ihre Phasen und zeigt Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede im Bereich der Anzahl der Stufen sowie der verwendeten Begriffe.

Majory Gordon, Pflegeprozess (1967)	WHO, Pflegeprozess (1979)	Fiechter/Maier, Pflegeprozess (1981)
	Assessment	Informationssammlung
		Erkennen von Problemen und Ressourcen
		Festlegung der Ziele
Planning	Planning	Planung der Maßnahmen
Implementation	Intervention	Durchführung der Maßnahmen
Evaluation	Evaluation	Beurteilung der Wirkung

Tab. 2: Phasen der verschiedenen Pflegeprozessmodelle¹¹

¹⁰ Quelle: Eigene Darstellung der Abbildung, Inhalt übernommen von Fichter und Maier (1998)

¹¹ Quelle: Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (2001)

Nach Fiechter und Maier ist das Ziel, das dem Prozess zugrunde liegt, „[...] die Erstellung eines individuellen Pflegeplans über ein induktives Verfahren.“ (Katholischer Krankenhausverband Deutschland 2001, S. 23). „Die Pflegekraft sammelt die Informationen über verschiedene Quellen und benennt dann die individuellen Probleme, die zielgerichtet angegangen werden.“ (Katholischer Krankenhausverband Deutschland 2001, S. 23). Henke (2006) beschreibt den Pflegeprozess als einen „[...] dynamischen Verlauf zwischen Gesundheit und Krankheit.“ (Henke 2006, S. 14). Der Pflegeprozess bildet nach Henke (2006) „[...] die Grundlage für eine individuelle ganzheitliche (personenorientierte) Pflege. Er bezieht sich jedoch ebenso auf die gesunden Kräfte des Menschen (Ressourcen).“ (Henke 2006, S. 14). Die Pflegeplanung ist laut Henke (2006) „[...] ein dynamisches Geschehen, das über verschiedene Zwischenziele zum Endziel führt. Dieses Geschehen spielt sich immer zwischen Gesundheit und Krankheit ab. Der Begriff „Pflegeplanung“ steht für eine patientenorientierte Pflege. Dabei steht nicht die Krankheit, sondern der Mensch im Vordergrund.“ (Henke 2006, S. 11). Auch hier erfolgt keine deutliche Abgrenzung des Pflegeprozesses zur Pflegeplanung.

Einheitlich in der aufgeführten Literatur ist, dass die Pflegeplanung als ein Teil des Pflegeprozesses angesehen wird. In welchem Abschnitt des Pflegeprozesses die Pflegeplanung eingeordnet wird, ist jedoch nicht einheitlich. Collier et al. (1998) ordnen die Pflegeplanung in die dritte Phase des Pflegeprozesses nach Fiechter und Maier (1981), dem Erstellen von Pflegezielen, ein. Allerdings berufen sie sich ebenso auf die „[...] erwarteten Pflegeergebnisse [...]“ (Collier et al. 1998, S. 9), als auch auf die Maßnahmenplanung, welches den vierten Schritt des Pflegeprozessmodelles nach Fiechter und Maier (1981) mit einbezieht (Collier et al. 1998). Collier (1998) bezeichnen die Pflegeplanung als einen „[...] kontinuierlichen Prozess, der fortgesetzt wird, wenn Pflegeprobleme gelöst werden oder sich verändern und wenn zusätzliche Pflegediagnosen gestellt werden.“ (Collier et al. 1998, S. 11). Stefan et al. (2006) bestätigen Collier et al. (1998) und äußern, dass die Pflegeplanung „[...] das dritte Element des Pflegeprozesses [...]“ (Stefan et al. 2006, S. 177) darstellt. Jedoch schließen die Autoren bezüglich der Pflegeplanung sowohl das Erkennen von Problemen und Ressourcen, als auch das Erstellen der Pflegeziele und die Maßnahmenplanung mit ein. Wilkinson (2012) ordnet die Pflegeplanung in die Phasen drei sowie vier des Pflegeprozesses ein. Allerdings macht Wilkinson (2012) deutlich, dass die Phasen des Pflegeprozesses sich gegenseitig beeinflussen und die Phasen ineinander fließen. Ebenso schließt Wilkinson (2012) die

Pflegeplanung als Teil des Pflegeprozesses ein und äußert, dass keine direkte Zuordnung in Phasen möglich ist, sondern sich die Phasen gegenseitig beeinflussen, so ist beispielsweise die Effizienz der Pflegeplanung maßgeblich von der Informationssammelungsphase abhängig (Wilkinson 2012). Die Pflegeplanung verfolgt nach Alfaro-LeFevre (2013) das Ziel, dass durch den Pflegeplan die Kommunikation und Kontinuität der Pflege gefördert wird und dass die Pflege und Dokumentation eine Ausrichtung bekommt. Des Weiteren führt laut Alfaro-LeFevre (2013) die Pflegeplanung zu einer Dokumentation, die später zur Evaluation und Forschung sowie für rechtliche Belange dienen kann. Ebenso dient die Dokumentation der Gesundheitsversorgung zu Versicherungszwecken (Alfaro-LeFevre 2013). Messer (2008) schlussfolgert *„Am Ende der Pflegeplanung steht eine Beschreibung jener Pflegeinterventionen, die die größtmögliche Pflege und Lebensqualität unter Beachtung hoher Fachlichkeit und weitgehender Selbstbestimmung des Klienten anschaulich und durchführbar darstellt.“* (Messer 2008, S. 17).

Die Ergebnisse zeigen im Bereich Pflegeprozess und Pflegeplanung auf, dass keine einheitliche Definition und Interpretation des Pflegeprozesses sowie der Pflegeplanung besteht, wobei Wilkinson (2012) eine für den Autor der Thesis treffende Zusammenfassung darlegt. Lay und Brandenburg (2002) bestätigen die Meinung des Autors der Arbeit, dass die Pflegeplanung nicht als einmalig durchgeführter Problemlösungsprozess angesehen werden darf, sondern ein sich immer weiter entwickelnder Prozess ist, welcher gemeinsam mit dem Klienten und den Angehörigen gestaltet werden sollte. Im folgenden Kapitel soll auf die der Fragestellung entsprechende Anwendung der Pflegeplanung eingegangen werden.

Die Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege

Völkel et al. (2011) beschreiben die Voraussetzungen für die Anwendung der individuellen Pflegeplanung in der Altenpflege. Als relevant betrachten sie die Qualifikation der Pflegenden, welche beispielsweise die gezielte Beobachtung des Pflegebedürftigen, das Erkennen von Pflegeproblemen, Pflegezielen und Pflegemaßnahmen, die plangetreue Durchführung der Pflegemaßnahmen, um die Wirkung zu beurteilen und die Aktualisierung der Planung mit einschließt. Ebenso sprechen sie die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team sowie mit Angehörigen an, um eine ständige Rücksprache in Bezug auf die Pflegeplanung zu garantieren (Völkel et al. 2011). Werner (2014) spricht

sich in seinem Artikel „Pflege zu planen, ist Teamarbeit“ ebenso für die kollegiale Zusammenarbeit in Bezug auf die Anwendung der Pflegeplanung aus. Er plädiert für Fallbesprechungen im Team als Instrument zur Erstellung einer Pflegeplanung. Nach Werner (2014) bietet eine Fallbesprechung eine professionelle Perspektive, indem die Erfahrungen aller beteiligten Personen gesammelt und für die individuelle Pflegeplanung genutzt werden kann. Der Austausch im Team trägt nach Werner (2014) dazu bei, dass Probleme und Ressourcen der Bewohner nicht übersehen, fehlinterpretiert, oder bagatellisiert werden (Werner 2014). Auch Henke et al. (2012) weisen auf die Relevanz der Teamarbeit bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung hin. *„Die Bezugspflegekraft kann sich beispielsweise bei besonders schwierigen oder langwierigen Pflegeproblemen, von denen sie sich überfordert fühlt, Rat und Unterstützung von den Kollegen einholen.“* (Henke et al. 2012, S. 20). Ebenfalls äußert sich Messer (2008) zu den Voraussetzungen für die Anwendung der Pflegeplanung und zu der angesprochenen Teamarbeit bei der Anwendung der Pflegeplanung. Messer (2008) befürwortet die Absprache im Team nach dem Erstellen der Planung, *„[...] sodass Unklarheiten gemeinsam erkannt und nachgebessert werden können.“* (Messer 2008, S. 69). Weiter spricht Messer (2008) von einer erforderlichen Bezugspflege, um über einen kontinuierlichen Zeitraum den Bewohner zu betreuen. Ebenso weißt sie auf ein erforderliches Verantwortungsbewusstsein seitens der Pflegenden bezüglich der Pflegeplanung hin. Auf die Erfahrungen von Pflegenden hinsichtlich der Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege nimmt Schweiger (2011) in seiner Ethnographie Bezug. Schweiger (2011) führte mit fünfzehn Pflegenden des Sophien-Seniorenheimes in München leitfadensorientierte, halbstandardisierte Interviews. Inhaltlich thematisiert Schweiger (2011) die Erfahrungen mit dem Arbeitsalltag in einem Seniorenheim, die pflegerischen Tätigkeiten, sowie die Pflegevorstellungen seitens der Pflegenden. Aus den Interviews wird deutlich, dass die Pflegenden den Aufwand der Dokumentation, eingeschlossen der Pflegeplanung, als steigend betrachten und die Arbeit mit den Bewohnern nach Ansicht der Pflegenden zeitlich eingeschränkt ist. Im Interview spricht ein Großteil der Pflegenden des Sophien-Seniorenheims den erhöhten bürokratischen Aufwand an. Mehr als die Hälfte der Pflegenden berichten in den Interviews von einem nicht ausreichenden Personalschlüssel sowie von einem zunehmenden Arbeitsaufwand, worunter auch die Pflegedokumentation benannt wird. Belegend dafür äußert ein Interviewpartner von Schweiger (2011) *„[...] und dazu kommt jetzt diese Bürokratie. Das ist nur Schreiberei. Statt sich für den Bewohner Zeit zu nehmen, wird nur vor dem Computer gesessen und eingetragen. Was hilft mir das,*

wenn ich eine Zeile für den Bewohner eintrage und dann habe ich keine zwei Minuten für den Bewohner [...]“ (Schweiger 2011, S. 89). Weiter spricht eine Pflegende der Einrichtung die fehlende Zeit in Bezug auf die Beachtung der Individualität der Pflegeplanung an. *„Schreiben und solche Dinge (...) das kann nie so richtig die Wahrheit sein. Wenn du die wirkliche Wahrheit so richtig schreiben willst, so richtig optimal, dann musst du wirklich total viel Zeit für eine Person haben (...), um dich auf die Individualität zu konzentrieren.“* (Schweiger 2011, S. 89). Die Interviews aus dem Sophien-Seniorenheim geben Hinweise auf mögliche Schwierigkeiten bei der Anwendung der Planung seitens der Pflegenden. Allerdings ist die Aussagekraft der Ergebnisse zu hinterfragen, da zu vermuten ist, dass die Aussagen der Interviewpartner einrichtungsspezifische Problematiken des Seniorenheimes widerspiegeln. Ebenso beschreibt Schweiger (2011) weder die Qualifikation der Pflegenden, noch weitere Auswahlkriterien der Interviewpartner. Des Weiteren führt Schweiger auf, dass er acht Tage in einem Zeitraum von Juli bis September 2011 im Seniorenheim hospitiert hat, sodass eine Beeinflussung der Interviewaussagen und der Ergebnisse durch den vorherigen persönlichen Kontakt nicht auszuschließen ist. Weitere Schwierigkeiten in der Anwendung der Pflegeplanung bestehen nach Völkel et al. (2011) darin, dass Pflegekräfte Angst vor einer Überforderung durch das Schreiben der Pflegeplanung haben, da ihnen keine Zeit zur Verfügung gestellt wird. Fortführend bemerken Völkel et al. (2011), dass bei examinierten Pflegenden Wissenslücken und Unsicherheiten bezüglich der Formulierung bestehen könnten und diese beim Schreiben der Planung deutlich werden. Des Weiteren sprechen die Autoren die erschwerten Rahmenbedingungen, wie einen geringen Personalschlüssel, sowie die mangelnde Motivation der Pflegenden an (ebd.). Relevant ist es laut Völkel et al. (2011), dass die Pflegenden praktische Erfahrungen mit der Pflegeplanung sammeln und Schulungen angeboten werden, um mögliche Ängste, beziehungsweise Vorbehalte gegenüber der Pflegeplanung zu beseitigen (ebd.). Weiterhin äußert Krsnic (2014), dass die Pflegenden nach seiner Ansicht die Pflegeplanung missverstehen und die Sinnhaftigkeit dieser nicht erkennen. Des Weiteren führt er auf, dass das Verfassen der Pflegeplanung zeitlich sehr aufwendig ist. Dieses liegt nach Krsnic (2014) daran, dass Pflegende dazu neigen, die Pflegeinterventionen zu detailliert beschreiben, um die Individualität des Bewohners zu berücksichtigen. Krsnic (2014) verdeutlicht, dass *„[...] die Individualität eines Pflegeplans [...] nicht durch detailtreue, ausführliche Beschreibung der Pflegeintervention bestimmt [...]“* (Krsnic 2014, S. 241) wird, sondern sich einen *„[...] Ausdruck der im Vorfeld durchgeführten Assessments und deren korrekter Ergebnisse*

[...]“ (Krsnic 2014, S. 241) darstellt. Desgleichen weisen Adams-Wendling et al. (2008) auf Basis ihrer Studie auf die Formulierungen und die Terminologie der Pflegeplanung hin. Geprüft wurden in der Studie 96 Pflegedokumente aus zehn verschiedenen Pflegeheimen in den USA hinsichtlich der Vollständigkeit und der Qualität. Adams-Wendling et al. (2008) verweisen auf eine einheitliche Terminologie in der Planung, um sprachliche Verständnisschwierigkeiten seitens der Pflegenden zu minimieren. Das Ergebnis basiert allerdings auf einer quantitativen Auswertung der Dokumente, sodass hier nicht die Erfahrungen von Pflegenden wiedergespiegelt werden und die Schlussfolgerungen in Bezug auf die Aussagekraft kritisch zu betrachten sind. Hingegen begründet Heinrichs (2012) den genannten hohen Zeitaufwand der Pflegenden mit einer Doppeldokumentation in der Planung. Als Beispiel für die Doppeldokumentation führt Heinrichs (2012) die Maßnahmenplanung an. So sei der „Transfer in den Toilettenstuhl“ als Maßnahme sowohl bei dem Pflegeproblem „Harninkontinenz“, „Gefahr eines Dekubitus“ sowie bei der „Kontrakturen-“, als auch der „Sturzprophylaxe“ aufzuführen. Sie spricht sich für eine vierschriftige Pflegedokumentation aus, welche deutlich verkürzt ist (Heinrichs 2012). Müller-Staub (2007) spricht in der systematischen Literaturübersicht „Pflegediagnosen, -interventionen und – ergebnisse - Anwendung und Auswirkung auf die Pflegepraxis“ das Thema der Schulungen an. Diese bezieht sich auf „[...] die Wirkung der Pflegediagnostik [...]“, auf „[...] die Qualität dokumentierter Assessments [...]“ sowie auf „[...] die Häufigkeit und Genauigkeit dokumentierter Diagnosen [...]“ und „[...] die Beziehung zu Pflegeinterventionen und Ergebnissen [...]“ (Müller-Staub et al. 2007, S. 369). Ein Ergebnis aus der systematischen Literaturübersicht ist, dass Müller-Staub et al. (2007) aus der Literatur schlussfolgern, dass Defizite hinsichtlich des diagnostischen Prozesses einschließlich des Dokumentierens von Zeichen sowie Symptomen und der Einflussfaktoren seitens der Pflegenden bestehen. Müller-Staub et al. (2007) sprechen sich für Schulungen von Pflegenden aus, um die Anwendung der Pflegeplanung zu erleichtern. Dellenfield (2006) führt im Critical Review bezüglich der Pflegeplanung in Pflegeheimen die Studie von Taunton et al. (2004) auf, in welcher unter anderem die Anwendung und Umsetzung¹² Pflegeplanung in drei verschiedenen Pflegeheimen untersucht wurde. Die Daten wurden mittels semi-strukturierter Interviews, als auch aus einer Analyse der Pflegedokumente erfasst. Taunton et al. (2004) führen auf, dass Pflegenden die Pflegeplanung nicht als Hilfsmittel nutzen, und diese nach Anfertigung des Planes

¹² Mit „umsetzen“ ist die Durchführung der Pflegemaßnahmen sowie die Evaluation der Pflegeplanung gemeint.

ungeachtet lassen. Dellenfield (2006) schlussfolgert, dass ein neues System und ein neues Konzept seitens der Pflegeeinrichtungen erforderlich ist, welche es den Pflegenden ermöglicht die Pflegeplanung in die tägliche Arbeit zu integrieren. Das Critical Review ist methodisch zu hinterfragen, da die Suchstrategie sowie die Datenbanken nicht transparent dargelegt werden. Bartholomeyczik (2004) greift das Pflegeprozessverständnis der Pflegenden, die Formulierungsschwierigkeiten, den Personalschlüssel, sowie die Schulungen auf. Im Rahmen einer Untersuchung der Qualität von Pflegedokumentationen wurden 279 Pflegedokumentationen, darunter auch die Pflegeplanung, aus 26 Seniorenresidenzen in Frankfurt unter anderem nach der Vollständigkeit, der Widerspiegelung des Pflegeprozesses sowie dem Zusammenhang zwischen dem bestehenden Personalschlüssel und der Dokumentation quantitativ ausgewertet. Bartholomeyczik verdeutlicht, dass „[...] keineswegs [...] unreflektiert von der Qualität der Dokumentation auf die der direkten Pflege geschlossen werden [...]“ (Bartholomeyczik 2004, S. 188) kann. Im Rahmen der Dokumentenanalyse legt sie dar, dass eine gut geführte Dokumentation das Verständnis und die Kompetenz seitens der Pflegenden bezüglich des Pflegeprozesses widerspiegelt. Ein weiteres Ergebnis der Studie ist, dass „[...] der am besten genutzte Teil der Dokumentation [...] das Assessment, bzw. das Erstgespräch [...]“ (Bartholomeyczik 2004, S. 194) ist. Demgegenüber spricht Bartholomeyczik (2004) eine fehlende Erfassung der Biographie sowie die Gewohnheiten der Bewohner an. Ein weiteres Problem seitens der Pflegenden in der Altenpflege ist nach Bartholomeyczik (2004), dass Schwierigkeiten bei der Formulierung der Pflegeplanung bestehen. Bezüglich des Personalschlüssels der Einrichtungen besteht ein Zusammenhang zwischen einer guten, beziehungsweise schlechten Personalbesetzung und der Qualität der Dokumente. „Eine gute Personalausstattung schlägt sich in vielen Bereichen auch in qualitativ besseren Dokumenten wieder.“ (Bartholomeyczik 2004, S. 194). Jedoch vermerkt sie ebenso die Relevanz der Kompetenz einzelner Pflegenden. Bartholomeyczik (2004) regt an, dass die Dokumentation, einschließlich der Pflegeplanung, nicht nur Bestandteil von Schulungen sein sollte, sondern „[...] dass das Dokumentieren als integraler Bestandteil der primären pflegerischen Aufgaben begriffen werden muss [...]“ (Bartholomeyczik 2004, S. 195). Kritisch zu betrachten ist, dass bei den 26 teilnehmenden Seniorenresidenzen das Angebot der Wohnplätze von 31 bis 229 variiert, sodass zu hinterfragen ist, ob sich aufgrund der unterschiedlichen Größe der Seniorenheime sowie der geringen Stichprobengröße übertragbare Aussagen treffen lassen. Ebenso wurde die Datenerhebung von geschulten Studenten des dualen Studiengangs „Pflege“, der

Fachhochschule Frankfurt am Main, durchgeführt. Dabei ist zu hinterfragen, ob die Qualifikation für eine quantitative Auswertung und Analyse der Dokumente ausreichend ist. Des Weiteren wurden die Kategorien, wie beispielsweise „Der Bezug zum Assessment ist erkennbar“, den Operatoren „ja“, „teilweise“, „nicht eindeutig“, „nein“ zugeordnet, wobei in der Datenanalyse nicht definiert wurde, welche Faktoren dazu beitragen, dass die Kategorie einem entsprechenden Operator zugeordnet wird.

Zusammenfassend weist die aufgeführte Literatur in Bezug auf die Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege Aspekte auf, die für die Anwendung der Pflegeplanung von Relevanz sind. So wird mehrfach von einer erforderlichen Qualifikation des Pflegepersonals, als auch von einem erforderlichen Verständnis bezüglich des Pflegeprozesses gesprochen (Bartholomeyczik 2004; Messer 2008; Völkel et al. 2011). Ebenso wird die Arbeit im interdisziplinären Team sowie mit Angehörigen als einen wichtigen Faktor bei der Anwendung betrachtet (Messer 2008; Völkel et al. 2011; Henke et al. 2012; Werner 2014). Des Weiteren weißt die Literatur aus der Literaturrecherche der Thesis auf mögliche Schwierigkeiten bezüglich der Anwendung der Planung hin. Mehrfach wird von erschwerten Rahmenbedingungen, wie beispielsweise ein geringer Personalschlüssel (Bartholomeyczik 2004; Schweiger 2011; Völkel et al. 2011), oder einem bestehenden Zeitmangel (Schweiger 2011; Völkel et al. 2011; Heinrichs 2012) in der stationären Altenpflege berichtet. Weiter werden die Formulierungsschwierigkeiten seitens der Pflegenden aufgeführt (Abt-Zegelin 2003; Bartholomeyczik 2004; Adams-Wendling 2008; Völkel et al. 2011). Um einen Teil der Schwierigkeiten entgegenzuwirken werden von Völkel et al. (2011) und Müller-Staub et al. (2007) Schulungen der Pflegenden bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung genannt. Nach den Literatur- und Studienergebnissen wird im folgenden Kapitel das Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse vorgestellt.

3.2 Ergebnisse aus den qualitativen Experteninterviews

Nach der Orientierung an der Forschungsfrage und des Forschungszieles der Arbeit, der Reduktion des Materials und unter Berücksichtigung der Kriterien nach Mayring (2015) und Kuckarzt (2008) sind die folgenden Kategorien entstanden, die zur Ergebnisdarstellung beitragen: „*Möglichkeit der Orientierung bieten*“; „*Individualität erkennen*“; „*Die Biographie berücksichtigen*“; „*Unterstützung im Team finden*“;

„Vorgegebene einrichtungsspezifische Strukturen nutzen“; „Schwierigkeiten erkennen“; „Keine Zeit haben“; „Der Wunsch nach einer vollständigen Pflegeplanung“.

Die Hauptkategorien werden im Folgenden mit beispielhaften Zitaten dargestellt.

Möglichkeit der Orientierung bieten

Sowohl Interviewpartner A, als auch Interviewpartner C gehen auf die Funktion der Pflegeplanung als einen Handlungsleitfaden für neue Mitarbeiter, für Pflegende aus der Zeitarbeit, als auch für einrichtungsinterne Pflegende, welche auf verschiedenen Stationen arbeiten, ein. Ein Interviewpartner betrachtet die Pflegeplanung sowohl für Mitarbeiter, welche nicht in der Einrichtung angestellt sind, als auch für einrichtungsinterne Mitarbeiter als eine Orientierung. „Das jeder weiß [...] wenn zum Beispiel Fremd-Kollegen auf unsere Station kommen und bei uns auf der Station arbeiten, die können sich die Pflegeplanung nehmen (...), dass ganz genau jeder weiß, wie, was, wann, womit die Pflege vom Bewohner (...) wir haben das Problem, wir haben das Ziel, wir haben die Ressourcen, was sie gerne möchten und in den Maßnahmen steht dann da drin, dass eine demente Bewohnerin [...] ruhig und in klaren, kurzen Sätzen sie anleiten kann, gegebenenfalls, wenn man die Maßnahmen auch selber durchführen muss, dass man das auf einen Blick sieht. Ich finde schon, dass das eine Hilfe ist, so eine Pflegeplanung.“ (Interview C, S. 1, Z. 11-19). Weiterhin führt der Experte auf, dass „[...] wenn jetzt neue Kollegen kommen von der Zeitarbeit [...], dass sie mit dieser Pflegeplanung genau wissen, was zu tun ist, was zu machen ist, das sie den Bewohner umgehen können.“ (Interview C, S. 2, Z. 36-39). Interviewpartner A fügt hinzu „[...] ich gebe Ihnen mal ein Beispiel [...] wenn ich jetzt runter auf Wohnbereich Zwei einspringen muss und oder ich muss eine Pflegeplanung neu schreiben oder überarbeiten von der Zwei, dann lese ich mir die Berichte durch und die Pflegeplanung, dann weiß ich, was ich da zu tun habe.“ (Interview A, S. 2, Z. 54-58). Nach Interviewpartner A ist in einer Pflegeplanung „[...] alles drin beschrieben [...]“ (Interview A, S. 1, Z. 10-11), sodass die Planung als „[...] Handlungsleitfaden [...]“ (Interview A, S. 1, Z. 11) für Mitarbeiter der Altenpflegeeinrichtung fungiert und Orientierung bietet.

Individualität erkennen

Der examinierte Pflegende (Interview C) empfindet die Pflegeplanung als hilfreich, da in dieser die individuellen Probleme, als auch die individuellen Maßnahmen des Bewohners

geplant und dokumentiert werden. Aus der Planung heraus sollte nach dem Experten hervorgehen, „[...] wie seine kognitive Stimmung ist oder überhaupt oder wie das Krankheitsbild ist, wie ich damit umgehen kann, oder ob der Bewohner bei der sozialen Betreuung mitmacht oder an Veranstaltungen teilnimmt, sowas steht ja alles mit drin oder ob er an Musiktherapien teilnimmt, oder wir haben Bewohner, meist die Schwerstpflege, die werden nicht jeden Tag aus dem Bett geholt, sondern nur alle zwei oder drei Tage.“ (Interviewpartner C, S. 3, Z. 59-63). Ein Interviewpartner führt auf, dass die Pflegeplanung ein Abbild des Klienten darstellen sollte. „[...] also hier geht es ja um Bewohner. Also wenn ich jetzt in eine Pflegeplanung reinschaue [...] da spiegelt sich der individuelle Bewohner wieder.“ (Interview A, S. 1, Z. 6-8). Die Planung müsse nach dem Studienteilnehmer „[...] direkt auf den Bewohner bezogen [...]“ (Interview A, S. 1, Z. 13) sein.

Die Biographie berücksichtigen

Neben der angesprochenen Funktion der Planung als Orientierungshilfe und der Individualität sprechen zwei Interviewpartner die Relevanz der Biographiearbeit als Voraussetzung für die Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege an. „Pflegeplanung (...) man plant die Tagesstruktur oder den Tagesablauf für einen Bewohner oder Patienten [...] optimalerweise wäre es, wenn die Biographie damit einbezogen ist“ (Interview B, S. 1, Z. 6-8). Interviewpartner B fügt hinzu „[...] weil wir hier auch viel Biographiearbeit mit den AEDLs machen, also da wird viel total viel Biographie abgefragt, da wird gefragt, wann stehen Sie auf, was sind denn Ihre Gewohnheiten? Ist ein bisschen anders abgestimmt, also nicht die normale, kurze Anamnese aus dem Krankenhaus, die man so kennt, hier ist alles ausführlicher (...) das braucht man für die Pflegeplanung.“ (Interview B, S. 3, Z. 76-81) und zieht damit einen Vergleich zwischen der Biographiearbeit in der Altenpflege und der Biographiearbeit im Krankenhaus. Weiterhin führt Interviewpartner B die Erfassung der Gewohnheiten und die Vorlieben aus der Biographie des Klienten für die Pflegeplanung auf. „Wenn man eine super Pflegeplanung hat, [...] wo die ganzen Gewohnheiten der [...] Bewohner mit drin ist, dann läuft es wie geschmiert, man bezieht sich auf den Bewohner und er fühlt sich wohl und wir fühlen uns wohl ohne das man jetzt großartig Diskussion, warum man jetzt um sieben Uhr gekommen ist und nicht um acht Uhr, oder warum man ausschlafen oder im Bett frühstücken will [...]“ (Interview B, S. 1, Z. 11-18). Durch die Biographiearbeit und

eine auf Grundlage dieser geschriebene Pflegeplanung „[...] kann der, der den Bewohner pflegt, dass eigentlich reibungslos anpassen (...), wenn ich weiß was für Vorlieben er hat, bin ich kein Störfaktor, wenn ich dann morgens reinkomme und die will mich da schon wieder rausholen.“ (Interview B, S. 104, Z. 107-110). Ebenso bestätigt ein weiterer Partner die Bedeutung der Biographiearbeit als Voraussetzung für das Verfassen der Pflegeplanung. „Für mich bedeutet der Begriff Pflegeplanung, dass ich den Ist- Zustand vom Bewohner sehe, also von der Biographie her, dass ich biographische Daten einhole. Und das ich danach diesen Ist-Zustand, wie die Bewohnerin der Bewohner aus dem Pflegesetting gekommen ist und das ich danach diese Pflegeplanung erstellen kann (...) immer in Verbindung eben mit der Biographie.“ (Interview C, S. 1, Z. 3-7). Des Weiteren vermerkt er die Relevanz der Biographie bezüglich kognitiv eingeschränkter Bewohner. „[...] weil hier da bei uns haben auch Normalpflege aber auch sehr viele demenzielle Erkrankungen und auch Korsakow und da ist das dann schon schwierig, weil die das dann nicht äußern können, und da ist das dann schon schwierig, dass geht ja meistens nur mit den mobilen Bewohnern, die sich auch verbal noch äußern können (...) und da ist ja das Schöne, wenn man halt die Biographie hat, wenn sie von der Häuslichkeit oder aus dem Krankenhaus kommen, find ich immer sehr sehr wichtig, weil da findet man auch schon Probleme und die Ressourcen, wo man die greifen kann und was man dann ausbohren kann, was man dann mit rein nehmen kann in die Planung.“ (Interview C, S. 3, Z. 75-83).

Unterstützung im Team finden

Weiterhin erleben alle Interviewpartner die Zusammenarbeit im Team als eine Unterstützung für die Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Ein Experte berichtet, dass ein Austausch unter Kollegen erfolgt, falls Schwierigkeiten bezüglich der Formulierung der Pflegeplanung bestehen. „Manche haben Schwierigkeiten, wie schreib ich das jetzt, die fragen dann, oder tauschen sich unter einander aus.“ (Interview A, S. 3, Z. 71-72). Ebenso berichtet Interviewpartner B, dass in der stationären Altenpflegeeinrichtung, in welcher er tätig ist, die kollegiale Zusammenarbeit mit Pflegenden von Bedeutung für das Verfassen der Pflegeplanung ist und ihn beim Schreiben unterstützt. „[...] machen wir das so, dass man in der Übergabe zusammensitzt, und dann erzählt man, was hab ich heute erlebt, dass hab ich heute gemacht, dass man das dann mit dokumentiert, dass derjenige, der die Planung dann schreibt, schon Informationen hat, aha, darauf muss ich achten, dass er nicht komplett alleine da sitzt und denkt oh Gott, jetzt muss ich das alleine machen.“ (Interview B, S. 4-5, Z. 114-119). Ein

Interviewpartner spricht von einem Austausch unter Kollegen, um die Zielsetzungen eines Bewohners zu evaluieren. „[...] und deswegen ist man ja auch so angewiesen auf seine Kollegen, was ja auch gut ist, das man immer ständig nachfragen kann, mensch, ich war jetzt schon paar Tage nicht bei der und der Bewohnerin oder bei dem Bewohner, ich würde gerne evaluieren, das und das, kannst du mir da einen Tipp geben? Da muss man halt fragen.“ (Interview C, S. 4, Z. 92-95).

Vorgegebene einrichtungsspezifische Strukturen nutzen

Die Einrichtungen arbeiten nach Aussagen der Interviewpartner mit vorgegebenen Strukturen, um die Pflegeplanung anzuwenden und umzusetzen. Ein Interviewpartner berichtet „[...] wir haben das ja so eingerichtet hier, dass jede Fachkraft einen Bürotag hat [...] da wird dann überprüft, evaluiert, Pflegeplanung geschrieben und evaluiert, ob dass dann noch so geblieben ist der Bewohner.“ (Interview A, S. 1, Z. 20-22). Des Weiteren fügt der Studienteilnehmer hinzu, dass er ausschließlich für die Pflegeplanung zuständig und seit Jahresbeginn nicht mehr in der stationären Pflege tätig ist. „Nein, ich bin gänzlich raus aus der Pflege, seit Januar mach ich das und ich schreib auch über Bewohner, die ich nicht kenne, da schreib ich mir die AEDLs auf, gucke mir die Berichte an und dann frag ich die Kollegen dazu.“ (Interview A, S. 3, Z. 83-85). Interviewpartner B legt dar, dass die Einrichtung den Pflegenden einen Tag zur Verfügung stellt, um die Pflegeplanung zu schreiben. „Also wir sind in der glücklichen Lage, dass jeder von uns einen Bürotag hat, der hat acht Stunden, um die Pflegeplanung zu schreiben. Wir haben hier Paten, sieben bis acht Bewohner, und der ist dann wirklich in diesen acht Stunden nur für den Bewohner zuständig für die Akten. Hier sind wir in der glücklichen Lage, dass wir uns rausziehen können und die Planung schreiben können [...]“ (Interview B, S. 2, Z. 34-39). Allerdings arbeitet die stationäre Altenpflegeeinrichtung nicht mit der „[...] schulisch bekannten Pflegeplanung, sondern wir arbeiten mit einer Tagesstruktur, von vierundzwanzig bis vierundzwanzig Uhr.“ (Interview B, S. 2, Z. 39-41). Die Tagesstruktur erläutert Interviewpartner B „Hier in der Tagesstruktur schreiben wir wirklich den 24-Stunden- Ablauf, [...] was man morgens um sieben Uhr macht oder abends um acht Uhr schreibt man rein [...]“ (Interview B, S. 3, Z. 64-66). Des Weiteren zieht der Partner einen Vergleich zur „[...] schulisch bekannten Pflegeplanung [...]“ (Interview B, S. 2, Z. 39) und bezeichnet die Tagesstruktur als „[...] einfacher als die normale Pflegeplanung (...), weil, wenn ich jetzt irgendwo neu anfange, und dann muss ich mir sonst die komplette Pflegeplanung durchlesen, wenn ich jetzt hier anfange, mit der Tagesstruktur, bräuchte ich

mir eigentlich nur die Stunden für den Spätdienst durchlesen dann weiß ich okay, ich muss nur die Stammdaten durchlesen, die Diagnosen und das, was im Spätdienst passiert.“ (Interview B, S. 3, Z. 81-87). Bezüglich des einrichtungsinternen Zeitmanagements der Pflegeplanung fügt der Interviewpartner hinzu, dass *„[...] wenn eine Pflegekraft die Planung nicht schafft, dann wird eben gesagt, dann kommst du noch einen Tag oder man bleibt länger.“* (Interview B, S. 5, Z. 126-128). Ein Experte berichtet von erforderlicher Eigeninitiative seitens der Pflegenden, um zeitlichen Raum zu gewinnen, die Pflegeplanung zu verfassen. *„Also uns wird das ermöglicht, dass man zum Wohnbereichsleiter geht und sagt [...] die Pflegeplanung müsste mal überarbeitet werden [...]also er ermöglicht das schon, dass man sich dann rausziehen kann aus dem Alltag und das man sich dann hinsetzen kann und die Pflegeplanung schreiben kann.“* (Interview C, S. 2, Z. 49-54). Des Weiteren äußert der examinierte Pflegenden, dass die Einrichtung sowohl mit *„[...] Scanner-Mappen [...]“* (Interview C, S. 1, Z. 13) als auch mit einem *„[...] IT- Programm [...]“* (Interview C, S. 3, Z. 64) arbeitet. *„[...] wir haben ja so Scanner-Mappen, da sind alle Maßnahmen der Pflegeplanung drin.“* (Interview C, S. 1, Z. 12-13). *„[...] dafür haben wir diese Scanner- Mappen auf den Bettenwagen und das sind manchmal kurze Sätze und die kann man sich schnell mal durchlesen.“* (Interview C, S. 4, Z. 112-113). Bezüglich des IT-Programmes, mit welchem die Einrichtung die Pflegeplanung dokumentiert, äußert Interviewpartner C kritisch *„Das Einzige ist beim Schreiben am PC, am IT- Programm, wir schreiben ja die Anamnese und durch die Anamnese, wenn man da jetzt Hilfebedarf oder so ankreuzt, haben wir dann [...] Assistenten für die Pflegeplanung, der mir schon Probleme vorgibt, und ich wäre dafür das man eigene Probleme alleine schreiben könnte, weil für mich manchmal dieser Assistent, die Probleme dafür sind manchmal nicht passend [...] weil [...] das Problem würde ich lieber von mir aus schreiben [...]“* (Interview C, S. 3, Z. 64-70). Der Experte macht mit seiner Aussage die bereits erwähnte Relevanz der Individualität der Pflegeplanung deutlich, da er darlegt, dass für jeden Klienten individuell die Probleme herausgearbeitet werden sollten. Eine weitere einrichtungsinterne Vorgehensweise ist das Arbeiten mit dem Pflegesystem der Bezugspflege, sodass die Pflegeplanungen nur für eine bestimmte Anzahl an pflegebedürftigen Klienten verfasst werden müssen. Alle Interviewpartner berichten von dem Pflegesystem der Bezugspflege in ihrer Einrichtung. Interviewpartner A erläutert *„Es hat jeder seine Bezugspflege, es hat jede Fachkraft [...]so im Durchschnitt sieben maximal acht Bewohner, wo er sich drum kümmern muss, muss jeden Tag gucken, ob was abgelaufen ist, die Maßnahmen, ob es so geblieben ist, gegebenenfalls ergänzen,*

hinzuschreiben.“ (Interview A, S. 1, Z. 28-31). Interviewpartner B spricht von „Paten“ (Interview B, S. 2, Z. 36) und beschreibt „[...] wir haben hier Paten, sieben bis acht Bewohner, und der ist dann wirklich in diesen acht Stunden nur für den Bewohner zuständig für die Akten.“ (Interview A, S. 2, Z. 35-37). Ebenso berichtet der Pflegende (Interview C), dass mit dem Pflegesystem der Bezugspflege zur Eingrenzung der Anzahl der Pflegeplanungen gearbeitet wird. Des Weiteren fügt er hinzu, dass für das Evaluieren der Pflegeplanung eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Bewohnern der Bezugspflege relevant ist. Eine Umsetzung gestaltet sich nach Aussage des Interviewpartners jedoch schwierig. „Na die Nachteile sind leicht, weil wir arbeiten ja mit Bezugspflege, und man soll so und so viel Tage bei seiner Bezugspflege sein und das ist sehr schwer. Weil man arbeitet ja mit der Pflegeplanung, und das ist das Schwierige, dass man täglich auch mit seiner Bezugspflege zusammenarbeitet.“ (Interview C, S. 4, Z. 87-90).

Schwierigkeiten erkennen können

Nach den bereits aufgeführten Erfahrungen bezüglich der Pflegeplanung ergeben sich nach den Interviewpartnern weitere Schwierigkeiten bei der Anwendung der Pflegeplanung in der Altenpflege. Ein Interviewpartner spricht die Schwierigkeiten bei dem Formulieren der Pflegeplanung an. „[...] also Manche haben Schwierigkeiten, wie schreib ich das jetzt [...]“ (Interview A, S. 3, Z. 71-72). Interviewpartner B berichtet „Wenn man die Pflegeplanung, wie man es auch nach Schule macht gelernt hat schreibt, da ist es dann [...] schwierig mit der Formulierung.“ (Interview B, S. 3, Z. 66-68). Als eine erfolgreiche Maßnahme bezüglich der Formulierungsschwierigkeiten benennt der Interviewpartner Schulungen. Dabei macht der Partner deutlich, dass eine Wiederholung der Schulungen sinnvoll wäre. „Und Schulungen sind wichtig. Wir hatten letztens eine Schulung, als wir die Akten umgestellt haben zur Pflegeplanung, wie man das formuliert. Aber eine Wiederholung wäre gut, dass muss man halt immer auffrischen [...]“ (Interview B, S. 5, Z. 139-141). Interviewpartner C schließt sich an „Ja und eine Schulung für Formulierungen vielleicht.“ (Interview C, S. 5, Z. 133-134). Ebenso fügt er hinzu „[...] Bücher zu Formulierungshilfen [...] vielleicht könnte das [...] beim Formulieren auch helfen, vielleicht könnte das mal hinterlegt werden.“ (Interview C, S. 5, Z. 132-133). Weitere Schwierigkeiten sieht der Studienteilnehmer darin, dass die Planung sowohl für den Medizinischen Dienst der Krankenkasse, als auch für Pflegende ohne das staatliche

Examen gleichermaßen befriedigend verfasst werden. *„Also dass das auch die Pflegekraft ohne Examen versteht, weil wir würden jetzt mit ganz vielen lateinischen Wörtern, oder Fremdwörtern ein Problem beschreiben, aber das versteht ja unsere Pflegekraft nicht, die sich das dann durchliest, also das ist dann eine Schwierigkeit. Also auch für den MDK, wenn der MDK kommt und guckt, ob die Pflegestufe noch passt oder ob eine höhere Pflegestufe braucht.“* (Interview C, S. 1-2, Z. 25-29). Interviewpartner C spricht im Gegensatz zu Interviewpartner A und B die inhaltlichen Schwierigkeiten an und fügt hinzu *„Die richtige Formulierung, [...] das ist schwierig, wenn man da doch so vorsitzt und überlegt [...] was möchte ich da gerne drin haben, dass ich es verstehe, warum braucht der Bewohner die und die Hilfe.“* (Interview C, S. 2, Z. 31-33).

Keine Zeit haben

Trotz der zeitlichen Ressourcen, welche von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden, beschreiben alle drei Interviewpartner den Faktor Zeit als ein weiteres Hindernis bei der Anwendung der Planung. Ein Experte bezieht sich auf das Schreiben der Pflegeplanung im Schichtdienst und berichtet *„[...] also wenn ich jetzt Schichtdienst habe und ich sollte eine Pflegeplanung schreiben, das ist fast nicht möglich, weil da fehlt die Zeit [...]“* (Interview A, S. 1, Z. 19-20). Dieses bekräftigt er in weiteren Aussagen wie *„Im Alltag ist es schwierig, also da kann ich während der Schicht keine Planung schreiben, geht gar nicht, da fehlt die Zeit.“* (Interview A, S. 2, Z. 38-39). Ebenso spricht Partner A den geringen Personalschlüssel an, welcher durch krankheitsbedingte Ausfälle begründet wird. Demzufolge kann es zeitlich nicht bewältigt werden, alle Pflegeplanungen vollständig zu evaluieren. *„Ja so sollte es sein, wenn sie nicht zu alt ist, wenn es dann nicht evaluiert wurde, was auch manchmal ist, wenn viele fehlen, krankheitsbedingt, ja, dann bleibt es doch auf der Strecke.“* (Interview A, S. 2, Z. 60-61). Die zeitlich sowie personell bedingten Schwierigkeiten bei der Anwendung und der Evaluation der Pflegeplanung macht Interviewpartner A in der folgenden Aussage deutlich. *„Ja, dann hab ich auch letztens in die Planungen reingeguckt, die Pflegestufe drei haben und wenn man da reingeguckt hat, manche sind da noch zur Toilette gegangen. Es ist so, die Zeit fehlt, wie überall. Ja, das ist der Teufelskreislauf, wenn mehr Zeit und Personal da wäre (...) ich kann mich nicht im Frühdienst hinsetzen und eine Planung schreiben, [...] das geht gar nicht.“* (Interview A, S. 3, Z. 92-96). Weiter spricht der Experte die zeitlich bedingten Hindernisse bei Neuaufnahmen an und verweist auf eine vollständige Informationssammlung. *„[...] Ich fang ja zuerst bei der Informationssammlung an und*

danach schreibe ich ja die Planung und die muss stimmen, wenn die unvollständig ist, dann muss ich mich erst mal wieder informieren, muss das da hinzufügen, das kostet wieder Zeit, ja die Informationssammlung, dass muss eben alles stimmen, wenn das unvollständig ist (...) wenn das jetzt ein Kollege gemacht hat, nur zum Beispiel, bei einer Neuaufnahme, da frag ich ja nur ab das Wichtigste, [...] ich mach mir den ersten Eindruck und das muss dann ergänzt werden, wenn das dann auf der Strecke bleibt, weil keine Zeit ist, dann steht man dann da.“ (Interview A, S. 2, Z. 42-48). Im Interview B wird das Thema Neuaufnahmen aufgegriffen. „Also die Schwierigkeit sehe ich darin, man hat Vorschriften, wann so eine Pflegeplanung stehen sollte, in der Zeit kann man den Bewohner gar nicht kennen lernen. Man macht halt eine vorläufige Pflegeplanung mit den ganzen (...) man hat ja einen Anamnesebogen, da fragt man ja nur eben (...) ein Check-Up, ja nein ja nein ja nein. Die Schwierigkeit ist eben das so zu planen, dass es dann auch klappt.“ (Interview B, S. 1, Z. 22-27). Ebenso weist er auf die Vorschriften des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse bezüglich der Pflegeplanung hin. „[...] die Vorschriften vom Medizinischen Dienst, sind ja manchmal nicht so realistisch wie der Pflegealltag so ist, dass die vielleicht mal etwas zeitlich realistischer, mal ein bisschen an den Pflegealltag denken und mal nachdenken, dass man in acht Stunden Dienst das gar nicht so machen kann mit der Planung, wie die sich das vorstellen.“ (Interview B, S. 5, Z. 132-173). Der Experte nimmt im Verlauf des Interviews Bezug auf den einrichtungsinternen eingerichteten Tag für das Schreiben der Pflegeplanung und äußert, dass die Zeit für das Evaluieren der Planungen, allerdings nicht für das Verfassen einer neuen Pflegeplanung ausreicht. „Für die Evaluation. [...] für eine neue Pflegeplanung [...] schreiben hat man keine Zeit.“ (Interview B, S. 5, Z. 122-123). Weiterhin betrachtet es Partner B bezüglich des Zeitmanagements der Pflegeplanung als relevant, dass mit dem Bewohner Nahziele sowie realistische Ziele geplant werden, um ein erneutes Schreiben der Planung zu vermeiden. „[...] man setzt sich ein Ziel, in drei Wochen möchte man Ergebnisse sehen, entweder hat es geklappt oder nicht, und dann ist es halt, wenn man nicht realistisch genug geplant hat, frustrierend, wenn man die ganze Pflegeplanung nochmal neu schreiben muss. Das passiert zum Glück nicht häufig. Wir setzen uns enge Ziele.“ (Interview B, S. 2, Z. 53-58). Im Folgenden spricht Interviewpartner B die zeitlichen Auswirkungen der Anwendung der Pflegeplanung im stationären Alltag an und berichtet von einer vermehrten Dokumentationsarbeit durch die Pflegeplanung, wodurch aus ihrer Sicht weniger Zeit am Patienten verbleibt. „Also das Geschriebene beeinflusst unsere Arbeit heraus, dass man mehr Dokumentation hat, mehr Prophylaxen, die man

abhaken muss, mehr Bögen, die man bearbeiten muss, weil sein Krankheitsbild das ja so sagt, dass beeinflusst daraus, dass man dann weniger am Patienten ist.“ (Interview B, S. 2, Z. 46-49). Ebenso äußert ein Interviewpartner, dass das Schreiben der Planung vermehrt Zeit in Anspruch nimmt und ein Organisationsvermögen seitens der Pflegenden eine Voraussetzung ist. *„Also der Zeitfaktor ist auch eine Schwierigkeit, man möchte ja dem Bewohner gerecht werden und nicht immer nur am Computer sitzen, also Zeitfaktor spielt schon eine große Rolle, die Zeiten sich zu nehmen, sich so zu organisieren, über den Tag, wenn man Früh- Spät- oder Nachtdienst hat, dass man sich hinsetzen kann und eine Pflegeplanung schreiben kann, weil man dafür Ruhe braucht und das ist sehr schwierig so im Alltag und im Dienstzimmer.“* (Interview C, S. 2, Z. 42-47). In der Aussage wird der Aspekt der Ruhe angesprochen, welches sowohl das Arbeiten im Stationsalltag als auch die räumlichen Bedingungen mit einschließt. Hinsichtlich der Umsetzung der Pflegeplanung spricht der Interviewpartner die fehlende Zeit der Pflegenden an. Berichtet wird, dass die geschriebene Planung vom Team nicht gelesen wird. *„Ja (...) manche Kollegen, fällt mir gerade ein, lesen sich die Pflegeplanung nicht richtig durch [...]“* (Interview C, S. 4, Z. 105-106). Daraus schließt der Partner durch die fehlende Beachtung der Pflegeplanung die Folgen für den Bewohner. *„Wenn man sich die nicht richtig durchliest, und man hat [...] einen Bewohner, der sich verbal nicht äußern kann, [...] dass find ich persönlich nicht so schön , [...] wenn man sich diese Pflegeplanung nicht durchliest [...] ich finde, dass man dann falsch an den Bewohner rangeht. Weil man muss ein Vorwissen haben, [...] und dafür ist ja die Pflegeplanung da, dafür haben wir diese Scanner- Mappen auf den Bettenwagen und das sind manchmal kurze Sätze und die kann man sich schnell mal durchlesen, man kann ja auch über kreuz einfach mal runterlesen, dass man weiß, wie geh ich an den Bewohner, darf ich da ein bisschen temperamentvoller rangehen, oder ein bisschen ruhiger [...] also das ist dann schon ein Nachteil für den Bewohner [...]“* (Interview C, S. 4, Z. 106-116). Weiter spricht der Interviewpartner die umfangreiche Arbeit an, welche in eine Pflegeplanung investiert wird. *„[...] vor allem bei so viel Arbeit, und Gedanken in so einer Pflegeplanung drin steckt, dass ist dann nicht so schön, wenn man die sich nicht durchliest.“* (Interview C, S. 4-5, Z. 116-118). Begründet wird die fehlende Beachtung der Pflegeplanung durch die Studienteilnehmer mit dem bestehenden *„[...] Zeitmangel [...]“* (Interview C, S. 5, Z. 120), wodurch es den Kollegen verwehrt bleibt, die Planung zu lesen. Eine Verbesserungsmöglichkeit bezüglich der Zeitarbeit und neuer Mitarbeiter sieht der Experte darin, *„[...] dass wenn neue Pflegekräfte oder die Zeitarbeit die Zeit finden würde, dass mal kurz durchzulesen. Wenn man den ein*

oder zwei Bewohner gibt und die sich das dann in Ruhe durchlesen können.“ (Interview C, S. 6, Z. 145-147). Durch die Reduktion der Anzahl der Bewohner, für welche neue Mitarbeiter, oder Mitarbeiter der Zeitarbeit zuständig sind, würde für ihn die Möglichkeit bestehen die Planung ausführlich zu lesen.

Der Wunsch nach einer vollständigen Pflegeplanung

Abschließend führt ein Interviewpartner neben den bereits erwähnten Schwierigkeiten die Unvollständigkeit der Planungen auf. *„Das ist es nämlich, viele schreiben die Tagesstruktur, wie es so selbstverständlich ist, mein Ablauf, was ich so mache, aber vergessen dann so kleine Sachen, wie erst mal Durchbewegen oder erst mal fünf Minuten Zeit lassen. Das ist eben auch das Problem bei der Pflegeplanung generell, das viel vergessen wird, was selbstverständlich ist.“* (Interview B, S. 4, Z. 100-104). Folgen für den Bewohner sowie die Pflegenden stellt der Partner in folgender Aussage dar. *„[...] und weiß, dass ich ihn morgens durchbewegen muss, bevor ich Ihn aus dem Bett hole. Sie kommen dann morgen Früh, und sie wissen nicht, dass sie ihn morgens erst durchbewegen müssen.“* (Interview B, S. 4, Z. 95-98).

Aus den Ergebnissen der Interviews (Kapitel 3.2) lässt sich festhalten, dass die Interviewpartner die Erfahrungen gemacht haben, dass eine individuelle Planung (Interview A und C), die Berücksichtigung der Biographiearbeit (Interview B und C), die Zusammenarbeit und Unterstützung im Team (Interview A, B und C), die Bezugspflege (Interview A, B und C), eine vollständige Informationssammlung (Interview A) sowie das vorhandene Organisationsvermögen seitens der Pflegenden (Interview C) relevant für die Anwendung der Pflegeplanung sind. Interviewpartner A und C betrachten die Pflegeplanung als einen „Handlungsleitfaden“, welcher als Orientierung und Hilfestellung für Pflegende dient. Die Studienteilnehmer berichten von Faktoren, welche die Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege erschweren und in welchen ein Verbesserungsbedarf gesehen wird. Zum Einen stellen für die examinierten Pflegenden die bestehenden Formulierungsschwierigkeiten (Interview A, B und C) sowie auch inhaltliche Unsicherheiten bei der Gestaltung der Planung (Interview C) Faktoren dar. Zum Anderen spielt der Zeitfaktor eine zentrale Rolle und stellt das Pflegepersonal vor eine zunehmende Herausforderung (Interview A, B und C). Des Weiteren wird ein geringer Personalschlüssel (Interview A), die fehlende Ruhe bei der Anwendung (Interview C), die nicht realistischen Forderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (Interview

B), der Arbeitsaufwand der Planung (Interview C) sowie die Unvollständigkeit der Planung (Interview B) angesprochen. Die Interviewpartner berichten, dass die Einrichtungen versuchen Rahmenbedingungen zu schaffen, mit welchen sie die Anwendung der Pflegeplanung für die Pflegenden erleichtern wollen. Zwei Interviewpartner sprechen von einem eingerichteten Tag, an welchem sie die Pflegeplanungen schreiben können und nicht im Stationsalltag integriert sind. Ebenso führt ein weiterer Interviewpartner auf, dass er ausschließlich für die Pflegeplanung zuständig ist.

4. Diskussion

Eingangs wurde der aktuelle Forschungsstand in der Literatur (Kapitel 3.1) untersucht, um diesen im folgenden Kapitel den kategorisch dargestellten Erfahrungen der Pflegenden (Kapitel 3.2) gegenüberzustellen und zu diskutieren. Die Erfahrungen der Interviewpartner, welche in einem Widerspruch zu den Aussagen aus der Literatur stehen, werden benannt. Des Weiteren werden bezüglich der Übertragbarkeit und der Aussagekraft der Ergebnisse aus den Interviews sowie der Literatur Aussagen getroffen und die Ergebnisse bewertet. Abschließend wird die Bedeutung für die pflegerische Versorgung diskutiert.

Hinsichtlich der Funktion der Pflegeplanung spricht Leonie-Scheiber (2004) von einem Handlungsplan, auf welchen sich der Klient sowie der Pflegenden verständigen (Leonie-Scheiber 2004). In der Kategorie „*Möglichkeit der Orientierung bieten*“ wurde deutlich, dass zwei Interviewpartner die Pflegeplanung als einen „Handlungsleitfaden“ betrachten, welcher als Orientierung für neue Mitarbeiter, für Pflegenden der Zeitarbeit, als auch für einrichtungsinterne Pflegenden dient. Somit untereichen die Studienteilnehmer die Aussage von Leonie-Scheiber (2004). Allerdings ist die Funktionalität bei der momentanen Anwendung der Planung bezüglich der geäußerten Unvollständigkeit der Planung (Müller-Staub et al. 2007) sowie der fehlenden Evaluation zu hinterfragen. Es scheint, dass die Gefahr besteht, dass das Pflegepersonal die Planung als eine vorgegebene Handlungsstruktur betrachtet und den individuellen situativen Umgang mit dem Bewohner nicht berücksichtigt. Einen Hinweis darauf gibt ein Interviewpartner, welcher anmerkt, dass zum Teil für den Klienten relevante Maßnahmen in der Pflegeplanung nicht dokumentiert werden und diese folglich, sofern sie nicht in der Pflegeplanung aufgeführt

sind, nicht durchgeführt werden. Ein weiterer Interviewpartner äußert in Bezug auf den Nutzen der Pflegeplanung, dass in dieser beschrieben ist, an wie vielen Tagen der Bewohner aus dem Bett mobilisiert wird. Hierbei wird ebenso die Gefahr deutlich, dass die Planung als eine vorgegebene Anleitung betrachtet und die Bedürfnisse der Bewohner missachtet werden. Des Weiteren ist ein Widerspruch in der Funktion als „Handlungsleitfaden“ für Pflegende der Zeitarbeit, als auch für das Pflegepersonal, welches den Bereich wechselt, und der von allen Interviewpartnern geäußerten Bedeutung der Bezugspflege zu finden. Es scheint, dass das Pflegesystem der Bezugspflege von den Interviewpartnern als relevant erachtet, jedoch eine Umsetzung nicht vollzogen wird.

Als eine Voraussetzung für die Anwendung der Planung sehen Messer (2008), Henke (2012), Völkel et al. (2011) sowie Werner (2014) die Zusammenarbeit im Kollegium. Messer (2008) spricht sich dabei für die Rücksprache nach dem Erstellen der Planung im Team aus. Henke et al. (2012) sowie Völkel et al. (2011) vertreten die Meinung, dass sich während des Schreibens die Unterstützung vom interdisziplinärem Team eingeholt werden kann. Werner (2014) spricht sich ebenso für eine kollegiale Zusammenarbeit aus. Er plädiert jedoch für Fallbesprechungen im Team beim Erstellen der Planung. In den qualitativen Interviews der Thesis wird die Zusammenarbeit im Team von allen Interviewpartnern angesprochen und in der Kategorie „*Unterstützung im Team finden*“ dargestellt. Ein Interviewpartner sieht den Austausch im Team während des Verfassens der Planung, besonders bei Formulierungsschwierigkeiten, als hilfreich an und orientiert sich damit an Henke et al. (2012) und Völkel et al. (2011). Interviewpartner B lehnt sich ansatzweise an den Fallbesprechungen von Werner (2012) an und berichtet von einem Austausch im Team bei der Übergabe, in welcher der Bewohner von den Pflegenden gemeinsam eingeschätzt und Erfahrungen ausgetauscht werden. Hierbei ist anzuzweifeln, inwiefern der zeitliche sowie ruhebedingte Faktor umsetzbar ist. Ein weiterer Interviewpartner spricht sich für den Austausch unter Kollegen beim Evaluieren der Pflegeplanung aus. Festzuhalten ist, dass die Relevanz der kollegialen Zusammenarbeit und Unterstützung sowohl in der Literatur als auch seitens der Interviewpartner hoch eingestuft wird. Deutlich wird, dass die Individualität des Bewohners durch die verschiedenen, objektiven Wahrnehmungen bewahrt wird und der Austausch im Team ebenso für die Pflegenden, beispielsweise für mögliche Formulierungsschwierigkeiten, von Bedeutung ist. Des Weiteren plädieren Messer (2008) sowie Henke et al. (2012) für das anfangs erwähnte Pflegesystem der Bezugspflege, da laut Messer (2008) durch die Bezugspflege der Bewohner über einen kontinuierlichen Zeitraum betreut wird. In Bezug

auf die Interviews der Thesis decken sich die Aussagen von Messer (2008) und Henke et al. (2012) mit denen der Interviewpartner. So spricht ein Interviewpartner von einer erforderlichen Bezugspflege, um die Anzahl der Pflegeplanungen einzugrenzen. Nach dem Pflegenden ist eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Bewohner nötig, um die Planung evaluieren zu können, jedoch sei die Kontinuität schwierig umzusetzen. Die Kategorie „*Die Biographie berücksichtigen*“ bedeutet für zwei Experten, dass die Biografiearbeit eine weitere Voraussetzung für die Anwendung der Planung ist. Durch die Arbeit mit der Biographie steigert sich nach Interviewpartner B sowohl das Wohlbefinden des Bewohners als auch das der Pflegenden. Ebenso spricht sich Interviewpartner C für die Biografiearbeit bei kognitiv eingeschränkten Klienten aus, da aus der Biographie Probleme und Ressourcen herausgearbeitet werden können. Die Biografiearbeit wird in der vorhandenen Literatur nur begrenzt angesprochen. Ausschließlich Bartholomeyczik (2004) benennt die fehlende Biografiearbeit sowie das Erfassen der Gewohnheiten der Klienten. Der Katholische Krankenhausverband Deutschland (2001) bezieht sich auf eine durch mehrere Quellen, wie Angehörige und Bewohner, bezogene Informationssammlung (Katholischer Krankenhausverband Deutschland 2001). Eine vollständige Informationssammlung sieht ebenso Wilkinson (2012) als relevant an, da nach Wilkinson (2012) die Effizienz der Planung maßgeblich dieser abhängig ist. Desgleichen spricht ein Experte von der Bedeutung einer vollständigen Informationssammlung, da eine unvollständige Informationssammlung ein erneutes „Informieren“ einschließt und Zeit in Anspruch nehmen würde. Der Katholische Krankenhausverband Deutschland (2001) spricht die Individualität der Pflegeplanung bezüglich des individuellen Problemfindungsprozesses an (Katholischer Krankenhausverband Deutschland 2001). In der Kategorie „*Individualität erkennen*“ wird deutlich, dass die Interviewpartner der Individualität eine große Bedeutung zusprechen. So bemerkt ein Interviewpartner, dass die Pflegeplanung ein Abbild des Patienten darstellen und diese den individuellen Bewohner widerspiegeln sollte. Ein weiterer Interviewpartner beschreibt, dass aus der Planung der individuelle Umgang der Pflegenden mit dem Bewohner hervorgehen und die individuellen Probleme des Bewohners herausgearbeitet werden müssen. Hinsichtlich möglicher Schwierigkeiten betrachten Abt-Zegelin (2003), Bartholomeyczik (2004), Adams-Wendling (2008) und Völkel et al. (2011) die Formulierung der Planung als eine Herausforderung für die Pflegenden. Die Erfahrungen der Interviewpartner hinsichtlich der Formulierung decken sich mit den Aussagen der Literatur. Die Erfahrungen wurden der Kategorie „*Schwierigkeiten erkennen können*“ zugeordnet. Es berichtet ein Experte

beispielhaft, dass Schwierigkeiten im Team bestehen würden, die Pflegeplanung so zu formulieren, dass die Planung sowohl für den Medizinischen Dienst der Krankenkasse, als auch für Pflegenden ohne das staatliche Examen befriedigend verfasst wird. Des Weiteren wird sowohl von Bartholomeyczik (2004), Schweiger (2011), Völker et al. (2011) als auch von Interviewpartner A der Thesis der zu geringe Personalschlüssel, durch beispielsweise krankheitsbedingte Ausfälle (Interviewpartner A), in der stationären Altenpflege angesprochen. Ein weiterer Erschwernisfaktor bei der Anwendung stellt nach einem Experten die räumlichen einrichtungsinternen Rahmenbedingungen beim Verfassen der Planung dar. Es fehlt, nach Aussage des Pflegenden die Ruhe zum Schreiben. In der vorhandenen Literatur wird der räumliche Faktor nicht aufgegriffen. Ein weiterer Aspekt, welcher in den Interviews, jedoch nicht in der Literatur der Recherche aufgeführt wird, ist, dass die stationären Altenpflegeeinrichtungen den Pflegenden Ressourcen, wie einen Tag, an welchem die Pflegenden nicht in den Stationsalltag eingebunden sind, zur Verfügung stellen. Ebenso berichtet ein Interviewpartner, dass er ausschließlich für die Pflegeplanung zuständig ist und so eine Unterstützung für die im Stationsalltag eingebundenen Kollegen darstellt. Das Bereitstellen eines Tages für das Verfassen der Planung wird der Kategorie „Vorgegebene einrichtungsinterne Strukturen nutzen“ zugeordnet und wird seitens der Interviewpartner als hilfreich beschrieben. Kritisch zu betrachten ist, wenn, wie im Beispiel von Interviewpartner C, freiwillig und auf Basis des eigenen Verantwortungsbewusstseins der Pflegenden ein freier Tag für die Anwendung der Planung bei der Leitungsebene beantragt werden muss. Durch das selbständige Organisieren des Arbeitstages, an welchem der Pflegenden aus dem Schichtdienst entbunden ist, besteht vermutlich die Gefahr, dass die Regelmäßigkeit der Evaluation ein Defizit erfährt. Ein Grund hierfür könnte sein, dass das Verständnis im Team fehlt, falls die Tage für die Pflegeplanung zu häufig beantragt werden. Die Herausforderung liegt voraussichtlich im Aufgabenfeld der Leitungsebene, um die Pflegenden hinsichtlich der Regelmäßigkeit und der Relevanz der stationsentbundenen Tage für die Anwendung der Planung zu sensibilisieren. Ob und inwiefern die Umsetzung, bezüglich der einrichtungsinternen Rahmenbedingungen möglich ist, bleibt zu hinterfragen. Ebenso ist anzuzweifeln, ob, wie in Interview A beschrieben, eine Fachkraft ausschließlich für die Pflegeplanung zuständig sein sollte. Zu hinterfragen ist, ob die Individualität der Bewohner bewahrt werden und ob ohne eine direkte Kommunikation mit dem Bewohner und nur durch die Aussage der zuständigen Pflegenden die Planung den Klienten widerspiegeln kann. Des Weiteren kann durch den examinierten Pflegenden es vermutlich nicht ermöglicht werden, dass zusammen mit dem

Bewohner die Pflegeplanung erstellt wird. Dadurch erfolgt kein gemeinsames Erarbeiten der Probleme, Ressourcen, Ziele sowie Maßnahmen und kein gemeinsames Evaluieren der Planung. Ein weiteres Fundament der Anwendung ist nach Völkel et al. (2011) die Qualifikation und Kompetenz der Pflegenden. Dieses bestätigt Bartholomeyczik (2004), indem sie darlegt, dass eine gut geführte Dokumentation die Kompetenz der Pflegenden widerspiegelt. Messer (2008) fügt hinzu, dass die Pflegenden die Kompetenzen besitzen müssen, sodass sie die Verantwortung der Pflegeplanung übernehmen können. Ebenso berichten Völkel et al. (2011), dass die Pflegenden praktische Erfahrungen mit der Pflegeplanung sammeln sollten, um das Verfassen zu erlernen und zu üben. In den Interviews werden die Kompetenzen und die Qualifikation der Pflegenden nur von einem Experten angesprochen, welcher von einem zeitlichen Organisationsvermögen der Pflegenden berichtet. Bezüglich der Kompetenz der Interviewten ist kritisch zu betrachten, dass vorab den Einrichtungen die Thematik des Interviews bekannt war. Es scheint, dass jeweils der examinierte Pflegende von der Pflegedienstleitung für das Interview ausgewählt wurden, welcher über ein Wissen hinsichtlich der Pflegeplanungen sowie über die Kompetenz verfügt, ein Interview bezüglich der Thematik zu führen. So befürworteten alle Interviewpartner die Pflegeplanung und zeigten ein Verständnis und einen reflektierten Umgang hinsichtlich des Pflegeprozesses und der Pflegeplanung. Es lässt sich vermuten, dass Pflegenden, welche den Pflegeprozess sowie die Pflegeplanung nicht reflektiert betrachten, andere Erfahrungen sowie weitere Verbesserungsvorschläge benannt hätten. Im Gegensatz zu den Interviews weiß Krsnic (2014) darauf hin, dass die Pflegenden die Planung missverstehen. Völkel et al. (2011) berichtet von einer fehlenden Motivation für das Verfassen der Planung. Die Aussage eines Pflegenden aus dem Interview von Schweiger (2011), welche verdeutlicht, dass der Nutzen der Pflegeplanung für sich sowie den Bewohner nicht erkannt wird, bestätigt Völkel et al. (2011) und Krsnic (2014). Die Aussagen aus der Literatur widerlegen die Interviewpartner deutlich, da alle Interviewpartner auf die Relevanz der Planung verweisen. So äußert Interviewpartner A, dass die Pflegeplanung für ihn eine Hilfe darstellt. Interviewpartner C legt dar, dass die Planung relevant ist, da bei einer fehlenden Beachtung der Planung keine befriedigende und kompetente Zusammenarbeit mit dem Bewohner möglich ist. Ausschließlich ein Interviewpartner berichtet, dass die Pflegenden die verfasste Pflegeplanung nicht beachten und nicht durchlesen. Dieses begründet er mit der fehlenden Zeit, lässt jedoch ebenso eine mangelnde Motivation der Pflegenden vermuten. Allerdings ist das Ergebnis aus den benannten Gründen anzuzweifeln, da vermutlich die Interviewpartner ausgewählt wurden,

die sich mit der Pflegeplanung befassen. Ebenso wird bei bestehenden Schwierigkeiten, wie etwa den Formulierungsschwierigkeiten oder der fehlenden Beachtung der Planung, auf weitere Pflegende und nicht auf sich selbst verwiesen. Die Aussagen deuten einerseits darauf hin, dass die Pflegenden eine positive Selbstdarstellung der eigenen Person betreffend vermitteln wollten. Ein Hinweis darauf gibt ein Interviewpartner, indem er sich, trotz eigener nicht bestehender Formulierungsschwierigkeiten, persönlich für Schulungen bezüglich der Formulierung der Planung ausspricht und für eine kontinuierliche Wiederholung dieser plädiert. Andererseits ist nicht auszuschließen, dass es sich um gewünschte Antworten der Pflegedienstleitung handelt, da die Pflegenden in einem Abhängigkeitsverhältnis zu der Leitung stehen. Eine selbständige Auswahl der Pflegenden, unter Beachtung der Auswahlkriterien, hätte vermutlich zu anderen Ergebnissen geführt. Ein weiterer Beleg für eine positive Selbstdarstellung der eigenen Person und/oder der Pflegeeinrichtung lässt sich im Bezug auf die Begründung für den Zeitmangel bei der Anwendung der Planung vermuten. Völkel et al. (2011) schlussfolgern aus der fehlenden Zeit für die Pflegeplanung, dass sich die Pflegenden überfordert fühlen. Heinrichs (2012) hingegen begründet die fehlende Zeit damit, dass er von einer Doppeldokumentation seitens der Pflegenden spricht. Ebenso verdeutlicht Krsnic (2014), dass Pflegende dazu neigen, die Pflegeinterventionen zu detailliert beschreiben und dadurch die Pflegeplanung zeitlich aufwendig ist. Somit wird der angesprochene Zeitmangel von Heinrichs (2012) als auch von Krsnic (2014) mit der Dokumentationsweise der Pflegenden bei der Anwendung begründet. In Bezug auf die Interviews der Thesis berichten die Interviewpartner von zeitlichen Hindernissen bei der Anwendung der Pflegeplanung und empfinden die Kategorie „Keine Zeit haben“ als einen ausschlaggebenden Aspekt für die Schwierigkeiten bei der Anwendung. Interviewpartner A äußert, dass das Erstellen einer Pflegeplanung im Schichtdienst nicht möglich ist. Der eingeführte Tag, welcher ausschließlich für die Pflegeplanung bestimmt ist, reiche zeitlich nach Interviewpartner B für das Evaluieren, jedoch nicht für das Verfassen einer neuen Pflegeplanung aus. Die Interviewpartner sehen die Gründe der fehlenden Zeit für die Anwendung der Pflegeplanung jedoch in den vorgegeben Rahmenbedingungen der pflegerischen Einrichtung sowie den Bedingungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse. Die Äußerungen stehen in einem Widerspruch zu Heinrichs (2012) und Krsnic (2014), welche die zeitliche Einbindung der Pflegenden mit der Dokumentationsweise in Verbindung setzen. Die Aussage vom Interviewpartner C, in welcher er deutlich macht, dass in der Pflegeplanung aufgeführt sein sollte, an welchen Veranstaltungen oder Therapien der

Bewohner teilnimmt, lässt jedoch auf eine umfassende Maßnahmenplanung schließen, wobei das Aufführen der inhaltlich, nicht pflegerischen Tätigkeiten in der Planung, hier kritisch zu hinterfragen ist. Ebenso deutet die Äußerung auf mögliche inhaltlichen Schwierigkeiten, beziehungsweise auf das Missverstehen der Planung seitens des Pflegenden hin. Des Weiteren ist ein Widerspruch in Bezug auf die Unvollständigkeit der Planung (Bartholomeyczik 2004; Medizinischer Dienst der Krankenkasse 2007; Müller-Staub et al. 2007) und der genannten zu detailreichen und ausführlichen Pflegeplanung (Krsnic 2014) zu finden. In der Literatur beschreibt beispielsweise Müller-Staub (2007), dass Defizite hinsichtlich des Dokumentierens von Problemen und der Einflussfaktoren bestehen. Interviewpartner B bezieht sich auf die Unvollständigkeit in der Maßnahmenplanung und begründet diese damit, dass Pflegende Aspekte vergessen, welche für die Pflegenden selbstverständlich sind. Dabei wird die Bedeutung der Kategorie „*Der Wunsch nach einer vollständigen Pflegeplanung*“ ersichtlich. Wiederlegt wird die Aussage durch Krsnic (2014), welcher die Pflegemaßnahmen als zu detailreich und ausführlich beschreibt, als auch von Heinrichs (2012), welcher auf eine Doppeldokumentation hinweist. Die Unvollständigkeit der Planung kann voraussichtlich von weiteren Faktoren abhängen, wie beispielsweise von einer unklaren inhaltlichen Gestaltung der Planung oder einrichtungsinternen Unterscheidungen bezüglich der formalen sowie inhaltlichen Vorstellungen. Die Aussage von Krsnic (2014), dass die Planung, besonders die Maßnahmenplanung, zu umfangreich ist, lässt vermuten, dass eine Begründung ebenso in der unklaren inhaltlichen Gestaltung liegt. Sowohl in der Literatur als auch in den Interviews wird hinsichtlich der Verbesserungsmöglichkeiten bei der Anwendung der Planung auf Schulungen für Pflegende verwiesen. Müller-Staub (2007) und Völkel et al. (2011) sprechen sich für Schulungen aus, um beispielsweise Ängste, beziehungsweise Vorbehalte gegenüber der Pflegeplanung zu beheben (Völkel et al. 2011). In den Interviews plädieren Interviewpartner B und C für Schulungen, welche sich in kontinuierlichen Abständen wiederholen. Um den bestehenden Formulierungsschwierigkeiten entgegenzuwirken, spricht sich ein Interviewpartner für einen festen Bestand von Büchern zu Formulierungshilfen aus. Adam-Wendling (2008) fügt hinzu, dass die Einführung einer einheitlichen Terminologie sprachliche Verständnisschwierigkeiten minimiert und Unsicherheiten bei der Formulierung entgegenwirkt. Fraglich ist, ob eine einheitliche Terminologie die Individualität der Pflegeplanung bewahren würde und inwiefern eine Umsetzung möglich wäre. Hingegen führt Bartholomeyczik (2004) auf, dass die Dokumentation nicht nur Bestandteil von

Schulungen sein, sondern diese als eine zentrale und relevante Tätigkeit verstanden werden sollte. Zu hinterfragen ist, inwieweit das Verständnis für die Pflegedokumentation, beziehungsweise der Pflegeplanung, in einer Schulung den Pflegenden vermittelt werden kann, oder ob sich hier die Defizite in der pflegerischen Ausbildung widerspiegeln.

Aus den Ergebnissen aus der Literatur sowie den Interviews lässt sich vermuten, dass die genannten Faktoren, welche eine Herausforderung bei der Anwendung darstellen, aufeinander wirken und sich gegenseitig beeinflussen. Es scheint, dass beispielsweise der geringe Personalschlüssel eine Begründung für die fehlende Zeit bei der Anwendung der Pflegeplanung ist. Dadurch kann die Planungen nicht evaluiert, nicht gelesen oder auch nur unvollständig verfasst werden. Die angesprochenen Schulungen der Pflegenden können nach Erfahrungen der Experten sowie der Aussagen aus der Literatur die Anwendung der Pflegeplanung erleichtern. Jedoch müssen die personellen sowie zeitlichen Rahmenbedingungen verändert werden, um die Beanspruchung der Pflegenden bei der Anwendung zu mindern. Es scheint, dass durch die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Anwendung der Planung (Personalschlüssel, Zeitfaktor, räumliche Bedingungen), sowie das Beheben weiterer Schwierigkeiten (Inkonsequente Umsetzung der Bezugspflege, Formulierung, inhaltliche Unsicherheiten) eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung gewährleistet werden kann. Eine Begründung findet sich darin, dass durch einen ausreichenden Personalschlüssel, durch ausreichend viel Zeit, sowie durch eine konsequente Umsetzung der Bezugspflege die Möglichkeit bestehen würde, die Pflege gemeinsam mit dem Klienten zu planen. Ebenso kann der Pflegende, welcher mehr Zeit zur Verfügung hat, sich intensiv mit der Planung auseinandersetzen und sich mehr Zeit für die Formulierung und die inhaltlichen Gestaltung nehmen. Der Pflegende, welcher den Nutzen der Pflegeplanung erkennt und über die Kompetenz verfügt die Pflegeplanung anzuwenden, sowie die Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt bekommt, könnte vermutlich gemeinsam mit dem Bewohner Probleme, Ressourcen, Ziele sowie Maßnahmen erarbeiten, die Ziele evaluieren und die Pflege gemeinsam gestalten. Aller Voraussicht nach kann durch ein gemeinsames Erarbeiten der Pflegeplanung mit dem Klienten die Pflege individualisiert, organisiert und evaluiert und das Wohlbefinden des Bewohners gefördert werden. Begründen lässt sich das Wohlbefinden mit einer größtmöglichen Selbstbestimmung seitens des Klienten.

Weiterer Forschungsbedarf

Der Vergleich der Ergebnisse aus der Literatur und den Interviews geben Hinweise auf einen weiteren Forschungsbedarf. Es lassen sich nur Vermutungen aufstellen, die den Bedarf für weitere Forschung aufzeigen. Es scheint, dass die Ursachenforschung durch die dargelegten Erfahrungen der Pflegenden hier angeregt wird. So ist beispielsweise eine Ursachenforschung hinsichtlich der Formulierungsschwierigkeiten seitens der Pflegenden denkbar. Ein weiterer zu untersuchender Aspekt könnte sein, inwiefern die Tagesstruktur im Vergleich zur herkömmlichen Pflegeplanung die Anwendung erleichtert und welche Erfahrungen die Pflegenden mit beiden Formen gemacht haben. Daraus ableitend lässt sich hinterfragen, ob die genannten Erfahrungen, beziehungsweise Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten der Interviewpartner ohne kritische Begutachtung zu vergleichen sind. Dementsprechend ist die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus den Interviews anzuzweifeln. Um die beiden Strukturen zu beleuchten und um einen Vergleich zu ziehen, ist weitere Forschung nötig. Des Weiteren wären Studien in Bezug auf die verschiedenen Dokumentationssysteme interessant, welches sowohl mit einer qualitativen, als auch mit einer quantitativen Forschungsmethodik, als auch mit einer Methodentriangulation, denkbar wäre. Ein Aspekt, welcher ebenso weiterer Forschungsbedarf, ist die Entwicklung und Diskussion von Pflegeprozessmodellen, wodurch sich die Pflegeplanung verändern und eventuell andere Voraussetzungen, Schwierigkeiten sowie Verbesserungsvorschläge bei der Anwendung seitens der Pflegenden resultieren. Spannend für weitere Forschung stellt auch der Aspekt der geschilderten Schulungen dar. Es wäre denkbar, dass Schulungen durchgeführt und anschließend die Erfahrungen der Pflegenden mit der Anwendung erfasst werden. Ebenso könnte ein Vergleich stattfinden, welcher den Fokus auf die Erfahrungen der Teilnehmer vor und nach der Schulung legt. Ein genauer zu untersuchender Aspekt wäre die Anwendung der Pflegeplanung unter dem Blickwinkel der Zusammenarbeit im Team, da diese in den Erfahrungen Pflegenden als eine wichtige Voraussetzung genannt wird. Jedoch wird die Zusammenarbeit in der Literatur, als auch in den Interviews in unterschiedlicher Prägnanz und zu verschiedenen Zeitpunkten als hilfreich beschrieben. Hierbei wären Studien interessant, welche die Beeinflussung der kollegialen Zusammenarbeit auf die Pflegeplanung untersuchen.

Limitationen

Nach den aufgeführten Ergebnissen aus den Interviews und der Literatur sowie deren kritischer Begutachtung folgt eine kritische Auseinandersetzung mit der durchgeführten empirischen Forschung in Form von qualitativen Interviews sowie der Literaturrecherche der Thesis. Vorerst ist zu nennen, dass das Forschungsdesign als geeignet empfunden wurde, da die Herausforderungen seitens der Pflegenden bei der Anwendung der Pflegeplanung nicht nur durch die Analyse und Bewertung von Pflegeplanungen bestimmt werden sollten (quantitative Forschung), sondern die Erfahrungen der in der Praxis tätigen Pflegenden Hinweise auf Schwierigkeiten und Verbesserungsmöglichkeiten geben.

Limitationen, bezüglich der qualitativen Untersuchung, sind, dass kein Probeinterview geführt wurde, durch welches der Interviewleitfaden überprüft und eventuell anschließend angepasst werden konnte. Dadurch sind eventuell relevante Ergebnisse nicht erfasst worden. Des Weiteren wurden die Transkripte den Interviewpartnern nicht vorgelegt, um die Aussagen zu bestätigen. Es lässt sich somit nicht ausschließen, dass Aussagen der Pflegenden leicht verändert erfasst wurden. Ebenso bringt die Auswertung der Interviews nach Mayring (2015) die Gefahr mit sich, dass durch die Bildung der Kategorien inhaltliche Nuancen nicht erfasst werden. Es lässt sich sagen, dass die Stichprobengröße der durchgeführten Studie mit drei Interviewpartnern als klein und nicht als repräsentativ angesehen werden kann. Die geringe Teilnehmerzahl lässt somit keine übertragbaren Ergebnisse zu. Für ein umfassenderes Ergebnis wäre eine größere Stichprobe nötig, was im Rahmen der Thesis nicht möglich war. Es konnten jedoch im Sinne der qualitativen Forschung Erfahrungen der Studienteilnehmer generiert werden, die oben angedachte wichtige Anhaltspunkte für weitere detailliertere Forschung aufzeigen.

Hinsichtlich der Literaturrecherche weist die Arbeit weitere Limitationen auf. Hierbei ist zu nennen, dass die aufgeführten Ergebnisse aus der Literatur sowie aus den Interviews ein breites Spektrum an Themengebieten aufweisen. Auf dieser Basis ist zu hinterfragen, ob alle Studien in der Literaturrecherche mit den Suchbegriffen abgedeckt und gefunden wurden. Ebenso ist die Vermutung aufzustellen, dass aufgrund der hohen Trefferzahl Studien von dem Autor übersehen wurden. Die bis dato gefundene Literatur der Recherche vom 15.04.2015 lässt jedoch, hinsichtlich der Erfahrungen von Pflegenden bei der Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege, auf eine geringe Forschungslage schließen. Allerdings ist dieses unter Vorbehalt einer eventuell mangelnden Sensibilität der Suchbegriffe, der angewandten Filter sowie einer mangelnden Übersicht des Autors bei der hohen Trefferzahl zu betrachten. Die Studienlage ist

ausschließlich für die frei zugänglichen Studien zu bewerten. Des Weiteren ist zu vermerken, dass Studien, welche zum Teil eine geringe Aussagekraft besitzen, bewusst in der Arbeit verwendet wurden, um aus ihnen aktuelle Ergebnisse bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege herauszuziehen und aufzuzeigen, dass weiterer Forschungsbedarf besteht.

5. Schlussfolgerung

Die erste Fragestellung der Thesis, welche Erfahrungen examinierte Pflegende mit der Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege gemacht haben, konnte in der Arbeit aufgrund der qualitativen Forschungsmethodik beantwortet werden. Die Pflegenden haben die Erfahrungen gesammelt, dass die Unterstützung und die Zusammenarbeit im Team, das Pflegesystem der Bezugspflege, die vollständige Informationssammlung, als auch die Bewahrung der Individualität der Bewohner eine Voraussetzung für die Anwendung darstellt. Des Weiteren legen die Interviewpartner auf die Biographiearbeit in der stationären Altenpflege wert und ergänzen diesbezüglich die Literatur. Auf die zweite Frage, welche Verbesserungsvorschläge es seitens der Pflegenden gibt, wurden von den Pflegenden zunächst Aspekte genannt, welche die Anwendung der Planung erschweren und als verbesserungswürdig betrachtet werden. Deckend mit der Literatur haben die Experten die Erfahrung gemacht, dass der geringe Personalschlüssel, der Zeitfaktor, die Formulierung der Pflegeplanung das Verfassen dieser erschwert. Die Pflegenden ergänzten, dass die fehlende Ruhe beim Schreiben durch die einrichtungsinternen Rahmenbedingungen eine Herausforderung darstellt. Als eine Möglichkeit den genannten Schwierigkeiten entgegenzuwirken werden Schulungen genannt. Festhaltend lässt sich sagen, dass die Studienteilnehmer über ein breites Spektrum an Erfahrungen verfügen, die nah an den Ergebnissen der Literatur- und Studienanalyse anzusiedeln sind.

Es lässt sich der Schluss ziehen, dass die vorliegende Arbeit Anhaltspunkte zu den Voraussetzungen, den Erschwernisfaktoren sowie zu Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflegeeinrichtung liefert. Es zeigt sich, dass bezüglich der untersuchten Fragestellungen weiterer Forschungsbedarf besteht, um die Erfahrungen der Pflegenden in der stationären Altenpflege zu erfassen und daraus Verbesserungsmöglichkeiten zu entwickeln.

6. Literaturverzeichnis

- Adams-Wendling, L.; Piamjariyakul, U.; Bott, M.; Taunton, R. L. (2008): Strategies for translating the resident care plan into daily practice. In: Journal of Gerontological Nursing 34. S. 50–56.
- Alfaro-LeFevre, R. (2013): Pflegeprozess und kritisches Denken. Bern: Hans Huber Verlag.
- Bartholomeyczik, S. (2004): Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: Pflege 17, S.187-195.
- Behrens, J.; Langer, G.(2010): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidence für die Pflegepraxis. Bern: Hans Huber.
- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2005) : Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Das Experteninterview. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bollmann, M. (2010): Der Pflegeprozess in der Altenpflege. Individuell und flexibel pflegen mit dem 4 Phasen Modell. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Brandenburg, H.; Panfil, E. M.; Mayer, H. (2007): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. Bern: Hans Huber.
- Brunner, H.; Knitel, D.; Resinger, P. J. (2013): Leitfaden zur Bachelor- und Masterarbeit. Einführung in wissenschaftliches Arbeiten und berufsfeldbezogenes Forschen an Hochschulen und Universitäten. Marburg: Tectum Verlag.
- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz: Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) § 3 Weitere Begriffsbestimmungen. Online verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/___3.html, zuletzt geprüft am 08.05.2015.
- Collier, I.; McCash, K.; Bartram, J. M. (1998): Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft.
- Dellefield, M. E. (2006): Interdisciplinary Care Planning and the written Care Plan in Nursing Homes: A Critical Review. In: Journal of Gerontological Nursing 1, S. 128-133.
- Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS); Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) (Hrsg.) (2014): Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS). Online verfügbar unter http://www.soziologie.de/uploads/media/Ethik-Kodex_2014-06-14.pdf, zuletzt geprüft am 02.05.2015.
- Deutsches Medizinrechenzentrum (2008): Pflegeplanung Definition. Online verfügbar unter: <http://www.dmrz.de/definition-pflegeplanung.html>, zuletzt geprüft am 15.04.2015.

- Doenges, M.; Moorhouse, M. F.; Murr, A. (2010):** Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. 4. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Dresing, T.; Pehl T. (2013):** Praxishandbuch Interview, Transkription und Analyse. 5. Auflage. Eigenverlag: Marburg.
- Fiechter, V.; Maier, M. (1993):** Pflegeplanung – Eine Anleitung für die Praxis. 9. Auflage. Basel: Recom Verlag.
- Fiechter, V.; Maier, M. (1998):** Pflegeplanung. Basel: Recom Verlag.
- Flick, U. (2007):** Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt.
- Haas-Unmütig, P.; Schmidt, C. (2010):** Der Diskurs zu den Gütekriterien der qualitativen Forschung. In Pflege 23. S. 109-118.
- Heinrichs, P. (2012):** Das zeitraubende Klein-Klein der Pflegeplanung. In: Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 4, S. 204-207.
- Henke, F. (2006):** Pflegeplanung nach dem Pflegeprozess. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Henke, F. (2012):** Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Henke, F.; Horstmann, C. (2012):** Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.) (2001):** Pflegequalität und Pflegeleistungen I - Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegqualität und Pflegeleistungen. Online verfügbar unter <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht-pflegeleistung1.pdf>, zuletzt geprüft am 12.05.2015.
- Klugkist, A. (2006):** Standard: Umgang mit der Pflegedokumentation. Online verfügbar unter <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-pflegedokumentation.htm>, zuletzt geprüft am 17.04.2015.
- Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S.; Stefer, C. (2008):** Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2014):** Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Krsnic, M. (2014):** Die individuelle Pflegebedürftigkeit abbilden. In: Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 4, S. 240-243.
- Lay, R.; Brandenburg, H. (2001):** Pflegeplanung abschaffen? Überlegungen aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: Die Schwester/Der Pfleger 40. S. 938 – 942.

- Lay R.; Brandenburg, H. (2002): Pflegeplanung- eine kritische Bestandsaufnahme. In: Psychiatrische Pflege 8, Seite 149-152.
- Leonie-Scheiber, C. (2004): Der angewandte Pflegeprozess. Maudrich: Facultas Verlag.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Online verfügbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/P42_Pflegeprozess.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2014.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Online verfügbar unter www.mds-ev.de/media/pdf/Zweiter_Bericht_des_MDS.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2014.
- Messer, B. (2006): 100 Tipps für die Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Messer, B. (2008): Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenpflege. 3. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Mötzing, G. (2010): Leitfaden Altenpflege. München: Elsevier GmbH.
- Müller-Staub, M.; Needham, I.; Van Achterberg, T. (2007): Pflegediagnosen, -interventionen und – ergebnisse - Anwendung und Auswirkung auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege 20, S. 352-371.
- Reinmann, G. (2014): Standardisierungsgrade. Online verfügbar unter <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/744>, zuletzt geprüft am 16.04.2015.
- Reuschenbach, B. (2013): Pflegeplanung. Schwimmflügel aus Beton? Pflege in Bayern 1.
- Schweiger, P. (2011): „Wir haben zwar Geduld, aber keine Zeit“. Eine Ethnografie subjektiver Arbeitsstile in der ökonomisierten Altenpflege. München: Herbert UTZ Verlag GmbH.
- Stefan, H.; Eberl, J.; Schalek, K.; Streif, H.; Pointner, H. (2006): Praxishandbuch Pflegeprozess. Wien: Springer-Verlag.
- Thomsen, M. (2014): Pflegeprozessplanung vom Kopf auf die Füße stellen. Online verfügbar unter <http://www.experto.de/b2c/gesundheit/pflege/pflegeprozessplanung-vom-kopf-auf-die-fuesse-stellen.html>, zuletzt geprüft am 18.04.2015.
- Völkel, I.; Ehmman, M. (2011): Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege. 4. Auflage. München: Urban und Fischer.
- Werner, S. (2014): Pflege zu planen, ist Teamarbeit. In: Pflegezeitschrift, Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 4. S. 216-219.

Wieteck, P. (2011): Standardisierte Terminologie zur wissensbasierten Pflegeplanung. Online verfügbar unter http://www.medizin-edv.de/ARCHIV/Standardisierte_Terminologie_zur_wissensbasierten_Pflegeplanung.pdf, zuletzt geprüft am 02.12.2014.

Wilkinson, J. (2012): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Bern: Hans Huber Verlag.

Wittig, O.; Bauer, S. (1997): Pflegediagnosen in der deutschen Krankenhauspflege? In: Die Schwester Der Pflege 36. S. 1029-1034.

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden.....	A1
Anhang 2: Informationsschreiben.....	A2
Anhang 3: Einverständniserklärung.....	A4
Anhang 4: Transkript: Interview C.....	A5

Anhang 1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

- 1) Was bedeutet für Sie der Begriff der „Pflegeplanung“?
- 2) Was denken Sie, wie wird Ihre tägliche Arbeit von der Pflegeplanung beeinflusst?
- 3) Welche Schwierigkeiten ergeben sich nach Ihrer Ansicht beim Schreiben der Pflegeplanung im Alltag?
- 4) Wenn Sie eine Pflegeplanung geschrieben haben- wie beeinflusst das Geschriebene jetzt daraus ihre Arbeit?
- 5) Welche Vor/Nachteile entstehen ihrer Meinung nach für den Patienten durch die momentane Anwendung der Pflegeplanung?
- 6) Welche Faktoren würden dazu beitragen, dass die Anwendung der Pflegeplanung erleichtert werden würde? Welche Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Anwendung gibt es?



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Informationsschreiben zur Teilnahme an einem studentischen Forschungsprojekt für die Bachelorarbeit mit dem Thema: „Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege“

Sehr geehrte Damen und Herren,

In diesem Schreiben möchte ich Sie über meine Forschungsfrage, mein Forschungsziel, über die Methode, die Laufzeit der Forschung, den Datenschutz, sowie über die Länge des Interviews informieren.

Forschungsfrage

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich herausfinden, welche Erfahrungen examinierte Pflegende in der stationären Altenpflege mit der Anwendung der Pflegeplanung gemacht haben und welche Verbesserungsmöglichkeiten es seitens der Pflegenden bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung gibt?

Forschungsziel

In der Arbeit sollen die Erfahrungen, welche examinierte Pflegende in der stationären Altenpflege bei der Anwendung der Pflegeplanung gesammelt haben, dargestellt werden. Die Aspekte, welche für die Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege als Voraussetzung genannt werden, sowie Bedingungen, welche die Anwendung der Planung erschweren werden herausgearbeitet und daraus Verbesserungsmöglichkeiten entwickelt. Das Ziel der Arbeit ist es, anhand der dargelegten Verbesserungsmöglichkeiten, die Anwendung der Pflegeplanung zu erleichtern und dadurch eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung für den Bewohner zu erreichen.

Methodik

Um die Forschungsfrage zu bearbeiten, wird zuerst eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed sowie Cochrane sowie eine Handrecherche in wissenschaftlichen Pflegezeitschriften und in Fachbibliotheken durchgeführt. Die Studie wird im qualitativen Forschungsdesign erstellt. Die Erfahrungen der examinierten Pflegenden, n=3, werden mittels eines halbstandardisierten Experteninterviews ermittelt. Durch die Interviews möchte der Autor die Erfahrungen der Interviewpartner ermitteln. Abgestimmt auf die Literaturrecherche wird ein Interviewleitfaden mit sechs offenen Fragen erstellt. Die Interviews werden mit drei examinierten Altenpfleger/innen, die

aktuell in der stationären Altenpflege tätig sind, geführt. Die Zahl der Interviewpartner wurde im Voraus auf drei festgelegt. Dieses geschah aufgrund der zeitlichen Begrenzung zur Durchführung der Studie in Rahmen der Bachelor- Thesis. Anforderungen an die Interviewpartner sind eine abgeschlossene Ausbildung zum/ zur examinierten Altenpfleger/in oder zum/zur examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Ebenso müssen die Interviewpartner seit mindestens einem Jahr in der Altenpflege berufstätig sein. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Pflegenden Erfahrungen bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung gesammelt haben. Es werden drei unterschiedliche Seniorenheime ausgewählt, um keine einrichtungsspezifische, Problematik, bezüglich der Anwendung der Pflegeplanung, zu erfassen. Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnern erfolgt telefonisch. Die Interviews werden aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Abschließend werden die Interviews mit der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Laufzeit der Forschung

Die Laufzeit der Forschung beträgt zwei Monate.

Datenschutz

Vor Beginn des Interviews unterzeichnet die examinierte Pflegende eine Einverständniserklärung zur Teilnahme am Interview. Der/Die Interviewpartner/in hat jederzeit das Recht vom Interview zurückzutreten. Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend von der Mitarbeiterin des Studienprojekts in Schriftform gebracht. Die Tonbandaufnahme wird verschlossen aufbewahrt. Sie ist nur der Verfasserin der Bachelorarbeit sowie der betreuenden Dozentin zugänglich. Nach Abschluss des Forschungsprojektes werden die Aufnahmen gelöscht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben von der interviewten Person aus dem Text pseudoanonymisiert. Je nach Bewertung der Bachelor- Thesis wird die Arbeit durch die HAW Hamburg im Internet veröffentlicht.

Länge des Interviews

Die Länge des Interviews beträgt circa 20 Minuten.

Vielen Dank im Voraus,

Mit freundlichen Grüßen,


Ann-Kristin Koloff

Anhang 3: Einverständniserklärung



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem studentischen Forschungsprojekt für die Bachelorarbeit mit dem Thema: „Anwendung der Pflegeplanung in der stationären Altenpflege“

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend von der Mitarbeiterin des Studienprojekts in Schriftform gebracht wird. Die Tonbandaufnahme wird verschlossen aufbewahrt. Sie ist nur der Verfasserin der Bachelorarbeit, sowie der betreuenden Dozentin zugänglich. Nach Abschluss des Forschungsprojektes werden die Aufnahmen unwiederbringlich gelöscht.

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben zu meiner Person aus dem Text pseudonymisiert.

Je nach Bewertung der Bachelor-Thesis wird die Arbeit durch die HAW Hamburg im Internet veröffentlicht.

Ich kann diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen, ohne dass irgendwelche Nachteile für mich entstehen.

Kontaktadresse für Widerruf:
Ann-Kristin Koloff
Telefonnummer: [REDACTED]

Ich habe eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten.

Datum/ Ort

Unterschrift

Anhang 4: Transkript: Interview C

Datum: 10.04.2015, Dauer: Circa 17 Minuten

I: Interviewer B: Befragter

- 1 I: Dann starte ich mal. Und zwar ist die erste Frage, was bedeutet für Sie überhaupt der
2 Begriff der Pflegeplanung?
- 3 B: Für mich bedeutet der Begriff Pflegeplanung, dass ich den Ist- Zustand vom Bewohner
4 sehe, also von der Biographie her, dass ich biographische Daten einhole. Und das ich
5 danach diesen Ist-Zustand, wie die Bewohnerin der Bewohner aus dem Pflegesetting
6 gekommen ist und das ich danach diese Pflegeplanung erstellen kann (...) immer in
7 Verbindung eben mit der Biographie.
- 8 I: Also die Biographie ist für Sie ein relevanter Aspekt?
- 9 B: Ja, genau.
- 10 I: Und was denken Sie, wie wird ihre tägliche Arbeit von der Pflegeplanung beeinflusst?
- 11 B: Das jeder weiß, ob, wenn zum Beispiel Fremd- Kollegen auf unsere Station kommen
12 und bei uns auf der Station arbeiten, die können sich die Pflegeplanung nehmen, wir haben
13 ja so Scanner-Mappen, da sind alle Maßnahmen der Pflegeplanung drin, dass ganz genau
14 jeder weiß, wie was, wann, womit (...) die Pflege vom Bewohner, als Beispiel (...) nehmen
15 wir mal Körperpflege ist gut, wir haben das Problem, wir haben das Ziel, wir haben die
16 Ressourcen, was sie gerne möchten und in den Maßnahmen steht dann da drin, dass eine
17 demente Bewohnerin, wo man dann hat ruhig und in klaren, kurzen Sätzen sie anleiten
18 kann, gegebenenfalls, wenn man die Maßnahmen auch selber durchführen muss, dass man
19 das auf einen Blick sieht. Ich finde schon, dass das eine Hilfe ist, so eine Pflegeplanung.
- 20 I: Und was denken Sie, welche Schwierigkeiten ergeben sich beim Schreiben der
21 Pflegeplanung im Alltag?
- 22 B: Die Schwierigkeiten, weil das soll ja für examinierte Kräfte und für unexaminierte
23 Kräfte geschrieben werden, wir haben ja unsere Bezugspflege, danach schreiben wir für
24 die Bezugspflege die Pflegeplanung, und eben nur für die Bezugspflege, dass man das
25 auch so schreibt, dass es jeder versteht. Also dass das auch die Pflegekraft ohne Examen

26 versteht, weil wir würden jetzt mit ganz vielen lateinischen Wörtern, oder Fremdwörtern
27 ein Problem beschreiben, aber das versteht ja unsere Pflegekraft nicht, die sich das dann
28 durchließt, also das ist dann eine Schwierigkeit. Also auch für den MDK, wenn der MDK
29 kommt und guckt, ob die Pflegestufe noch passt oder ob eine höhere Pflegestufe braucht.

30 I: Also geht es auch um Formulierungen?

31 B: Die richtige Formulierung, genau das ist es, das ist schwierig, wenn man da doch so
32 vorsitzt und überlegt, wenn ich jetzt eine Pflegekraft wär, was möchte ich da gerne drin
33 haben, dass ich es verstehe, warum braucht der Bewohner die und die Hilfe.

34 I: Okay und wenn Sie jetzt die Pflegeplanung geschrieben haben, wie beeinflusst das
35 Geschriebene daraus jetzt Ihre Arbeit?

36 B: Also wenn jetzt neue Kollegen kommen von der Zeitarbeit, dann gibt es immer eine
37 Kurzeinweisung, auch verbal, aber immer so, dass die ganz genau sehen, dass sie mit
38 dieser Pflegeplanung genau wissen, was zu tun ist, was zu machen ist, das sie den
39 Bewohner umgehen können.

40 I: Okay und um nochmal auf die Schwierigkeiten zu kommen. Gibt es noch welche beim
41 Schreiben, die Ihnen einfallen?

42 B: Also der Zeitfaktor ist auch eine Schwierigkeit, man möchte ja dem Bewohner gerecht
43 werden und nicht immer nur am Computer sitzen, also Zeitfaktor spielt schon eine große
44 Rolle, die Zeiten sich zu nehmen, sich so zu organisieren, über den Tag, wenn man Früh-
45 Spät- oder Nachtdienst hat, dass man sich hinsetzen kann und eine Pflegeplanung
46 schreiben kann, weil man dafür Ruhe braucht und das ist sehr schwierig so im Alltag und
47 im Dienstzimmer.

48 I: Ist das denn möglich sich die Zeit zu nehmen?

49 B: Also uns wird das ermöglicht, dass man zum Wohnbereichsleiter geht und sagt,
50 mensch, die uns die Pflegeplanung müsste mal überarbeitet werden oder die
51 Wohnbereichsleitung sagt, er macht ja auch Pflegevisiten, die man dann von seiner
52 Bezugspflege bekommt, also er ermöglicht das schon, dass man sich dann rausziehen kann
53 aus dem Alltag und das man sich dann hinsetzen kann und die Pflegeplanung schreiben
54 kann.

55 I: Und welche Vor- und Nachteile entstehen durch die momentane Anwendung der
56 Pflegeplanung? Für den Bewohner Vor- oder Nachteile?

57 B: Also wenn man die richtig schreibt, oder wenn man sich den Bewohner vorstellt, also
58 richtig schreibt, dann kann es ja eigentlich nur Vorteile geben. Weil dann jeder ganz genau
59 daraus erlesen kann (...) wie seine kognitive Stimmung ist oder überhaupt oder wie das
60 Krankheitsbild ist, wie ich damit umgehen kann, oder ob der Bewohner bei der sozialen
61 Betreuung mitmacht oder an Veranstaltungen teilnimmt, sowas steht ja alles mit drin oder
62 ob er an Musiktherapien teilnimmt, oder wir haben Bewohner, meist die Schwerstpflege,
63 die werden nicht jeden Tag aus dem Bett geholt, sondern nur alle zwei oder drei Tage, also
64 es gibt schon Vorteile. Das Einzige ist beim Schreiben am PC, am IT- Programm, wir
65 schreiben ja die Anamnese und durch die Anamnese, wenn man da jetzt Hilfebedarf oder
66 so ankreuzt, haben wir dann sozusagen Assistenten für die Pflegeplanung, der mir schon
67 Probleme vorgibt, und ich wäre dafür das man eigene Probleme alleine schreiben könnte,
68 weil für mich manchmal dieser Assistent, die Probleme dafür sind manchmal nicht
69 passend. Und ich wäre so ein Mensch lieber als Ziel so einen Assistenzen als für das
70 Problem, weil für das Problem würde ich lieber von mir aus schreiben (...) Herr so und so,
71 Frau so und so ist kognitiv eingeschränkt durch die fortgeschrittene Demenz oder
72 irgendwie so als Beispiel.

73 I: Und reintheoretisch, wo ist da die Schwierigkeit, weil eigentlich sollte das Problem ja
74 zusammen mit dem Bewohner erarbeitet werden?

75 B: Richtig genau, dass ist hier schwierig, weil hier da bei uns haben auch Normalpflege
76 aber auch sehr viele demenzielle Erkrankungen und auch Korsakow und da ist das dann
77 schon schwierig, weil die das dann nicht äußern können, und da ist das dann schon
78 schwierig, dass geht ja meistens nur mit den mobilen Bewohnern, die sich auch verbal
79 noch äußern können (...) und da ist ja das Schöne, wenn man halt die Biographie hat, wenn
80 sie von der Häuslichkeit oder aus dem Krankenhaus kommen, find ich immer sehr sehr
81 wichtig, weil da findet man auch schon Probleme und die Ressourcen, wo man die greifen
82 kann und was man dann ausbohren kann, was man dann mit rein nehmen kann in die
83 Planung.

84 I: Und um nochmal auf die Frage zurückzukommen, welche Vor- und Nachteile entstehen
85 für den Bewohner durch die momentane Umsetzung der Pflegeplanung? Also gibt es auch
86 Nachteile bei der momentanen Umsetzung, wie es ist?

87 B: Na die Nachteile sind leicht, weil wir arbeiten ja mit Bezugspflege, und man soll so und
88 so viel Tage bei seiner Bezugspflege sein und das ist sehr schwer. Weil man arbeitet ja mit
89 der Pflegeplanung, und das ist das Schwierige, dass man täglich auch mit seiner
90 Bezugspflege zusammenarbeitet.

91 I: Also das es dann nicht so kontinuierlich ist und man nicht evaluieren kann?

92 B: Richtig genau und deswegen ist man ja auch so angewiesen auf seine Kollegen, was ja
93 auch gut ist, das man immer ständig nachfragen kann, mensch, ich war jetzt schon paar Tage
94 nicht bei der und der Bewohnerin oder bei dem Bewohner, ich würde gerne evaluieren, das
95 und das, kannst du mir da einen Tipp geben? Da muss man halt fragen.

96 I: Und was bedeutet das für den Bewohner?

97 B: Na für den Bewohner, ja klar, wir haben Bewohner die gerne nur ein oder zwei
98 Leutchen haben wollen, neue wollen sie nicht so gerne, weil wir haben auch eine
99 Bewohnerin, die sagt klipp und klar, dass die keine neue möchte, weil sie dann alles von
100 Vorne erzählen muss. Und das ist das Problem, und deswegen möchten, die sich verbal
101 äußern können, das Pflegepersonal haben, dass hier schon lange arbeitet, was ja auch ganz
102 normal ist, weil man baut ja auch eine Bindung auf.

103 I: Okay und ich muss nochmal nachfragen, gibt es noch weitere Nachteile für den
104 Bewohner, dadurch wie die Pflegeplanung jetzt umgesetzt wird?

105 B: Ja (...), manche Kollegen, fällt mir gerade ein, lesen sich die Pflegeplanung nicht richtig
106 durch. Wenn man sich die nicht richtig durchliest, und man hat dann eben einen Bewohner,
107 der sich verbal nicht äußern kann, durch Mimik und Gestik, dass find ich persönlich nicht
108 so schön, wenn man sich immer selber (...) also ich stell mir immer vor, ich bin dann der
109 Bewohner, der sich selbst nicht verbal äußern kann, und wenn man sich diese
110 Pflegeplanung nicht durchliest (...) und dann, na ich finde, dass man dann falsch an den
111 Bewohner rangeht. Weil man muss ein Vorwissen haben, man muss, und dafür ist ja die
112 Pflegeplanung da, dafür haben wir diese Scanner- Mappen auf den Bettenwagen und das
113 sind manchmal kurze Sätze und die kann man sich schnell mal durchlesen, man kann ja
114 auch über kreuz einfach mal runterlesen, dass man weiß, wie geh ich an den Bewohner,
115 darf ich da ein bisschen temperamentvoller rangehen, oder ein bisschen ruhiger, ne, also
116 das ist dann schon ein Nachteil für den Bewohner, vor allem bei so viel Arbeit und

117 Gedanken in so einer Pflegeplanung drin steckt, das ist dann nicht so schön, wenn man die
118 sich nicht durchliest.

119 I: Und woran liegt es, dass die Planung nicht durchgelesen wird?

120 B: Na viele Kollegen sagen, dass sie keine Zeit haben. Also es ist Zeitmangel denk ich mir
121 mal. Obwohl man guckt ja in die Mappen rein, man könnte sich die auch durchlesen.

122 I: Und welche Faktoren würden dazu beitragen, dass die Anwendung der Pflegeplanung
123 erleichtert werden würde oder welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es?

124 B: Mit der Pflegeplanung zu schreiben?

125 I: Zu schreiben.

126 B: Ja wie ich schon sagte, mit dem Assistenten, weil wir halt, weil da steht dann halt
127 Problem, Ziel, Maßnahme, ich mach meine Anamnese, wie ich schon gesagt habe, kreuze
128 an, da und da Problem, dass Hilfebedarf da ist und das dann halt bei Problem dieser
129 Assistenz aufspringt, und das ich das manchmal ganz anders sehen würde, und ich
130 persönlich, dass Problem lieber selbst schreiben würde, ich bräuchte keinen Assistenten.

131 I: Und gibt es noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten?

132 B: Also so Bücher zu Formulierungshilfen vielleicht, vielleicht könnte das mal beim
133 Formulieren auch helfen, vielleicht könnte das mal hinterlegt werden. Ja und eine
134 Schulung für Formulierungen vielleicht. Und was mir noch fehlt, wir haben ja auch die
135 Expertenstandarts wie Ernährung oder auch Dekubitus, als Beispiel und da haben wir diese
136 Skalen, die füllen wir aus und da muss man sich immer zwischen Skala, weil da kann man
137 sich immer schön die Probleme raussuchen und die Ressourcen und man muss immer hin
138 und her schalten, da wird nämlich auch schön, man hat die Pflegeplanung offen, Mobilität
139 zum Beispiel, und könnte sich die Expertenstandart - Seite auch aufmachen, dass man
140 nicht immer hin und her schwenken muss, weil wenn man hin und her schwenkt, hat man
141 ja schon wieder vergessen, was man gesehen hat. Und ich druck die Skalen immer aus,
142 aber das ist ja auch nicht Sinn der Sache und schreib dann danach die Pflegeplanung. Also
143 man müsste mehr Fenster in dem Programm öffnen können.

144 I: Und noch Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Umsetzung?

145 B: Naja das man vielleicht, dass wenn neue Pflegekräfte oder die Zeitarbeit die Zeit finden
146 würde, dass mal kurz durchzulesen. Wenn man den ein oder zwei Bewohnern gibt und die
147 sich das dann in Ruhe durchlesen können.

148 I: Okay und ich glaub das war es dann schon. Vielen Dank. Haben Sie denn noch Fragen
149 oder Anmerkungen?

150 B: Nein soweit nicht. Danke.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Bachelorarbeit selbständig verfasst habe und sämtliche in Anspruch genommene Hilfsmittel und Quellen in der Arbeit als solche kenntlich gemacht habe.

Hamburg, den 01.06.2015


Ann-Kristin Koloff