

## **Erläuterungen zu den aktuellen Entwicklungen der „Fördernden Prozesspflege“ mit der Strukturierungshilfe ABEDL® von Frau Prof. Krohwinkel**

In den letzten Jahren hat sich ein bunter Strauß an Informationen zur Fördernden Prozesspflege verbreitet. Aus diesen unklaren aber manchmal auch missverständlichen Informationen oder Interpretationen sind dann Aussagen entstanden, die zum Ausdruck bringen, dass sich ein richtiges Verständnis für die „Fördernde Prozesspflege“ nach wie vor in vielen Pflegeeinrichtungen nicht entwickelt hat bzw. entwickeln konnte. Beispielhaft sind im Folgenden einige Aussagen aufgeführt, die sich z.B. im Internet finden lassen und den Sachverhalt untermauern:

„Beim Modell der aktivierenden und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) handelt es sich um ein Bedürfnismodell. Die Bedürfnisse und Fähigkeiten werden in dreizehn Bereiche gegliedert.“

oder:

„Wir arbeiten in unserer Einrichtung nach der Pflgetheorie von Monika Krohwinkel. Die Grundlage zu dieser Theorie liefern uns die AEDL's und den daraus entstehenden Maßnahmen.“

oder:

„Wir arbeiten nach der Pflgetheorie von Monika Krohwinkel, deren Grundlage das Pflegemodell der AEDL's ist und der Maslow'schen Bedürfnispyramide.“

oder:

„Wir orientieren uns an Juliane Juchli mit ihren ATLS, die dann Frau Prof. Krohwinkel zu den AEDL verändert hat.“

oder:

„Wir arbeiten nach Krohwinkel und nutzen die von ihr entwickelten vierzehn AEDL.“

oder:

„Wir arbeiten hauptsächlich nach Krohwinkel und kombinieren das Pflegemodell mit anderen Teilen von anderen Pflegemodellen, weil bei Krohwinkel manchmal etwas fehlt.“

oder aus einem Chat:

„... bei uns im Heim müssen alle AEDLs verplant werden. Da ist es oft verdammt schwer ein Problem für den Bew. (= Bewohner) zu finden. Aber der Erfahrung nach findet man nach längerem Überlegen eigentlich immer ein Problemchen, sei es auch noch so klein.“

Diese beispielhaften Aussagen sind alle falsch oder bringen zum Ausdruck, dass ein Verständnis der Fördernden Prozesspflege nicht vorhanden ist.

Andererseits ist in der Zeitschrift CARE konkret vom 09.11.2007, Heft Nr. 45 auf der 1. Seite zu lesen: „Altenpflegemonitor 2007:

„Nur acht Prozent würden sich für die stationäre Pflege entscheiden... Image der Heime erreicht Tiefpunkt ... 81 Prozent der Befragten geben an, dass das Personal zu wenig Zeit habe (2006: 83 Prozent) ... Nur 24 Prozent (2006: 24 Prozent) sind der Ansicht dass Pflegebedürftige respektvoll behandelt werden.“

Wiederum in der NEXT-Studie des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Frauen des Landes NW ist zu lesen:

„Die durchschnittliche Berufsverweildauer in der Altenpflege beträgt in NW (= Nordrhein Westfalen) 9,4 Jahre bei Pflegefachkräften und 10,8 Jahre bei Pflegehilfskräften.“ Weiter heißt es dort: „Bei der Befragung von Beschäftigten in der Pflege werden als Hauptgründe für den Ausstieg vor allem Arbeitsüberlastung und mangelnde Anerkennung der Arbeit angegeben.“

Das Verständnis für das Pflegemodell von Frau Prof. Monika Krohwinkel ist oftmals eingeschränkt vorhanden, die aktuellen und zukünftigen zu Pflegenden haben teilweise eine negative Einstellung und der Beruf Altenpflegerin wird immer unattraktiver, was sich auch in dem Mangel an Nachwuchspersonen zeigt.

Aus diesen Aussagen, könnte man ableiten, dass die Altenpflege auf einen Pflegenotstand zusteuert. Um gerade dies zu vermeiden, hat die Gesetzgebung u.a. Pflegemodelle als Grundlage der konzeptionellen Pflegeorganisation vorgegeben.

Aber was haben die zuvor genannten Aussagen nun mit den aktuellen Entwicklungen von Frau Prof. Krohwinkel zur „Fördernden Prozesspflege“ zu tun?

Eine ganze Menge, zumal die „Fördernde Prozesspflege“ von Frau Prof. Krohwinkel einerseits das in Deutschland am häufigsten verwendete Pflegemodell ist und somit den konzeptionellen Rahmen schafft, in der sich in Deutschland die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen abspielt. Auf der anderen Seite schafft das Pflegemodell von Frau Prof. Krohwinkel Rahmenbedingungen, die mit Hilfe von Respekt, Kontinuität und organisatorischen Regelungen erst die Voraussetzung für eine gute Pflege sind. So finden sich gerade in diesem Pflegemodell alle an der Pflege beteiligten Personen respektiert wieder.

(Hinweis: Frau Prof. Krohwinkel spricht immer von „Personen“, also Pflegeperson und niemals von „Kräften“. Sprache ist laut Frau Prof. Krohwinkel Ausdruck von Respekt und in der Pflege geht es nicht um Mechanik (= Kraft), sondern um Personen.

Dazu sei an dieser Stelle die zentrale These der Fördernden Prozesspflege zitiert:

*Lebensprozesse und Lebensbedingungen pflegebedürftiger Menschen erfordern ein System, in denen diese Personen und ihre persönlichen Bezugspersonen im Mittelpunkt von Pflege, Betreuung und Behandlung stehen;*

*Hierbei gewinnt die Förderung von Fähigkeiten und Ressourcen an Bedeutung; Fähigkeiten und Ressourcen, welche die betroffenen Personen benötigen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen und ihre Probleme beim Realisieren ihrer Aktivitäten des Lebens zu bewältigen, dem Sichern und Gestalten Ihrer sozialen Kontakte und Beziehungen und dem Umgang mit ihren existentiellen Erfahrungen des Lebens.*

*Fördernde Prozesspflege bietet für solche Handlungssysteme theoretische und methodische Grundlagen und gibt Hilfen für die Umsetzung in Praxis, Management und Qualitätsentwicklung.*

Dabei ist das Anliegen, pflegebedürftige Menschen (personen- und familienorientiert) ganzheitlich-synergetisch zu unterstützen und zu fördern.

D.h. die „Fördernde Prozesspflege“ schafft z.B. über verschiedene in sich verknüpfte Teilmodelle wie z.B. dem Managementmodell Respekt bzw. Zufriedenheit der Bezugspersonen, also auch der Pflegepersonen, da sie im Pflegeprozess als gleichberechtigt angesehen werden. Finden sich die Pflegepersonen in ihrem täglichen Bemühen wieder und respektiert, steigt damit auch die Qualität der Pflege.

Um diese Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen, bedarf es u.a. Konzepte, Methoden und Instrumente zur Umsetzung. D.h. die o.g. Frustration vieler Pflegepersonen kann sich durch den gleichzeitigen (synergetischen) Einsatz geeigneter Instrumente, die die „Fördernde Prozesspflege“ bietet, verhindern lassen.

Frau Prof. Krohwinkel schreibt dazu in ihrem Buch auf Seite 237:

*„Diese Orientierung betrifft auch die persönliche Bezugsperson. Diese als Person mit ins Zentrum pflegerischen Handelns im Pflegeprozess zu rücken und nicht nur unter dem Aspekt „Ressource oder Defizit“ zu betrachten ist für die Umsetzung fördernder Prozesspflege von zentraler Bedeutung.“*

Auch der MDS schreibt in seiner aktuellen Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation:

*„Der Pflegeprozess in eine Arbeitsmethode und geht davon aus, dass Pflege ein dynamischer Problemlösungs- und Beziehungsprozess ist.*

D.h., die „**Beziehungen**“ haben eine zentrale Bedeutung. In der Praxis bedeutet dies auch, dass nicht allein die zu pflegenden Menschen zentraler Mittelpunkt von Pflege sind. Auch die an der Pflege beteiligten Personen sind gleichberechtigt zu respektieren. Eine der Gründe für die neue Begrifflichkeit DER Strukturierungshilfe ABEDL<sup>®</sup> ist das Anliegen, dies (B = soziale Beziehungen) zum Ausdruck zu bringen.

Eine Ursache der mangelnden Umsetzung der Fördernden Prozesspflege ist sicherlich der aktuelle Wissensstand der Praktiker.

Das Wissen über die ganzheitlichen Möglichkeiten der „Fördernden Prozesspflege“ ist ein Mangel, der viele Ursachen hat.

So gab es in der Vergangenheit das Problem, dass Originalliteratur von Frau Prof. Krohwinkel schnell vergriffen war oder die vorhandene Sekundärliteratur oftmals nicht eindeutig genug oder umfassend war, so dass sich ein wirkliches Verständnis für die „Fördernde Prozesspflege“ in den Pflegeeinrichtungen nicht wie beabsichtigt, entwickelt hat. Die „Fördernde Prozesspflege“ wurde daher oftmals auf Teilbereiche wie z.B. die Strukturierungshilfe reduziert, die für sich alleine jedoch keine ganzheitlich-synergetische Pflege bewirken kann.

Um diesen Zustand der Informationslücke zu beseitigen und um die theoretische, wie auch praktische Umsetzung unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen in der „Fördernden Prozesspflege“ zu verdeutlichen, hat Frau Prof. Krohwinkel Ihren Buchklassiker zur „Fördernden Prozesspflege“ mit dem Titel "Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken" überarbeitet und im Huber-Verlag neu aufgelegt (ISBN-13: 978-3-456-84385-2). In dem Buch wird die Systematik der "Fördernden Prozesspflege" aus theoretischer und praktischer Sichtweise dargestellt.

Allein die mit den aktuellen Entwicklungen in Deutschland ausgelösten Diskussion um die „Fördernde Prozesspflege“ schafft Bewusstsein, was förderlich für die Qualität der Pflege ist. Das überraschend große Interesse besagt, dass das oftmals todgesagte Thema „Pflegemodell“ massiv an Bedeutung gewinnt, zumal unter dem Aspekt der Ressourcenknappheit.

Die hier aufgeführte Erläuterung orientiert sich an diesem Buch, wobei die Zitate *kursiv* geschrieben sind. Wenn hier von dem „Buch“ geschrieben wird, ist damit das o.g. Buch von Frau Prof. Krohwinkel gemeint.

Ein Pflegemodell ist die vereinfachte und anschauliche Darstellung des Gesamtkontextes Pflege. Jedes Pflegemodell hat wiederum seinen eigenen aus Wissenschaft und Forschung fundierten Aufbau. Der Aufbau des Pflegemodells der „Fördernden Prozesspflege“ wird im Buch auf Seite 207 anschaulich dargestellt.

Die „Fördernde Prozesspflege“ besteht dabei aus einem Rahmenmodell, welches wiederum aus einem

- ⇒ Pflegeprozessmodell
- ⇒ Managementmodell
- ⇒ Qualitätsentwicklungsmodell und einem
- ⇒ Strukturierungsmodell

besteht.

Diese Teilmodelle bestehen wiederum aus Konzeptionen, Konzepten, Kategorien, Prinzipien, Verfahren, Methoden und Instrumenten, die in Beziehungen zueinander stehen. So gibt es z.B. im Strukturierungsmodell als Instrument die Pflegedokumentation.



Copyright Frau Prof. Krohwinkel (Seite 207, aktuelles Buch)

Das Rahmenmodell dient der Erreichung von Zielen, welche von Frau Prof. Krohwinkel wie folgt in ihrem Buch auf Seite 33 beschrieben werden:

*„Primäre pflegerische Zielsetzungen sind das Erhalten, Fördern beziehungsweise Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person in ihren Aktivitäten des Lebens und in ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen des Lebens. Um dies zu erreichen, sind insbesondere auch die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person und/oder ihrer persönlichen Bezugspersonen (z.B. Angehörige oder Lebenspartner) gezielt oder systematisch zu erfassen, zu stützen und zu fördern.“*

An dieser Stelle wird schon deutlich, dass das Strukturierungsmodell der AEDL oder neuerdings ABEDL<sup>®</sup> lediglich einen Teilbereich in dem o.g. Rahmenmodell darstellt. „Fördernde Prozesspflege“ ist also weitaus mehr als ein Strukturierungsmodell. Die anfangs aufgeführten Aussagen machen aber deutlich, dass die Strukturierungshilfe oftmals mit dem Pflegemodell gleichgesetzt wird.

Frau Krohwinkel schreibt in Ihrem Buch auf Seite 220:

*„Veröffentlichungen einiger Autoren zeigen allerdings, dass es hier in der Vergangenheit Missverständnisse gegeben hat. So wurde das AEDL-Strukturierungsmodell als das eigentliche Pflegemodell verstanden.“*

Diese Aussage wird durch die anfangs aufgeführten Aussagen aus dem Internet nur bestätigt.

Eine weitere Aussage, die korrigiert werden muss, wird in dem Buch auf Seite 220 genannt:

*„Darüber hinaus wurde das Modell fälschlicherweise als bedürfnisorientiertes Pflegemodell klassifiziert.“* Andere Aussagen sind, dass die „Fördernde Prozesspflege“ ein fähigkeitsorientiertes Pflegemodell ist. Beide Aussagen stimmen nicht. Bei der „Fördernden Prozesspflege“ handelt es sich jedoch um einen beziehungsorientierten Ansatz.

Woher die o.g. irreführenden Aussagen stammen, kann nur vermutet werden. Eine Erklärung ist, dass in der Informationssammlung der „Fördernden Prozesspflege“ die Fähigkeiten eingeschätzt werden. Daraus wurde dann sicherlich interpretiert, dass es sich um ein fähigkeitenorientierten Ansatz handelt.

An dieser Stelle sei gesagt, dass die Pflegeplanung primär problemorientiert erstellt wird. D.h. es erfolgt eine Unterstützung bei eingeschränkten Fähigkeiten (= Problemen).

In der „Fördernden Prozesspflege“ hat natürlich auch der Pflegeprozess eine zentrale Bedeutung. Der Pflegeprozess im Kontext der „Fördernden Prozesspflege“ besteht aus:

- ⇒ Direkter Pflege
- ⇒ Dokumentation und
- ⇒ Arbeitsorganisation und Ressourcen

Dazu schreibt Frau Prof. Krohwinkel in ihrem Buch auf Seite 236:

*„Wie bereits dargestellt, gilt es in der Fördernden Prozesspflege den Pflegeprozess in all seinen Phasen personen-, beziehungs- und förderungsorientiert zu gestalten.“*

Ein wichtiger Faktor ist dabei die Kontinuität. Frau Prof. Krohwinkel schreibt dazu auf Seite 256:

*„Der fördernde Beziehungs-/Problembearbeitungs- und Entwicklungsprozess wird kontinuierlich realisiert.“*

Hinweis an dieser Stelle: Frau Prof. Krohwinkel spricht bewusst von einem Problembearbeitungsprozess. D.h., es geht auch darum, dass vorhandene Probleme bearbeitet werden und zwar oftmals ohne die direkte Zielstellung, das Probleme zu lösen.

Um die aktuellen Entwicklungen zur „Fördernden Prozesspflege“ besser zu verstehen, erfolgt hier noch eine kurze historische Darstellung zur Entstehung:

Frau Prof. Krohwinkel hat eine Hebammen- und Krankenpflegeausbildung in Deutschland und England absolviert. Schon in dieser Zeit hat sie sich mit wissenschaftlichen Entwicklungen beschäftigt und begonnen auf der Basis von vorhandenen Theorien die gewonnenen praktischen Erfahrungen weiter zu entwickeln. Von 1984 bis 1988 hat Frau Prof. Krohwinkel ein Studium der Pflegewissenschaft und Erziehungswissenschaft in Manchester absolviert. In dieser Zeit begannen auch ihre wissenschaftlichen Entwicklungen.

So hat Frau Prof. Krohwinkel bereits 1984 eine Studie zur Pflege älterer Menschen abgeschlossen. Im Jahr 1988 wurde erstmals das o.g. Rahmenmodell veröffentlicht. Sie validierte schon in dieser Studie, dass die vorhandenen Entwicklungen zu Pflegekonzepten nicht ausreichend genug waren. Die Wissenschaft hatte bis dahin die pflegerischen Bedürfnisse weitgehend allein in Zusammenhang mit „Lebensaktivitäten“ gebracht.

Frau Prof. Krohwinkel schreibt dazu in dem o.g. Buch:

*Zitat, Seite 30: „Roper et al. (1980, 1987) bringen pflegerische Bedürfnisse in Zusammenhang mit Lebensaktivitäten, die sie in ihrem Modell beschreiben. Die Realisierung der Lebensaktivitäten hat Einfluss auf Leben und Gesundheit. Leben und Gesundheit hängen aber auch davon ab, wie Menschen mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können, die sie in Zusammenhang mit der Realisierung ihrer Lebensaktivitäten machen.*

Zitat, Seite 209:

*„Aber bereits die von mir 1984 abgeschlossene Untersuchung macht darauf aufmerksam, dass die ausschließliche Anwendung von Lebensaktivitäten im Pflegeprozess dazu verleiten kann, zwar eine instrumentell-technisch korrekte Pflege durchzuführen, die einseitig auf physisch- funktionale Unabhängigkeit ausgerichtet ist. Existentielle Erfahrungen, welche Menschen bei der Ausübung ihrer Lebensaktivitäten machen, werden so aber im Pflegeprozess oft vernachlässigt. Dies trifft auch auf die Bedeutung von Beziehungen zu. Diese blieben für die Pflegenden in beiden Untersuchungsfeldern weitgehend unsichtbar. Als unsichtbar habe ich bereits in der Studie in England alles bezeichnet, was im Pflegeprozess im direkten Pflegebereich nicht berücksichtigt, in der Pflegedokumentation nicht beschrieben oder wenigstens bei den Übergaben angesprochen worden ist. Die genannte Untersuchung hat darüber hinaus bei einer Mehrheit der Pflegenden ein erhebliches Maß an Inkongruenz im pflegerischen Verhalten aufgezeigt.“*

Aus einem ganzheitlichen Verständnis heraus werden Gesundheit und Krankheit nicht als Zustand, sondern als „dynamischer Prozess“ von Frau Prof. Krohwinkel definiert. Sie spricht in ihren damaligen Forschungen und Lehren in England schon erstmalig von „the process of nursing“, was in der Übersetzung „Fördernde Prozesspflege“ bedeutet. Sie veröffentlichte erstmals 1984 ihr konzeptionelles Modell der „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“.

1991 hat das Bundesministeriums für Gesundheit einen Auftrag an Frau Prof. Krohwinkel vergeben, um die „Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken“ darzustellen. Mit diesem Auftrag sollten Schlüsselkonzepte und konzeptionelle Zusammenhänge zum Pflegeprozess bei Patienten mit der Diagnose „Schlaganfall“ erfasst und dargestellt werden. Im Rahmen dieses Auftrags erfolgte also eine Validation der „Fördernden Prozesspflege“ zur Thematik der „Rehabilitation“.

Frau Prof. Krohwinkel schreibt dazu in dem o.g. Buch auf Seite 205:

*„Rehabilitation ist ein Teil Fördernder Prozesspflege. Fördernde Prozesspflege ist aber mehr als Rehabilitation. Fördernde Prozesspflege orientiert sich an den Lebens- und Pflegesituationen im Lebensprozess pflegebedürftiger Personen und ihrer persönlichen Bezugspersonen (Einzelne, Familien und familienähnliche Bezugssysteme).“*

Die Entwicklungen, wie auch die Validierung des Forschungsprojektes wurden 1993 in einem Buch in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden veröffentlicht.

An dieser Stelle wird deutlich, dass Frau Prof. Krohwinkel die „Fördernde Prozesspflege“ nicht im Auftrag des Bundesministeriums entwickelt hat, wie dies oftmals fälschlicherweise dargestellt wird.

In dem o.g. Buch, Seite 30 schreibt Frau Prof. Krohwinkel:

*„Auf der Grundlage der theoretischen Konzeption wurde zu Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) ein entsprechendes Strukturierungsmodell entwickelt und im Hinblick auf die zu untersuchenden Patienten konkretisiert. Dieses Modell konnte im Verlauf des Gesamtprojektes validiert und weiterentwickelt werden. Als Aktivitäten und existentielle Erfahrungen wurden 13 Bereiche aufgenommen, die untereinander in Beziehung stehen. Die Nummerierungen symbolisieren keine Hierarchie, sondern wurden den Erfordernissen der Empirie angepasst. Die ersten elf AEDL-Bereiche orientieren sich in ihrer Begrifflichkeit an den Lebensaktivitäten von Roper (1987). Die AEDLs „Soziale Bereiche des Lebens sichern“ (12) und „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ (13) wurden von Krohwinkel (1984, 1988) entwickelt.*

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass es die oftmals dargestellte Verbindung zu den Entwicklungen von Juliane Juchli (ATL) nicht gibt.

Auf der Grundlage der theoretischen Konzeption hat Frau Prof. Krohwinkel zu „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ ein entsprechendes Strukturierungsmodell als Teilinstrument der „Fördernden Prozesspflege“ entwickelt, was in der Abkürzung als „AEDL“ bezeichnet wurde. Mit diesem Strukturierungsmodell sollen Grundinformationen zu 13 Bereichen menschlichen Daseins gesammelt werden, um eine ganzheitliche Betrachtung zu ermöglichen. Auch hier sei gesagt, dass es Interpretationen gibt, die von 14 AEDL sprechen, was natürlich auch völlig falsch ist.

Diese 13 Bereiche wurden gem. dem o.g. Buch auf Seite 13 folgendermaßen tituliert:

- 1) *Kommunizieren können*
- 2) *Sich bewegen können*
- 3) *Vitale Funktionen aufrecht erhalten können*
- 4) *Sich pflegen können*
- 5) *Essen und trinken können*
- 6) *Ausscheiden können*
- 7) *Sich kleiden können*
- 8) *Ruhen und schlafen können*
- 9) *Sich beschäftigen können*
- 10) *Sich als Mann/Frau fühlen können*
- 11) *Für sichere Umgebung sorgen können*
- 12) *Soziale Bereiche des Lebens sichern können*
- 13) *Mit existenziellen Erfahrungen umgehen können*

Anzumerken ist, dass es zu den 13. Strukturierungspunkten bestimmte Unterthemen gibt. Leider hat Frau Prof. Krohwinkel in ihren Schulungen immer wieder feststellen müssen, dass es bei der Zuordnung der Unterthemen in der Literatur und auch in einigen Dokumentationssystemen oftmals missverständliche Informationen gibt. So ist in vielen Dokumentationssystemen das Unterthema „Orientierung“ dem Strukturierungspunkt „Für sichere Umgebung sorgen können“ fälschlicherweise zugeordnet. Die „Orientierung“ gehört eindeutig zum dem Strukturierungspunkt der „Kommunikation“. Die Zuordnung der Unterthemen erfolgt nicht willkürlich, sondern hat ihre auch wissenschaftlich fundierte Bedeutung. So ist die „Orientierung“ sehr differenziert zu betrachten, da es sonst zu Fehleinschätzungen kommt. So kommt es z.B. durch die undifferenzierte Beurteilung der „Orientierung“ oftmals zu der Diagnose von Demenz. Die richtige Zuordnung der Unterthemen zu den Strukturierungspunkten hat für die so wichtige Uraschenerklärung von eingeschränkten Fähigkeiten erhebliche Bedeutung.

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurden Qualitätssicherungskonzepte festgelegt, die sich in den vereinbarten Versorgungsaufträgen widerspiegeln. Mit Abschluss eines Versorgungsauftrages zwischen den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zur Beteiligung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung gem. § 80 SGB XI verpflichtet. Diese Verpflichtung ist in den Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung gemäß § 80 SGB XI sowie in den Rahmenvereinbarungen gemäß § 75 SGB XI auch niedergelegt.

Im Rahmen dieser Qualitätssicherung haben die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Prozessqualität ein Pflegekonzept zu erstellen. Im Rahmen dieser Konzeption ist auch festzulegen, nach welchen wissenschaftlichen Entwicklungen die Pflege erfolgt. D.h. es ist ein Pflegemodell oder eine Pflege-theorie zu benennen, wobei jeder Einrichtung frei bleibt, für welches Pflegemodell oder für welche Pflege-theorie sie sich entscheidet. Im Rahmen der Pflegekonzeption ist zu begründen, warum man sich für das eine oder andere Pflegemodell bzw. Pflege-theorie entschieden hat.

Es besteht theoretisch auch die Möglichkeit, dass pflegemodelltheoretische Entwicklungen miteinander verknüpft werden, sofern sie sich dann auch wissenschaftlich begründen lassen. Diese Möglichkeit bedeutet jedoch nicht, dass sich Pflegeeinrichtungen das jeweils „passende“ aus allen pflegemodelltheoretischen Entwicklungen aussuchen können. Hier wird deutlich, dass der Gesetzgeber den Bezug auf ein Pflegemodell oder pflege-theoretische Entwicklungen als konzeptionelle Grundlage erwartet, weil diese Systeme in sich geschlossen sind und wissenschaftlich fundiert sind. Die zuvor genannte Entwicklung bleibt somit sicherlich eine rein theoretische Möglichkeit.

Dies wird hier erwähnt, da oftmals zu lesen ist, dass einige Pflegeeinrichtungen von sich behaupten, dass in Anlehnung an die „Fördernde Prozesspflege“ gepflegt wird. Was mit dieser Aussage verbunden ist, bleibt oftmals im Unklaren. Man könnte damit meinen, dass Teile des Pflegemodells genutzt werden und andere Teile nicht. Die o.g. Ausführungen haben sicherlich verdeutlicht, dass ein Pflegemodell, wie auch die Pflege ganzheitlich-synergetisch durchgeführt werden muss. D.h. das alleinige Nutzen von Teilbereichen kann zu keinem guten Ergebnis führen. Bei Nachfragen, wird deutlich, dass sich Pflegeeinrichtungen durchaus bewusst sind, dass die „Fördernde Prozesspflege“ nicht vollständig angewendet wird und daher wird dann oftmals „in Anlehnung“ gepflegt. In „Anlehnung“ hat aber in vielen Einrichtungen dazu geführt, dass eine bessere und ganzheitliche Umsetzung der „Fördernden Prozesspflege“ auch nicht mehr angestrebt wurde. Hier ist zu empfehlen sich eindeutig zu einem Pflegemodell zu bekennen und dann einen Prozess anzustreben, der Schritt für Schritt eine verbesserte Umsetzung des Pflegemodells ermöglicht.

Hier sei noch einmal angemerkt, dass die „Fördernde Prozesspflege“ ein Gesamtmodell ist, welches aus sich gegenseitig beeinflussenden Teilen besteht, die alle aufeinander abgestimmt sind. Es ist daher nicht möglich, dass Teilbereiche herausgenommen oder mit anderen Teilen von anderen Pflegemodellen kombiniert werden. Das lässt im Grunde kein Pflegemodell zu. Solche Kombinationen sind dann Eigenentwicklungen, die i.d.R. die wissenschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Ansprüche von Qualitätssicherung nicht erfüllen.

Aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten, die die „Fördernde Prozesspflege“ mit sich bringt, haben sich in Deutschland freiwillig die meisten Pflegeeinrichtungen dieses Pflegemodell als Grundlage ihrer Arbeit genommen.

Ein Pflegemodell oder eine Pflege-theorie ist, wie beschrieben ein komplexes System, welches auch den Anspruch hat, aktuelle Veränderungen der Praxis (Stichwörter: Demenz, Schwerstpflegebedürftigkeit, Multimorbidität,...) wie auch neueste Erkenntnisse, Forschung und Wissenschaft zu validieren und mit aufzunehmen.

Der Gesetzgeber hat diesen Anspruch in seinen Qualitätsbemühungen mit aufgenommen. Laut den gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären und ambulanten Pflege und Versorgung vom November 1996 in § 1 Abs. 2 steht: „Die Durchführung und Organisation der Pflege richtet sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse“.

Frau Prof. Krohwinkel, die Ihre Entwicklungen nicht nur wissenschaftlich, sondern auch regelmäßig in der Praxis validiert, schreibt in ihrem Buch auf Seite 215:

*Ich habe das Rahmenmodell von 1988 in den Jahren 1997, 1999 und 2000 präzisiert und erweitert. Dabei wurde das primäre pflegerische Interesse fördernder Prozesspflege mit entsprechenden Zielsetzungen und Handlungsschwerpunkten konkretisiert. Das primäre pflegerische Interesse richtet sich auf die pflegebedürftige Person sowie auf die für diese wichtigen persönlichen Bezugspersonen. Fördernde Prozesspflege geht somit über eine sogenannte patientenorientierte Pflege hinaus, welche Angehörige eher dem Konzept Umgebung zuordnen würde und in der Praxis Angehörige entweder als Ressource oder als Defizite für den Patienten und die Pflege betrachten. Dies reicht aber nicht aus.“*

Weiter schreibt sie auf Seite 206:

*Meine Untersuchungen zu häuslichen Lebens- und Pflegesituationen (1995-1999) haben schließlich dazu geführt, „sozialen Beziehungen“ einen herausragenden Stellenwert in der Fördernden Prozesspflege zu geben. Diese herausragende Bedeutung in Lebens- und Pflegeprozessen hat sich seitdem auch in meinen Erhebungen in stationären Pflegeeinrichtungen immer wieder bestätigt. Die Erkenntnisse hierzu sind erstmalig auf dem Internationalen Theorienkongress in Nürnberg (1999) öffentlich vorgestellt und diskutiert worden. Seitdem spreche ich nicht mehr von den AEDLs, sondern von den ABEDLs (A = Aktivitäten, B = Beziehungen, E = Existentielle Erfahrungen, DLs = des Lebens).“*

Mit diesen Veränderungen einher gehen auch Veränderungen im Strukturierungsmodell. Frau Prof. Krohwinkel spricht so nicht mehr von den 13 Strukturierungspunkten. Neu ist, dass das Strukturierungsmodell nun in **drei Hauptkategorien** mit mehreren Subkategorien unterteilt ist. Auch haben sich Begrifflichkeiten der 13 Strukturierungspunkte geändert.

Die Begrifflichkeiten in der Kurzfassung sind:

### **Kategorie 1)**

#### **Lebensaktivitäten realisieren können**

1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. Vitale Funktionen aufrecht erhalten
4. Sich pflegen
5. Sich kleiden
6. Ausscheiden
7. Essen und Trinken
8. Ruhen, Schlafen, sich entspannen
9. Sich beschäftigen, Lernen, sich entwickeln
10. Die eigene Sexualität leben
11. Für sichere und fördernde Umgebung sorgen

## **Kategorie 2)**

### **12. Soziale Kontakte und Beziehungen aufrecht erhalten können**

mit den Zusatzerläuterungen:

1. in Kontakt sein und bleiben
2. Mit belastenden Beziehungen umgehen
3. Unterstützende Beziehungen erhalten, erlangen, wiedererlangen

## **Kategorie 3)**

### **13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können**

mit den Zusatzerläuterungen:

1. Fördernde Erfahrungen machen
2. Mit belastenden Erfahrungen umgehen
3. Erfahrungen welche die Existenz fördern oder gefährden unterscheiden
4. Lebensgeschichtliche Erfahrungen einbeziehen

Das Strukturierungsmodell ist Teil der „Fördernden Prozesspflege“ und als solches mit den anderen Teilbereichen in seiner aktuellen Gestaltung eng verknüpft.

Frau Prof. Krohwinkel schreibt dazu auf Seite 241:

*Das ABEDL-Strukturierungsmodell mit seinen 13 Punkten zu den ABEDLs dient als Instrument, um den Pflegeprozess in der direkten Pflege und der Pflegedokumentation zu strukturieren. Wie bereits dargestellt, hat es sich dabei als nützlich erwiesen, die zur ABEDL-Kategorie „Lebensaktivitäten realisieren können“ gehörenden Subkategorien „Kommunizieren“, „sich bewegen“ und „vitale Funktionen“, sowie die ABEDL-Kategorien „soziale Beziehungen“ und „existentielle Erfahrungen“ als differenzierte Diagnoseinstrumente mit heranzuziehen.*

Mit dem Strukturierungsmodell erhält auch die Pflegedokumentation eine zentrale Bedeutung und ist Teil der direkten Pflege. Auch hier ist in vielen Pflegeeinrichtungen festzustellen, dass die Pflegedokumentation der indirekten Pflege zugeordnet wird, obwohl nach dem Pflegemodell der „Fördernde Prozesspflege“ gearbeitet wird.

Laut Frau Prof. Krohwinkel ist die Pflegeprozessdokumentation integraler Bestandteil ganzheitlich-fördernder Prozesspflege.

Sie schreibt dazu in ihrem Buch auf der Seite 241:

*„Ein weiterer Qualitätsanspruch ist, dass die verwendeten Dokumentationssysteme kongruent sein sollen mit der Fördernden Prozesspflege und nützlich sein müssen für die Pflegepraktiker, welche mit der Fördernden Prozesspflege arbeiten.“*

Eines der wichtigen Prinzipien in der „Fördernden Prozesspflege“ ist die „Dynamische Ganzheitlichkeit“ und „Offenheit“, die auch für Synergien sorgt. Das bedeutet u.a., dass es systemtheoretisch betrachtet, nicht nur Wechselwirkungen innerhalb eines Systems gibt, sondern auch zwischen den Systemen (z.B. Person und Umgebung). Der Begriff Synergie kommt aus dem Griechischen und beschreibt die Fähigkeit von mindestens zwei Kräften sich gegenseitig zu optimieren und so für beide Seiten bereichernd zu wirken. Synergieeffekte sind zu erreichen, wenn Pflegeorganisation und Pflegedokumentation den Erfordernissen des Pflegeprozesses im direkten Pflegebereich entsprechen, das heißt sich komplementär und gegenseitig ergänzen.

Eine entsprechende Pflegeprozessdokumentation soll diesen Prozess und seine Wirkung stützen, sichtbar und nachweisbar machen.

D.h., die Pflegedokumentation sollte den aktuellen Entwicklungen (Stichwort: ABEDL<sup>®</sup>) entsprechen, und wie o.g. auch die richtigen Inhalte vermitteln (Stichwort: Orientierung).

Frau Krohwinkel schreibt in Ihrem Buch auf Seite 241:

*„Die Erfahrung hat aber gezeigt, dass für Pflegepraktiker – besonders nach entsprechenden Schulungen – die derzeit auf dem Markt verfügbaren Dokumentationssysteme nicht stimmig sind mit ihrem erworbenen Wissen und Können.“*

Diese Erfahrung kam daher, dass Frau Prof. Krohwinkel nach ihren Schulungen immer wieder mitgeteilt wurde, dass eine Umsetzung des Gelernten (Inhalte, Strukturierungsmodell, Pflegeprozess,...) nur schwer möglich sei, da die verwendete Pflegedokumentation mit ihren Ausführungen nicht übereinstimmt. Frau Prof. Krohwinkel hat, obwohl es wahrlich nicht ihre Aufgabe war, einige Anbieter von Dokumentationssystemen auf die Inkongruenz der Dokumentationssysteme aufmerksam gemacht. Da eine Reaktion darauf ausblieb, wurde sie immer wieder aus den Einrichtungen gefragt, ob sie nicht selbst ein Dokumentationssystem entwickeln kann, welches kongruent zu ihren Ausführungen ist.

Auch der MDS (Medizinische Dienste der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen) gibt in seiner aktuellen Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation vom April 2005) den Anbietern von Pflegedokumentationen eine Mitschuld an den aktuellen oftmals unbefriedigenden Verhältnissen.

So steht in dieser Grundsatzstellungnahme auf Seite 8:

*Eine weitere Umsetzungsschwierigkeit des Pflegeprozesses steht im Zusammenhang mit dem Aufbau gängiger Dokumentationssysteme. Die durch die Struktur der Dokumentationssysteme „erzwungenen“ Abbildungsversuche führen zu Dokumentationsproblemen und Unübersichtlichkeiten. Einerseits lassen sich in manchen Systemen die einzelnen Handlungsschritte des Pflegeprozesses nur fragmenthaft darstellen und nachvollziehen, andererseits neigen einige Systeme zur völligen Überfrachtung mit Formularen, die zur Doppeldokumentation geradezu auffordern.*

*Das wechselseitige Zusammenwirken der unterschiedlichen Schritte erschließt sich den Anwendern in der Praxis so nur wenig bis gar nicht.“*

Da die Pflegedokumentation integraler Bestandteil der „Fördernden Prozesspflege“ ist, hat Frau Prof. Krohwinkel nun selbst eine Dokumentation konzipiert.

Frau Prof. Krohwinkel schreibt dazu auf Seite 241:

*Aus diesem Grund habe ich die in der vorliegenden Studie erarbeiteten Dokumentationssysteme entsprechend neuer Erkenntnisse weiterentwickelt.“*

Die Entwicklung einer Dokumentation ist ein nicht ganz einfacher Prozess und benötigt zudem eine Logistik, weshalb sich Frau Prof. Krohwinkel dazu entschieden hat, diese Umsetzung zusammen mit einem der marktführenden Anbieter von Formular- und Softwarelösungen durchzuführen. Dieser Aufwand ist auch deshalb so groß, da zu der Dokumentation natürlich auch die passenden Erläuterungen gegeben werden müssen. Was wiederum voraussetzt, dass die Mitarbeiter des Anbieters umfassend geschult werden. Auch war von Anfang an klar, dass die Entwicklungen validiert werden müssen, was auch eine spätere Bearbeitung zur Folge hat. Diese enge Zusammenarbeit hat es erforderlich gemacht, dass diese Entwicklung mit zunächst nur einem Anbieter erfolgen konnte.

Deshalb schreibt Frau Prof. Krohwinkel in ihrem Buch auf Seite 241:

*„...und dafür der Firma GODO Systems GmbH die ausschließliche Lizenz zum Vertrieb erteilt.“*

Darüber hinaus hat Frau Prof. Krohwinkel die Begrifflichkeit der ABEDL<sup>®</sup> markenrechtlich schützen lassen. Dieser Markenschutz auf die ABEDL soll den Pflegepraktikern Sicherheit geben, dass da wo „Krohwinkel“ drauf steht auch „Krohwinkel“ im Original enthalten ist. An dieser Stelle sei ausdrücklich erklärt, dass alle Fort-, Weiterbildungs- und Forschungseinrichtungen, die nicht gewerblich tätig sind, aufgefordert sind, die aktuellen Entwicklungen zu verwenden.

Auch sei in diesem Zusammenhang gesagt, dass es bei den aktuellen Entwicklungen nicht darum geht, dass die „Fördernde Prozesspflege“ als das Pflegemodell schlecht hin dargestellt werden soll. Sicherlich gibt es auch andere gute Ansätze. Was jedoch für alle Ansätze gilt, ist eine möglichst umfassende und richtige Umsetzung.

Der MDS schreibt dazu in seiner o.g.- Stellungnahme auf Seite 8:

*„Die Ursachen für die Umsetzungsprobleme des Pflegeprozesses und seiner Dokumentation wurden in der Vergangenheit vielfach, auch von Pflegewissenschaftlern thematisiert und Lösungen angeboten. Dagegen plädieren andere für seine Abschaffung. Ihre Kritik bleibt jedoch bei der Diskription von Problemen im Umgang mit dem Pflegeprozess stehen und bleibt alternative Lösungen für die Abbildung professionellen Handelns schuldig.“*

Es bleibt die oft gestellte Frage, ob es die AEDL noch gibt? Allein aus formalrechtlichen Gesichtspunkten könnte man zu dem Schluss kommen, dass man die Strukturierungshilfe AEDL nach wie vor nutzen kann. Aber genau diese Diskussion zeigt, dass es um die Strukturierungshilfe geht und nicht um das ganzheitliche Pflegemodell.

Die Frage ist daher falsch gestellt. Die Frage sollte lauten, wie man die „Fördernde Prozesspflege“ in ihre ganzheitlichen Ausgestaltung optimal und richtig umsetzen kann?

Wenn man nach „Krohwinkel“ arbeitet, dann ist die Frage eindeutig so zu beantworten, dass die ABEDL<sup>®</sup> den aktuellen Entwicklungen entsprechen und daher genutzt werden sollten. Die Diskussion, ob AEDL oder ABEDL<sup>®</sup> rührt sicherlich eher daher, dass die mit den ABEDL<sup>®</sup> einhergehenden Veränderungen eine zusätzliche Auseinandersetzung, sprich Arbeit bedeutet. Wenn man aber die aktuellen Entwicklungen berücksichtigt, ergeben sich mittelfristig Optimierungen bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung.

Um „Fördernde Prozesspflege“ in ihrer Umsetzung zu bewerten, sollten folgende Kategorien die Frau Prof. Krohwinkel in ihrem aktuellen Buch auf Seite 256 beschreibt, berücksichtigt werden:

**Sichtbarkeit:**

*Fähigkeiten, Bedürfnisse und Probleme von pflegebedürftigen Personen und ihren persönlichen Bezugspersonen werden bewusst gemacht, gezielt berücksichtigt und dargestellt. Auswirkungen von Pflegehandlungen werden sichtbar gemacht.*

**Ganzheitlichkeit:**

*Fähigkeiten, Bedürfnisse, Probleme und Maßnahmen in relevanten ABEDLs werden in ihrer prioritären Bedeutung sowie in ihren Zusammenhängen und Wechselwirkungen erkannt. Ergebnisse werden prioritätsorientiert und unter Einbeziehungen der Gesamtsituation systematisch ausgewertet.*

**Kongruenz:**

*Es besteht eine fördernde Übereinstimmung in der physisch-funktionalen und den willentlich-emotionalen Verhaltensdimensionen innerhalb einer beobachtbaren bzw. von der betroffenen Person erfahrbaren Pflegehandlung.*

**Kontinuität:**

*Der fördernde Beziehungs-/Problembearbeitungs- und Entwicklungsprozess wird kontinuierlich realisiert. Die pflegerischen Abläufe werden personen- und situationsbezogen von pflegerischen Bezugspersonen gewährleistet.*

**Unabhängigkeit und Wohlbefinden:**

*Pflege ist ausgerichtet auf die Förderungen der pflegebedürftigen Person und ihrer persönlichen Bezugsperson in den für diese wesentlichen und möglichen Anteilen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in ihren ABEDLs. Das Ausmaß von Sichtbarkeit, Ganzheitlichkeit, Kongruenz und Kontinuität beeinflussen das Ausmaß solcher Förderung.*

An dieser Stelle sei gesagt, dass das Finanzierungssystem in Deutschland dem Anspruch von Förderung von Unabhängigkeit teilweise widerspricht. Die Förderung von Unabhängigkeit führt in Konsequenz dazu, dass Pflegestufen abgebaut werden. Hier ist zu Fragen, ob dass im wirtschaftlichen Interesse von Pflegeeinrichtungen ist. Nicht zuletzt die aktuellen Diskussionen, dass Pflegeeinrichtungen mit einem Bonussystem bei Reduzierung der Pflegestufen belohnt werden sollen, um einen finanziellen Ausgleich bzw. Anreiz zu erhalten, machen diesen Umstand deutlich.

Auch das „Haftungsrecht“ in Deutschland bewertet zu stark die funktionale Pflege und lässt die willentlich-emotionale Ebene oftmals außer acht.

Es ist zu empfehlen, die aktuellen Entwicklungen von Frau Prof. Krohwinkel zu nutzen, um über den Grad der Umsetzung der „Fördernden Prozesspflege“ und die eigene Situation der erreichten Pflegequalität, auch unter dem Aspekt von Wettbewerb nachzudenken. So sollte z.B. über folgende Fragen nachgedacht werden:

- Was sind die Ergebnisse der Qualitätsbemühungen im Verhältnis zum Aufwand?
- Gibt es häufig Diskontinuitäten (d.h., Pflegeabläufe werden häufig unterbrochen oder Menschen erhalten bei Wechsel von Pflegepersonal unterschiedliche Pflege)?
- Gibt es Unsichtbarkeiten (d.h. Pflegeprobleme der Lebensaktivitäten werden nicht oder nur vage erkannt. Die für den pflegebedürftigen Menschen und/oder seinen persönlichen Bezugspersonen wesentlichen existenziellen Erfahrungen werden nicht oder nur vage erkannt und berücksichtigt)?
- Gibt es Fragmentierungen (d.h., Wechselwirkungen zwischen den ABEDL<sup>®</sup> werden nicht oder nur vage erkannt. Pflege wird in Einzelteile zerlegt und/oder nicht zusammenhängend durchgeführt)?
- Gibt es Inkongruenzen (d.h. es besteht keine Übereinstimmung zwischen physisch-funktionalen und der willentlich-emotionalen Verhaltensebene innerhalb einer beobachtbaren Pflegehandlung)?
- Werden eher Abhängigkeiten der Menschen gefördert, als dass man Unabhängigkeiten und Wohlbefinden fördert (d.h. ist die Pflege zu sehr an Problemen und Defiziten orientiert und wird überwiegend versorgend durchgeführt)?
- Wie wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter bzw. der Bezugspersonen gefördert?
- Was sind die Gründe von hohen Krankenständen/Ausfallzeiten?
- Werden organisatorische Regelungen regelmäßig hinterfragt?
- Welche Instrumente sind vorhanden und welche Instrumente werden genutzt:
  - o Ist die Pflegedokumentation ein echtes integriertes Steuerungsinstrument oder dient sie vornehmlich nur als Grundlage von Überprüfungen?
  - o Ist die Pflegedokumentation inhaltlich passend zu den eigenen Aussagen?
  - o Gibt es ein aussagekräftiges Risikomanagement?
  - o Gibt es Instrumente zur regelmäßigen Darstellung der Ist-Situation von Pflegeabläufen?

Sicherlich werden viele Einrichtungen auch zu dem Schluss kommen, dass die Praxis die aktuelle Theorie der „Fördernden Prozesspflege“ in Teilen schon eingeholt hat, wobei an dieser Stelle darauf hingewiesen wird, dass diese aktuellen Erkenntnisse von Frau Prof. Krohwinkel bereits seit 1999 so von Ihr in dieser Form benannt werden und somit auch nicht unbedingt neu sind.

Grundsätzlich handelt es sich bei den aktuellen Entwicklungen auch um eine Verdeutlichung der schon von Anfang an vorhandenen Grundsätze der Fördernden Prozesspflege.

Das alleinige Berücksichtigen der Aktivitäten und der Existenziellen Erfahrungen hat dazu geführt, dass „soziale Beziehungen“ oftmals zu nachrangig gegenüber den zu Pflegenden gesehen wurden.

Die „sozialen Beziehungen“ werden in der Pflegepraxis i.d.R. ja schon oftmals bewusst oder intuitiv mit aufgeführt, wenn auch vielleicht nicht in der elementaren Bedeutung, wie sie von Frau Prof. Krohwinkel in ihren aktuellen Entwicklungen aufgeführt sind. Aber auch dann sollten die Aussagen in der Pflegekonzeption so angepasst werden, dass diese mit der Praxis übereinstimmen. D.h. auch hier sollte die „Fördernde Prozesspflege“ mit den aktuellen Aussagen wie z.B. dem Strukturierungsmodell ABEDL<sup>®</sup> genannt werden. So wird nicht nur der vertraglichen Vereinbarung gem. § 80 SGB XI genüge getan, sondern es werden auch die täglichen Qualitätsbemühungen zum Ausdruck gebracht.

Auch wurde das Strukturierungsmodell oftmals allein als Synonym der „Fördernden Prozesspflege“ zu stark in den Vordergrund gestellt. Es wurde vergessen, dass die anderen Modelle wie z.B. das Managementmodell in gleicher Weise zu berücksichtigen sind, um die „Fördernde Prozesspflege“ umzusetzen und somit einen Qualitätsentwicklungsprozess in Pflegeeinrichtungen in Gang zu setzen.

Die Weltgesundheitsorganisation (1999) definiert Qualitätsentwicklung als einen dynamischen Prozess, der dazu anregen soll, kontinuierlich innovative Verbesserungen der gesundheitsrelevanten Ergebnisse zu erreichen. Gezielte Qualitätsentwicklung setzt voraus, dass Qualität von Leistungen definiert wird. Es wird empfohlen, dies in Form von Standards beziehungsweise Richtlinien zu tun. Hierbei sind rechtliche Vorgaben und wissenschaftliche Erkenntnisse zu beachten!

Frau Prof. Krohwinkel hat mit ihren aktuellen theoretischen Entwicklungen einen Weg aufgezeigt, um den anfangs genannten Erkenntnissen aus dem Pflegemonitor entgegen zu treten. Mit den aktuellen Entwicklungen liefert sie aber nicht nur das theoretische Grundgerüst, sondern auch gleich die passenden Werkzeuge.

Erste Erfahrungen zeigen, dass den Pflegepersonen die „Fördernde Prozesspflege“ mit ihren aktuellen Entwicklungen theoretisch, praktisch und auch begrifflich näher gebracht wird. So sprechen viele Einrichtungen bereits von dem Pflegemodell der „Fördernden Prozesspflege“ und nicht mehr vom „AEDL-Modell“. Auch wird verstärkt ein Zusammenhang zwischen der Dokumentation und dem Pflegemodell hergestellt.

Durch den bewussten Einsatz weiterer Teilmodelle, wie z.B. dem Managementmodell wurden u.a. Konzepte zur Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit eingesetzt. D.h., es wurden organisatorische Regelungen getroffen. Instrumente sind hier die Pflegedokumentation mit der umfassenden ABEDL<sup>®</sup>-Informationssammlung und den Tagesstrukturen genauso wie ein Risikomanagement und eine Zeit-/Leistungsanalyse zur Ermittlung der tatsächlichen Situation in den Einrichtungen.

Bei der Informationssammlung von Frau Prof. Krohwinkel handelt es sich um ein innovatives Assessment mit dem auch Schwerstpflegebedürftigkeit und demenzielle Erkrankungen praxisnah eingeschätzt werden können. Der Schwerpunkt dieser Informationssammlung liegt dabei in der medizinisch und pflegerisch Diagnose. D.h. über eine kombinierte Abfrage von biografischen, physischen und kognitiven Beobachtungen werden Ursachen von eingeschränkten Fähigkeiten offensichtlich und führen die Pflegepersonen automatisch hin zu einer sicheren Entscheidungshilfe, was wie zu tun ist. So ist diese Informationssammlung eine prioritätsorientierte und zielführende Hilfestellung für den Pflegealltag, weil die Pflegepersonen ein echtes Instrument zur ganzheitlich objektiven Einschätzung erhalten.

Diese Instrumente als Formular- oder Softwarelösungen sind bei GODO Systems ([www.godo-systems.de](http://www.godo-systems.de)) zu erhalten. Die Formulare von Frau Prof. Krohwinkel sind an einem Gütesiegel erkennbar und dies steht für originäre Umsetzung (Original schafft Sicherheit).



Führende Experten, Wissenschaftler und Pflegepraktiker sagen, dass es zu empfehlen ist, die aktuellen Entwicklungen von Frau Prof. Krohwinkel zu nutzen, um sich mit der „Fördernden Prozesspflege“ nochmals zu beschäftigen. Die vielen Umstellungen auf dieses gute System besagen, dass die aktuellen Veränderungen in der Pflegepraxis angekommen sind mit dem Motto:

## Wenn nach „Krohwinkel“ – dann aber richtig!

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle noch einen kurzen Einblick in Formulare von Frau Prof. Krohwinkel geben.

Ziel dieser Formularreihe ist, dass Sie im stationären Bereich die Möglichkeit haben, die konzeptionell verankerte „Fördernde Prozesspflege“ im Original mit den aktuellen Entwicklungen von Frau Prof. Krohwinkel zu nutzen.

Zudem soll mit diesem Ansatz der Dokumentationsaufwand optimiert werden. D.h. die Anzahl der Pflegeplanungen sollen auf ein Mindestmaß reduziert werden, was jedoch anfangs eine umfassende und vollständige Informationssammlung voraussetzt. Erst nach einer solchen umfassenden Informationssammlung kann eine fokussierte Pflegeplanung erstellt werden.

Wie bereits beschrieben, gehört zur „Fördernden Prozesspflege“ unter anderem ein Pflegeprozessmodell und ein damit verbundenes ABEDL®-Strukturierungsmodell, wobei die dort aufgeführten 13 Bereiche untereinander **ohne hierarchische Struktur** in Beziehung stehen. In jedem ABEDL® werden die „Existenziellen Erfahrungen“ berücksichtigt.

Der Pflegeprozess in der „Fördernden Prozesspflege“ besteht aus vier sich gegenseitig beeinflussenden Prozess-Phasen (angelehnt an WHO), die wir kurz erläutern wollen.

**Erhebungsphase:** Der ersten Phase kommt besondere Bedeutung zu. Sie ist das Fundament und die Trägerin des gesamten weiteren Ablaufs. Sind hier Daten ungenau, können alle nachfolgenden Schritte nur wenig zuverlässig sein! Die Erhebung umfasst das Erkennen und Beschreiben pflegerelevanter Probleme und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen im Hinblick auf Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens in ihren Auswirkungen auf den Gesundheits- und Lebensprozess sowie die Abschätzung der zugrunde liegenden Ursachen.

Zur Erhebung gehört eine Situationsbeschreibung zum Einzug in eine Pflegeeinrichtung gekoppelt mit einer **Pflegeanamnese (Nr. 1611)**. Anamnese bedeutet Vorgeschichte, d.h. es soll hier keine Zustandsaufnahme zum Zeitpunkt der Aufnahme erfasst werden. Es soll hier die Vorgeschichte aufgenommen werden, d.h. die pflegerische Einschätzung der Lebens- und Pflegesituation und Entwicklung vor Übernahme in die Pflege sowie Rituale/Gewohnheiten und Bedürfnisse.

GODO Systems GmbH  
 Postfach 24 02 31 \* 48095 Dormagen  
 Tel. (02 13) 30 20 10-0 Fax (02 13) 30 20 10-10  
 Urheberrechtlich geschützt -  
 Nachdruck und Vervielfältigung nach der Abkündigung nicht gestattet  
 1. Auflage 2005



Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Name	Verantwortliche pflegerische Bezugsperson (PFP)	Vertretung (SFP)
Einzug im Wohnbereich / Aufnahmesituation		
Datum		Uhrzeit
Kommt von Zu Hause, aus dem Krankenhaus, von Reha- Einrichtung, von _____, nicht, sitzend, liegend Kommt allein, kommt mit _____ wird begleitet von _____ Woher allein, wohnt zusammen mit _____		
<b>1) Bedeutung des Einzuges für die neue Bewohnerin / den Bewohner</b> (ABEDL: Existenzielle Erfahrungen: z.B. Verlust, Trennung, Sorge, Angst, Ungewissheit, Hoffnung, Vertrauen, Freunde, Zuversicht, Sicherheit)		
<b>2) Bedeutung des Einzuges für persönliche Bezugspersonen</b> (ABEDL: Existenzielle Erfahrungen: z.B. Verlust, Trennung, Sorge, Angst, Ungewissheit, Hoffnung, Vertrauen, Freunde, Zuversicht, Entlastung)		
<b>3) Wünsche, Voreinstellungen / Abgrenzungen</b> 1. Besuche (wer, wann?) 2. Gespräche, Information, Anleitung, Beratung, Begleitung 3. Aktive Beteiligung / Unterstützung bei		

Nach der zuvor genannten Pflegeanamnese erfolgt die **Pflegerische Ersterhebung und Planung (Nr. 1611a bis 1611c)**. Mit der vorgegebenen Struktur werden Fähigkeiten und Einschränkungen zu den ABEDL® erfragt und beobachtet. Aus dieser Einschätzung ergibt sich dann eine Handlungsanleitung (Maßnahmen).

Urheberrechtlich geschützt durch Prof. M. Kaschinski  
 Nachdruck und Vervielfältigung nicht gestattet  
 1. Auflage 2006  
 Lizenziert für GODO Systems GmbH  
 Postfach 24 02 31 \* 48095 Dormagen  
 Tel. (02 13) 30 20 10-0 Fax (02 13) 30 20 10-10



Jahr 20 \_\_\_\_ Blatt Nr. \_\_\_\_

<b>Pflegerische Ersterhebung und Pflegeplanung</b>																					
Soziale Kontakte / Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen können <sup>®</sup>																					
Kann	1.)	Können sie sich selbst helfen	Fähigkeiten					Maßnahmen													
			vorhanden	eingeschränkt	noch nicht erkennbar	eingeschränkt	nicht vorhanden	BE	BE	BE	BE	BE									
	2.)	Können sie anderen helfen																			
	3.)	In Beziehung sein																			
	4.)	dabei fördernde Erfahrungen machen																			
	5.)	mit Belastungen in Beziehungen umgehen können																			
Ist gern zusammen mit anderen Menschen, mit Tieren (z.B. Haustiere) Hat Angehörige, Freunde / Freundinnen, Bekannte, ist lieber allein, hat sehr zurückgezogen gelebt _____																					
Legende der Maßnahmen: BE = besuchen / berückichtigen VE = Vollübernehmen WBE = weiter beobachten und erfragen I = Informieren U = unterstützen A = Anleiten B = Beraten Ba = Beauftragen TU = Teile eine Übersetzen																					



Die Maßnahmen aus der Pflegeplanung fließen direkt in eine **Tagesstruktur (Formular 1054/1055)** und werden dort möglichst in zeitlicher Abfolge in Form von Leistungskomplexen aufgeführt. Ein Leistungskomplex ist die Ansammlung mehrerer Maßnahmen, die zusammen erbracht werden, wie z.B. Morgentoilette mit Prophylaxen. Im Verlauf ergeben sich Veränderungen, die hier aufgeführt werden und so den Pflegeverlauf aktuell halten.

GODO Systems GmbH  
Postfach 26 02 53 - 40095 Düsseldorf  
Tel. (02 11) 30 20 10-0 Fax (02 11) 30 20 10-10  
Umfahrungsbereich geschützt: 2. Auflage 2004  
Nachdruck und Vervielfältigung ist ohne  
die schriftliche Genehmigung GODO Systems GmbH  
ist strafbar und kann strafrechtliche Konsequenzen  
zur Folge haben.



Name  
Ilse Meyer

Monat 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Jahr 20 04 Nr. 1

Prüfungsdatum	Uhrzeit	AMEL	tagsstrukturierende Maßnahmen im <b>Frühdienst 6:30 - 14:00 Uhr</b>	Qualifikation	Abstandsdatum	veränderte Maßnahmen	Änderungsdatum	HdZ.
2.11.04	7:15							
		4	Unterkörper i. Bett waschen (VÜ), anschließend Rollator i. Bad gehen (B); Toilettengang (TÜ), Einlage anlegen (VÜ), Oberkörper am Waschbecken	P				
		2	waschen (TÜ), z. Mundpflege anleiten (Ü); i. Bad anziehen (TÜ) u. m.					
		6	Rollator in Frühstücksraum begleiten (10 min./B), Zimmer aufräumen.					
	8:00	7	Lüften, Bett machen.					
	8:00	5	Frühstück - essen anrichten (Ü) u. mundgerecht schneiden; isst alleine (B) Medikamenteneinnahme erinnern u. danach zurück i. Zimmer begleiten (10 Min./B)	P				
	9:30							
	9:30	1,3	Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten im Gruppenraum - m. Rollstuhl	Pf				
	-11:00	12	hinfahren u. Umsetzen in Pflegesessel; Getränk bereitstellen.	BT				
	11:00	6	z. Toilette begleiten (2 MA) - Toilettengang (Ü) - ggf. Einlage wechseln.	P				
	11:00-12:00		m. Rollstuhl i. Zimmer fahren, rüht sich auf Bett aus (angezogen).	P				
	12:00	5	m. Rollator z. Mittagessen in Frühstücksraum begleiten (10 Min./B) - essen wie oben vorbereiten; isst alleine (B).	P				
	-12:45							
	12:45	8	Zurück ins Zimmer (10 Min./B) - Toilettengang (Ü) Mundpflege (Ü), Hemd und Hose ausziehen (VÜ)					
die Tagesstruktur ergänzende/abweichende Maßnahmen								
Mittwochs duschen								

www.godo-systems.de

Tagesstruktur 1

1054

**Durchführungsphase:** Mit der **Maßnahmenbestätigung (Nr. 1756)** werden die Maßnahmen bestätigt, wobei das Besondere ist, dass die Bestätigung der Maßnahmenkomplexe mit nur einem Handzeichen der durchführenden Pflegeperson(en) erfolgt (entspricht der MDS Grundsatzstellungnahme auf Seite 42). Nicht erbrachte Leistungen werden markiert und es erfolgt ein Berichteintrag. Die ärztlichen Verordnungen werden wie bisher auch, einzeln auf dem Formular **Behandlungspflege (Nr. 1034)** bestätigt.

GODO Systems GmbH  
Postfach 26 02 53 - 40095 Düsseldorf  
Tel. (02 11) 30 20 10-0 Fax (02 11) 30 20 10-10  
Umfahrungsbereich geschützt: 2. Auflage 2007  
Nachdruck und Vervielfältigung ist ohne  
die schriftliche Genehmigung GODO Systems GmbH  
ist strafbar und kann strafrechtliche Konsequenzen  
zur Folge haben.



Name  
[ ]

Jahr 20 \_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_

Monat	LK	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Summe		
Frühdienst	Tagesstruktur																																		
	Abweichung (siehe Pflegebericht)																																		
	Tagesstruktur																																		
	Abweichung (siehe Pflegebericht)																																		
	Tagesstruktur																																		
	Abweichung (siehe Pflegebericht)																																		
	Tagesstruktur																																		
	Abweichung (siehe Pflegebericht)																																		
Stuhlgang																																			

