

Pflegewissenschaft Pflegeorganisation Pflegefachwissen

Modul 4.4

22.01.2026

Sächsische Verwaltungs- und Wirtschafts-Akademie e.V.

Wissenschaft?

Früher	„aristokratisches Heiligtum?“
Heute	Wikipedia oder Google?
Trend	KI

Aristoteles:

367 v.Chr., Arztsohn, Athen, Schüler vor Platon

ein System von logisch abgeleitetem, notwendiges und allgemeingültiges Wissen das auf sicheren Axiomen (Prinzipien) basiert und durch sorgfältige Beobachtung der Natur beruhen.....

(Empirie- Physik Mathematik= Beweis)

Immanuel Kant:

Aufklärungsphilosoph, 1742, Königsberg Preußen, größter Philosoph Neuzeit

System von Erkenntnissen, das durch eine gemeinsame Idee oder einen Zweck zusammengehalten wird und über bloße Anhäufung von Wissen hinausgeht, indem es die

Erkenntnisse organisch verknüpft und strukturiert (kategorischer Imperativ) nur nach Maximen zu handeln, die verallgemeinert werden können.... (was du nicht willst....)

Francis Bacon:

1561 Philosoph und ehemaliger Lordkanzler von Großbritannien

Wegbegleiter des Empirismus..... (Wissen ist Macht) Der Mensch kann die Natur nur dann beherrschen, wenn er sie kenne und es ist nötig Grundsätze und Prinzipien zu finden, die das Denken unterstützen – Zusammenhänge müssen überprüft und validiert werden (Experimente)

Gegen den damaligen religiösen Zeitgeist (Scholastiker)

Wissenschaftliches Arbeiten ist die

- systematische,
- objektive und
- methodisch

korrekte Auseinandersetzung mit einer Forschungsfrage,
um neues Wissen zu generieren oder bestehendes zu überprüfen, wobei eigene Meinungen
zurücktreten und stattdessen sachliche, nachprüfbare Argumente auf Basis fundierter Quellen
präsentiert werden

PDCA ?

Kleiner Ausflug in die „Methodik“

Ein deduktiver Ansatz ist ein wissenschaftliches Vorgehen, bei dem man von einer allgemeinen
Theorie oder einem bekannten Gesetz ausgeht, daraus eine Hypothese ableitet und diese dann
durch Untersuchung oder Experimente überprüft (Top-Down“ Ansatz)

Induktiver Ansatz: entwickelt eine Theorie aus spezifischen Besonderheiten

Deduktiver Ansatz

Kann auch in die Irre führen!

Mit Deduktion ist klassisch die Stoßrichtung vom allgemeinen zum Besonderen oder von der Theorie zur Empirie gemeint

Immobilität, Mangelernährung und Inkontinenz erhöhen Dekubitusrisiko

These: Wenn wir die Risiken bei Herrn M reduzieren, Prophylaxen durchführen, verringern wir das Risiko

Aber das deduktive Schlüsse in die Irre führen können Zeigt folgendes Beispiel:

Im Deutschen werden nur Nomen großgeschrieben....

Demnach ist „Im“ im vorangegangenen Satz ein Nomen?

Induktiver Ansatz Pflege

Eine Pflegekraft stellt fest, das ein Traktionsverband mit hydrokolloider Auflage einen Dekubitus des neu aufgenommenen Bewohners schneller heilt als herkömmlich

Muster: Wird übertragen auf weitere Patienten

Wundart, Patientengruppe, Verbandart, Zeit

Datensammlung

Hypothese

Wissenschaft?

Früher „aristokratisches Heiligtum?“

Heute Wikipedia oder Google?

Trend KI

Wissenschaft ist das Erforschen von Zusammenhängen, das Erweitern von Wissen sowie die Weitergabe des Erforschten

Der frühe Begriff der Wissenschaft geht auf die Zeit Platons zurück

Wissenschaft ist das Streben nach und die Anwendung von Wissen und Verständnis der natürlichen und sozialen Welt mithilfe einer systematischen, auf Beweisen basierenden Methodik

Die Wissenschaftliche Methodik umfasst folgendes: (3/5/8....Merkmale)

Objektive Beobachtung

Messung

Datenanalyse/ Untersuchung

Ist Pflege eine Wissenschaft?

Pflegewissenschaft

Ist Pflege eine Wissenschaft?

Pflege ist eine eigenständige Wissenschaft die eine Brücke zwischen Forschung, Theorie und der praktischen Pflege bildet, um die Qualität der Versorgung kontinuierlich zu verbessern.

Sie ist eine praxisorientierte Handlungswissenschaft, die erforscht, wie Menschen mit Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit umgehen und nutzt Methoden verschiedener Bezugswissenschaften wie Medizin, Psychologie und Soziologie

Hauptmerkmale:

Praxisbezug:	zentrales Element! Neue Erkenntnisse werden gewonnen und fließen direkt in die Forschung ein
Interdisziplinär:	Medizin, Soziologie, Psychologie, Ethik, Biologie
Wissensentwickl.:	generiert wissenschaftliche Erkenntnisse um pflegerisches Handeln zu fundieren, Basis für professionelle Pflege
Forschungsorient.:	evidenzbasierte Erkenntnisse verbessern Patientenversorgung

Pflege ist eine „junge Wissenschaft“

Schlüsselworte: Pflegewissenschaft, Deutschland, Pflegeforschung, Anfänge, Entwicklungsphasen

Kopie aus Text Frau Bartholomeyzik

Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland- eine schwere Geburt

Beltz Juventa Pflege und Gesellschaft, 22. Jg. 2017

Sabine Bartholomeyczik (* 13. April 1944 in [Heidelberg](#)) ist eine deutsche [Pflegewissenschaftlerin](#).

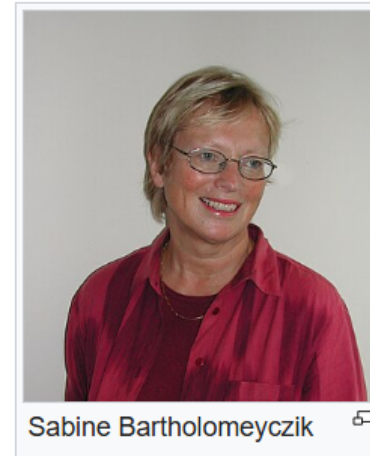
Lebenslauf [[Bearbeiten](#) | [Quelltext bearbeiten](#)]

Zu Beginn ihres beruflichen Werdegangs machte Sabine Bartholomeyczik zunächst ein Pflegepraktikum in einem [psychiatrischen](#) Landeskrankenhaus und schloss an dieses Praktikum eine Ausbildung zur [Krankenschwester](#) an der [Schwesternschule der Universität Heidelberg](#) an. Sie folgte damit einer Empfehlung des Heidelberger Chirurgen und ersten Nachkriegsrektors der [Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg](#), [Karl-Heinrich Bauer](#) (1890–1978), dem die Schwesternschule der Universität ein besonderes Anliegen war. Den Beruf der Krankenschwester übte Sabine Bartholomeyczik bis zum Anfang der siebziger Jahre in [Berlin](#) und [Mannheim](#) aus. In Mannheim studierte Bartholomeyczik [Sozialwissenschaft](#) und schloss mit dem Diplom ab.

Von 1974 bis 1990 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des [Bundesgesundheitsamtes](#) in Berlin tätig. In dieser Zeit promovierte sie zum Doktor der Sozialwissenschaften (*Dr. rer. pol.*). Ab 1990 betätigte Bartholomeyczik sich zum einen als freiberufliche Dozentin für [Pflegeforschung](#), zum anderen als Mitarbeiterin des von [Monika Krohwinkel](#) aufgebauten *[Agnes Karll Instituts für Pflegeforschung](#)* in [Eschborn](#).

1993 wurde sie zur [Professorin](#) für Pflegewissenschaft an der [Fachhochschule Frankfurt am Main](#) berufen. Seit 2001 bis zur [Emeritierung](#) war sie Professorin und Lehrstuhlinhaberin „Epidemiologie-Pflegewissenschaft“ am Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der privaten [Universität Witten/Herdecke](#). Von 2009 bis 2013 war sie Standortsprecherin am [Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen](#) (DZNE) in Witten.

Sabine Bartholomeyczik war von 1999 bis 2009 erste Vorsitzende der *[Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.](#)* Im Jahr 2009 übergab sie dieses Amt an [Renate Stemmer](#) (* 1959).



Textauszug

Die Anfänge der Pflegewissenschaft in Deutschland werden mit Ursprüngen, Schwierigkeiten und fördernden Bedingungen beschrieben. Teilweise kann eine Schwerpunktsetzung aus subjektiver Perspektive nicht vermieden werden, das beinhaltet auch eine westdeutsche Schwerpunktsetzung. In Anlehnung an internationale Phaseneinteilung wird hier ebenfalls eine solche zur Strukturierung genutzt: Vorphase mit „verpassten Gelegenheiten“, Phase 1 mit unerschrockenen Pionierinnen, Phase 2 mit der Präzisierung von Inhalten und dem Aufbau akademischer Strukturen. Die noch anhaltende Konsolidierungsphase als Phase 3 ist nicht mehr Gegenstand dieses Artikels. Auffallend ist, dass frühe Anregungen für Wissenschaftsstrukturen von außerhalb der Pflegeberufe kamen und weniger aus den Pflegeberufen selbst. Dazu passt die widerständige und zögerliche Einstellung aus der Berufspraxis.

- Phase 1 beinhaltet Aktivitäten einzelner PionierInnen, in der Regel unter dem Dach des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) und ist in den 1980er bis Anfang der 1990er Jahre zu verorten. Einzelaktivitäten waren von so großer Bedeutung, weil sie trotz fehlender institutioneller Anbindung an Wissenschaftsstrukturen gegen Widerstände unterschiedlicher Art die Pflegewissenschaft sichtbar machten.

- In Phase 2, den 1990er Jahren, wurden akademische Strukturen aufgebaut, eine Präzisierung von Inhalten fand statt, Themen wurden formuliert, erste kollektive Aktivitäten zeigten sich, waren aber weitgehend heterogen und unübersichtlich.

- Phase 3, etwa seit dem Jahr 2000, kann als Beginn einer Konsolidierung bezeichnet werden, Forschung entwickelt sich mit Drittmittelfinanzierung über die Reduktion auf Abschlussarbeiten hinaus. Strategien werden entwickelt, veröffentlichte wissenschaftliche Diskurse zu Methodologien und Methoden entstehen. Diese Konsolidierungsphase, die andauert, wird hier nicht behandelt, da es vorrangig um die Anfänge gehen soll.

Von der Theorie in die Praxis....

- Im Alltag keine Zeit für Theorie?
- Arbeiten Sie wissenschaftlich?
- Wo finden Sie im Alltag „Pflegewissenschaft“?

Die verschiedenen Konzepte an Pflegemodellen

In der Pflege gibt es massenhaft Modelle. Diese unterscheiden sich nicht selten in der Gewichtung. Faktoren wie der Mensch, dessen Umgebung, die Gesundheit/Krankheit der Person sowie die Form der Pflege an sich finden Beachtung, aber jedes Modell fokussiert diese unterschiedlich stark. Insbesondere kann man zwischen folgenden Pflegemodellen unterscheiden:

Bedürfnismodelle: Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und die pflegerischen Probleme, die sich aus der Erkrankung der Person ergeben.

Interaktionsmodelle: Im Mittelpunkt steht die zwischenmenschliche Wechselbeziehung der:des Pflegebedürftigen und der Pflegekraft.

Ergebnismodelle: Im Mittelpunkt steht ein Ergebnis, das die Pflegekraft erreichen will. Das kann z. B. die Erlangung oder Erhaltung der Selbstständigkeit und des Wohlbefindens sein.

(Quelle: „Pflegeplanung leicht gemacht“ von Jens Kreikenbaum und Reinhard Lay, 9. Auflage, 2022)

Jedem Leitbild liegt ein Pflegemodell zugrunde

Pflegetheorien und Modelle

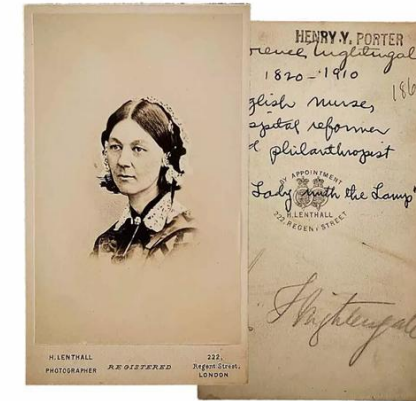
Pflegetheorien werden oft mit Pflegemodellen gleichgesetzt. Nimmt man es allerdings genau, haben diese Begriffe unterschiedliche Bedeutungen.

Ein Pflegemodell ist eine vereinfachte, praxisbezogene Form einer oder mehrerer abstrakter Pflegetheorien. Modelle machen zwar – genauso wie Pflegetheorien – allgemeingültige Aussagen über den Menschen, dessen Umgebung und seine Pflege, jedoch liefern sie konkrete Angaben bezüglich der Aufgaben von Pflegekräften, der Pflegeziele sowie einer möglichen Pflegeplanung.

Dank dieser Praxisnähe helfen Pflegemodelle bei der Überprüfung von Pflegetheorien.

Ein Blick in die Vergangenheit

Florence Nightingale



Florence Nightingale war eine britische Krankenschwester, Statistikerin, Begründerin der modernen westlichen Krankenpflege und einflussreiche Reformerin des Sanitätswesens und der Gesundheitsfürsorge in Großbritannien und Britisch-Indien. Wikipedia

Geboren: 12. Mai 1820, Florenz, Italien

Verstorben: 13. August 1910, Mayfair, London, Vereinigtes Königreich

Eltern: William Edward Nightingale, Frances Smith

Geschwister: Frances Parthenope Verney

Ausbildung: King's College London

Hinweis: revolutionierte Ausbildung, nicht Ärzte, erfahrene Schwestern als Anleiter/ Vorbilder (Tag der Pflege 12. Mai),

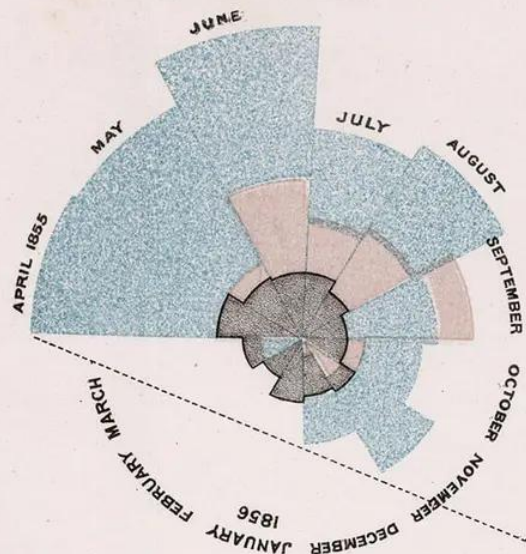
Interessant zu Wissen....

Im Jahr 1854 wurde die Krankenschwester zum Einsatz in den Krimkrieg entsandt, wo sie mit haarsträubenden Zuständen und dramatischen Versorgungsengpässen konfrontiert wurde. Die Zahl der Kranken und Verwundeten stieg stetig an, während Verbandszeug und Seife immer knapper wurden. So starben letztlich mehr Soldaten an Infektionskrankheiten als an Verletzungen, die sie sich im Einsatz auf der Krim zugezogen hatten. Florence Nightingale bemerkte den drastischen Anstieg der Todeszahlen und suchte nach möglichen Erklärungen, um weitere Todesfälle zu verhindern.

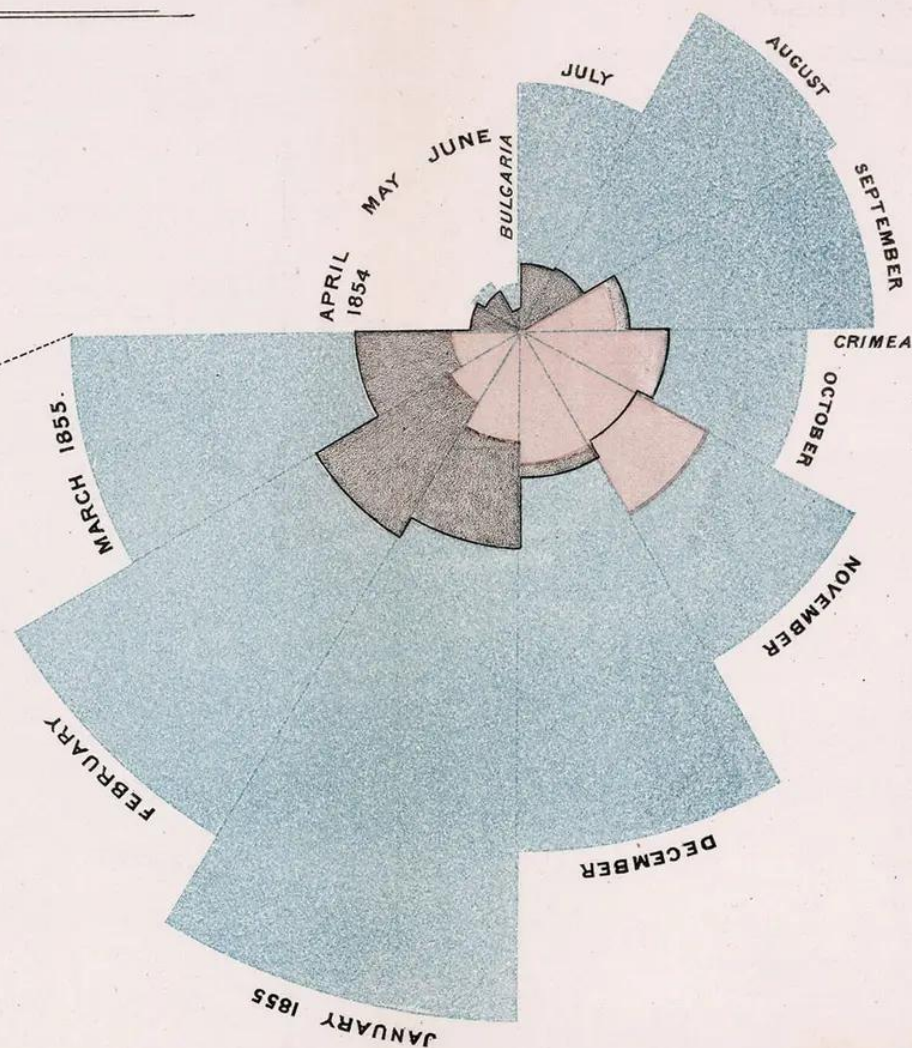
Obwohl die junge Frau nichts über Erreger und Übertragungswege von Krankheiten wusste, vertrat sie die Ansicht, dass die meisten Krankheiten durch Hygiene und eine angemessene Ernährung geheilt werden können. Binnen kürzester Zeit verbesserte Florence Nightingale die Hygienezustände im Lazarett und versorgte tausende Soldaten mit Kleidung und anderen Gebrauchsartikeln. Bei ihren nächtlichen Krankenbesuchen kümmerte sie sich, ausgestattet mit einer Lampe, um ihre Patienten und ging als "Lady with the Lamp" (Die Lady mit der Lampe) in die Geschichte ein. (Aus: Elias, Lernplattform Abruf 2026 01 03)

DIAGRAM OF THE CAUSES OF MORTALITY IN THE ARMY IN THE EAST.

2.
APRIL 1855 TO MARCH 1856.



1.
APRIL 1854 TO MARCH 1855.



The Areas of the blue, red, & black wedges are each measured from the centre as the common vertex.
The blue wedges measured from the centre of the circle represent area for area the deaths from Preventible or Mitigable Zymotic diseases; the red wedges measured from the centre the deaths from wounds; & the black wedges measured from the centre the deaths from all other causes.
The black line across the red triangle in Nov^r 1854 marks the boundary of the deaths from all other causes during the month.
In October 1854, & April 1855; the black area coincides with the red; in January & February 1855, the blue coincides with the black.
The entire areas may be compared by following the blue, the red & the black lines enclosing them.

Die zentralen Aspekte von Nightingales Konzept:

Die Umgebung als Heilfaktor: Nightingale sah die Umgebung als entscheidend für die Genesung an und definierte fünf Hauptelemente:

Saubere Luft (Fresh Air): Sorgen für gute Belüftung und Frischluftzufuhr.

Sauberes Wasser (Clean Water): Sicherstellen, dass Patienten Zugang zu sauberem Trink- und Brauchwasser haben.

Effiziente Abwasserentsorgung (Drainage): Eine gute Hygiene durch ordnungsgemäße Abfall- und Abwasserentsorgung.

Sauberkeit (Cleanliness): Regelmäßige Reinigung von Räumen und Wäsche, Körperhygiene der Patienten.

Licht (Light): Maximale Nutzung von Tageslicht, da es heilend wirkt.

Ernährung (Nourishment): Die richtige und ausgewogene Ernährung zur Stärkung der Patienten.

Ruhe (Quiet): Schaffung einer ruhigen Umgebung, um die Genesung zu fördern.

Beobachtung: Die Notwendigkeit, den Zustand des Patienten genau zu beobachten, um Veränderungen zu erkennen und darauf zu reagieren.

Pflege als Beruf: Die Forderung nach einer professionellen Ausbildung und einem ethischen Selbstverständnis der Pflegekräfte, die sich durch Hingabe und Engagement auszeichnen.

Nancy Roper

Pflegemodell der Lebensaktivitäten

Nancy Roper (* 29. September 1918 in Wetheral, Cumberland, England; † 5. Oktober 2004 in Edinburgh, Schottland) war eine britische Pflegewissenschaftlerin. Zusammen mit Winifred W. Logan und Alison Tierney gehörte sie zu den Schöpfern eines an der Universität von Edinburgh entwickelten Pflegemodells der Lebensaktivitäten (LA).

Ausgangspunkt und pfl egetheoretischer Ansatz von Roper, Logan und Tierney (auch als RLT-Pflegemodell bekannt, nach den Anfangsbuchstaben der Autorennamen) ist ein auf Handlungen ausgerichtetes Lebensmodell. Diese Handlungen vollzieht jeder Mensch tagtäglich und zeitlebens und können zwölf Aktivitätsbereichen zugeordnet werden – den Lebensaktivitäten. Die zwölf Lebensaktivitäten sind

- 1) Für eine sichere Umgebung sorgen
- 2) Kommunizieren
- 3) Atmen
- 4) Essen und Trinken
- 5) Ausscheiden
- 6) Sich sauber halten und kleiden
- 7) Die Körpertemperatur regeln
- 8) Sich bewegen
- 9) Arbeiten und spielen
- 10) Sich als Mann und Frau fühlen
- 11) Schlafen
- 12) Sterben

Konzeptionell zeigen die Lebensaktivitäten eine starke Ähnlichkeit gegenüber den 14 Grundbedürfnissen des Pflegemodells von Virginia Henderson auf. Andere Pflegetheoretiker (zum Beispiel Monika Krohwinkel, Liliane Juchli, Christoph Abderhalden) haben den Ansatz von Roper, Tierney und Logan aufgegriffen, weiterentwickelt und präzisiert.

IHRE BEDÜRFNISSE SIND UNSER AUFGABE

Jede Patientin und jeder Patient hat individuelle Bedürfnisse. Diese stehen für uns in der Raphaelsklinik stets im Mittelpunkt der Pflege. Unser Ziel ist es, Sie so zu unterstützen, dass Sie möglichst alle Lebensaktivitäten Ihren Wünschen und Ihrem Alter entsprechend selbstständig bewältigen können.

Als Grundlage der Pflege in der Raphaelsklinik haben wir uns für das Pflegemodell nach Nancy Roper entschieden. Im Mittelpunkt steht dabei der Mensch mit seinen Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen. Die wichtigsten Richtlinien des Modells sind die Individualität und die Würde des Menschen sowie die Sicherung der Lebensbedingungen.

»Einer der besten Wege, einen Menschen zu verstehen, ist die Beobachtung seiner Lebensaktivitäten.«

NANCY ROPER, PFLEGEWISSENSCHAFTLERIN

Die Lebensaktivität

Das Modell der Lebensaktivitäten nach Roper besteht aus zwölf Punkten, die aufeinander aufbauen, sich ergänzen und in ihrer Wertigkeit einem stetigen Wandel unterliegen. Einschränkungen in einem Aktivitätsbereich können Probleme in einem anderen bedingen. Sie zu sichern ist Kern unseres Pflegeauftrags.

Die zwölf Lebensaktivitäten

1. Schlafen
2. Sich bewegen
3. Sich sauber halten und kleiden
4. Essen und trinken
5. Ausscheiden
6. Die Körpertemperatur regulieren
7. Atmen
8. Für Sicherheit der Umgebung sorgen
9. Sich beschäftigen
10. Kommunizieren
11. Sich als Mann oder Frau fühlen
12. Sterben

Pflege soll unterstützen, mit freier Entscheidung des Patienten

- › Pflege darf nicht abhängig machen
- › Pflege soll Krankheiten verhüten durch Prophylaxen z. B. Pneumonieprophylaxe
- › Pflege soll Krankheiten oder Abhängigkeiten versuchen zu lindern oder Wege aufzeigen, damit besser zurechtzukommen
- › Pflege soll das Selbstwertgefühl des Patienten steigern und fördern
- › Pflege soll sich ein Wohlbefinden schaffen in allen Aktivitäten
- › Pflege soll sich nach den Gewohnheiten orientieren
- › Pflege muss exakt durchgeführt werden und soll auf beobachtbaren und messbaren Phänomenen basieren (Kontrollierbarkeit)
- › Pflege muss nach Roper dokumentiert werden und ständig auf Pflegewirkung hin geprüft werden.
- › Pflege soll copingstrategien (= etwas bewältigen können) bei vorhanden Problemen entwickeln, die mit den Lebensaktivitäten in Beziehung stehen.

Nancy Roper legt besonderen Wert, auf die dokumentierte und nachvollziehbare Pflege. Sie selbst hat auch verschiedene Pflegedokumentationen entwickelt und in der Praxis erprobt.

Nach Nancy Roper wird Krankenpflege erforderlich, wenn Probleme bei dem Menschen im Kontext der Lebensaktivitäten und deren Ausführung auftreten. Die Pflege wird als Hilfe für den Patienten/Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen gesehen, um Probleme:

- › zu vermeiden, z. B. die Entstehung eines Dekubitus
- › zu lösen, ein vorhandenen Dekubitus in Nah; Fernziele stecken, um den Dekubitus, wenn möglich, ganz zu heilen
- › zu lindern, evtl. Schmerzen zu lindern
- › oder diese zu bewältigen, z. B. mit soziale Problemen besser umgehen zu können
- › Eine individuelle Pflege ist nur mit dem Pflegeprozess, als eine methodische Art der systematischen, geplanten und zielorientierten Pflege zu erreichen.

(kypernetischer Regelkreis, z. B. Informationssammlung)

Eine individuelle Krankenpflege steht bei Roper im Vordergrund, und ist aus dem Gegenstück „Individualität im Leben entstanden.

Als unteilbare Einheit ist dabei: Körper, Geist und Seele anzusehen.

Das oberste Ziel, ist die individuelle, ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen in seinem sozialen Umfeld.

Dorothea Orem

Dorothea E. Orem wurde 1914 in Baltimore, USA, geboren. In den frühen 30er Jahren besuchte sie eine Krankenpflegeschule in Washington D.C. Nach dem Abschlussexamen setzte sie ihre Ausbildung fort, erwarb 1939 und 1945 den ersten und zweiten akademischen Grad im Fach Pädagogik der Krankenpflege.

Bis sie letztendlich 1980 eine eigene Beratungsfirma (Orem & Shields, Inc.) in Maryland gründete, bekleidete sie innerhalb ihrer Bilderbuchkarriere nicht nur mehrere einflussreiche Ämter und Positionen, sondern verfasste auch verschiedene Schriften und Bücher und erhielt mehrere Ehrendokortitel.

Als ein entscheidendes Moment für ihre Arbeit beschreibt sie die Einsicht, dass die Grundlage für das helfende Eingreifen der professionellen Pflege das Auftreten von Mängeln in der Selbstfürsorge eines Menschen ist. Der Ausgangspunkt ihres Denkens verschiebt sich damit von einem traditionell passiven Patienten als Empfänger der Pflege zu einer aktiv handelnden Person, die grundsätzlich für sich selbst sorgt.

Die ersten beiden Studienabschlüsse absolvierte sie in der Zeit des Zweiten Weltkrieges, was sie nicht unbeeinflusst gelassen haben mag. Zwischen 1957 und 1959 beschäftigte sie sich intensiv mit der Frage: "Was ist der eigentliche Gegenstand der Krankenpflege?". Aus dieser Zeit stammt auch die oben erwähnte Einsicht. Damals herrschte Pflegenotstand in den Krankenhäusern. 1955 stellte Henderson ihr Modell vor, eines der ersten seiner Art. Orem formulierte ihr Selbstfürsorge-Konzept erst nach jahrelanger Berufserfahrung: 1980, und eine Überarbeitung 1985. Wenn gleich sie selbst die Ähnlichkeit zwischen der Pflegedefinition von Henderson und ihrer eigenen anerkennt, so verneint Orem doch ausdrücklich die Vermutung, dass sie ihren theoretischen Rahmen davon abgeleitet hat. Sie sagt, die Zusammenarbeit mit vielen Pflegenden und die Unterrichtserfahrungen hätten ihr sehr wertvolle Anregungen gegeben.

Was ist die Theorie von Dorothea Orem?

Dorothea Orem's Theorie besagt, dass Menschen in der Lage sein sollten, ihre eigenen Gesundheitsbedürfnisse wie Ernährung, Hygiene oder medizinische Versorgung durch Selbstpflege zu erfüllen. Ein Selbstpflegedefizit tritt auf, wenn sie dazu nicht in der Lage sind, was zu gesundheitlichen Problemen führen kann.

Welche Rolle spielt die Selbstpflege für Einzelpersonen?

Jeder Mensch versucht, die täglichen Anforderungen so weit wie möglich eigenständig zu bewältigen. Bestehen hierbei Schwierigkeiten (z. B. bei der Körperpflege, Ernährung, Einnahme von Medikamenten), geht es darum, diese Fähigkeiten zu stärken – im Sinne eines selbstbestimmten Alltags. Je mehr jemand in der Lage ist, selbst für sich zu sorgen, desto geringer ist das Selbstpflegedefizit.

Was ist psychologische Selbstfürsorge?

Psychologische Selbstfürsorge bezieht sich auf Maßnahmen, die eine Person ergreift, um ihr psychisches Wohlbefinden zu fördern, wie z. B. Stressbewältigung, Pflege von sozialen Beziehungen, emotionale Balance und Achtsamkeit. Werfen Sie gerne auch einen Blick auf unseren Artikel zum Thema „Psychische Gesundheit stärken – Tipps“.

Praktische Ansätze zur Förderung der Selbstpflege

Wie kann man Selbstpflegedefizite überwinden?

Ein ganzheitlicher Ansatz, der sowohl physische als auch psychische Aspekte berücksichtigt, ist entscheidend:

Erkennen und Verstehen der eigenen Bedürfnisse:

Menschen müssen lernen, ihre körperlichen und emotionalen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu priorisieren. Dies kann durch Selbstreflexion oder durch Unterstützung von Fachkräften geschehen.

Strukturierte Routinen etablieren:

Feste Tagesabläufe und Routinen helfen dabei, Selbstpflegemaßnahmen wie gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf und körperliche Aktivität regelmäßig umzusetzen.

Emotionale Selbstfürsorge:

Dazu gehört, sich Zeit für Entspannung und Achtsamkeit zu nehmen, um Stress abzubauen und emotionale Balance zu finden. Techniken wie Meditation oder achtsames Atmen können hier hilfreich sein.

Unterstützungssysteme nutzen:

In ambulanten Diensten arbeiten beispielsweise Fachkräfte eng mit Klienten zusammen, um individuell angepasste Unterstützung zu bieten, sei es durch Beratung, praktische Hilfen oder das Schaffen eines stabilen sozialen Umfelds.

4.1 Was versteht D. Orem unter Dependenzpflege (Selbstpflege)

Dependenzpflege sind alle konkreten Handlungen, die verantwortungsvoll und bewusst von Angehörigen, Freunden oder Bekannten für ihre "zeitweise Abhängigen" oder voll Pflegebedürftigen übernommen werden. Handelt ein Mensch für z.B. Säuglinge, Kleinkinder oder kranke und behinderte Menschen, so treten seine Hilfestellungen anstelle der Selbstpflege des Pflegebedürftigen. Der Dependenz-Handelnde betreut Säuglinge und Kleinkinder, da diese aufgrund ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung vielen Anforderungen noch nicht gewachsen sind. Ebenso müssen ältere Menschen aufgrund ihrer nachlassenden Fähigkeiten im geistigen und körperlichen Bereich Dependenzpflege in Anspruch nehmen.

4.2 Dependenzpflegekompetenz

Dependenzpflegekompetenz ist die Fähigkeit eines erwachsenen Menschen, den kontinuierlichen Bedarf an komplexen und zielgerichteten Handlungen für einen anderen Menschen zu erkennen und durchzuführen. Damit übernimmt er die Selbstpflege für einen anderen und damit eine hohe Verantwortung. Zur Dependenzpflegekompetenz gehört nicht nur Massnahmen durchzuführen, sondern auch Erfordernisse zu erkennen und einzuschätzen. Dependenz-Handelnde stehen häufig in enger Kooperation mit Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung. Gerade dann, wenn es um die Versorgung eines zu pflegenden Angehörigen geht.

5. Wann liegt ein Selbstpflegedefizit vor?

Ein Selbstpflegedefizit liegt dann vor, wenn ein Ungleichgewicht (ein Missverhältnis) zwischen der Selbstpflegekompetenz und dem situativen Selbstbedarf aufgrund von bestehenden Einschränkungen vorliegt. Die Einschränkungen beziehen sich auf: Verstehensfähigkeit, die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit und auf zielgerichtete Handlungen, die in der produktiven Phase der Selbstpflege eintreten. Das kann durch eine Veränderung der Lebenssituation mit Einschränkung der Selbstpflegefähigkeit oder geänderten Selbstpflegeerfordernissen vorkommen. Wenn dieses Selbstpflegedefizit nicht von dem Betroffenen selbst oder seiner Bezugsperson kompensiert werden kann, dann ist die professionelle Pflege notwendig.

Um Patienten zu unterstützen, wenden alle professionellen Helfer nach Orem bestimmte Methoden an. Dazu gehören alle Handlungen, die dazu dienen, entweder die gesundheitsbedingte Einschränkungen für einen Menschen auszugleichen bzw. ihm helfen, wieder selbst tätig zu werden, oder die Dependenzpflege zu unterstützen. Orem hat fünf Kategorien entwickelt, die oft untereinander kombiniert werden:

für andere handeln und agieren

führen und anleiten

physische oder psychologische Unterstützung geben

ein Umfeld errichten und erhalten, das die persönliche Entwicklung fördert

unterrichten

Evaluation

D. Orem hat durch ihr Modell einen entscheidenden Beitrag für die Weiterentwicklung der Pflege geleistet, indem klar wird, was Pflegekräfte tun, warum sie es tun und was das Ergebnis ihres Tuns ist.

Im Gegensatz zu den USA (seit den 80ern) und den Benelux (seit den 90ern) ist ihr Modell in Deutschland nicht so weit verbreitet, es wird überwiegend punktuell bei der Leitbildentwicklung verwendet oder zitiert (sogenanntes "Orem light"). Das mag vielleicht daran liegen, dass die Begriffsdefinitionen nicht immer klar und verständlich sind, obwohl (oder weil) sie die fehlende Fachsprache anspricht und neue Begriffe kreiert. Sie beschreibt z.T. alte Begriffsinhalte mit neuen Begriffen, was einem Wörterbuch ohne Erkenntnisgewinn gleichkommt. Ausserdem sind durch ihre Bandwurmsätze logische Zusammenhänge nicht immer ersichtlich. Doch im Grossen und Ganzen ist ihr Modell brauchbar, weil es die Notwendigkeit des Einsatzes professioneller Pflege bestimmt. Autor: Markus Silbitzer

Das Pflegemodell nach Dorothea Orem



Das Pflegemodell der Amerikanerin Dorothea Orem entspricht unserem Verständnis von Pflege und kommt daher im Christlichen Krankenhaus Quakenbrück gemeinnützige GmbH zur Anwendung.

Schwerpunkt dieses Modells bildet die sogenannte **Selbstpflege**. Sie besagt, dass ein erwachsener Mensch grundsätzlich für sich persönlich sorgen und alle alltäglichen Handlungen selbstständig ausführen kann.

Ist diese Kompetenz aufgrund von Faktoren wie Alter, Krankheit oder vorübergehenden Behinderungen eingeschränkt, soll der Patient laut Dorothea Orem wieder in seine Selbstständigkeit zurückgeführt werden.

Konkret bedeutet dies: Die Pflegekraft greift nur dann aktiv ein, wenn der Patient nicht mehr für sich selbst sorgen kann.

Dieses Pflegemodell weicht von dem allgemeinen Verständnis, wonach der Patient als passiver Empfänger von Pflegehandlungen gilt, ab und sieht ihn als aktiv handelnde Person, die für sich selbst sorgt.

Grundvoraussetzung hierfür ist allerdings, dass der Patient seinen Gesundheitszustand realistisch einschätzen kann.

Aber auch unsere Pflegekräfte sind gefordert, ein realistisches Bild von der zu pflegenden Person zu zeichnen, deren Potenziale festzustellen und in das Pflegekonzept einzuplanen.

Auszug einer Pflegeprozessplanung in Anlehnung an die Selbstpflegetheorie
Am Beispiel des ADL's Bewegen

Situative Pflegedefizite	Selbstpflegekompetenzen Ressourcen	Ziele	Maßnahmen der Pflege	Evaluation am:
Patient kann im Bett nicht selbständig Lageveränderungen vornehmen - kann li. Bein nicht aktiv beugen und gebeugt halten - hat erhöhten Strecktonus - kann Becken nicht selbst hochheben und seitlich versetzen - kommt selbständig nicht in die Seitenlage - zeigt bei Anstrengung assoziierte Beugereaktionen im li. Arm	kann li. Bein aktiv schnell strecken kann li. Bein in der Mittelstellung halten kann re. Bein aktiv anstellen und sich re. hoch drücken kann Becken mit re. Bein in Seitenlage drücken kann li. Arm mit re. Hand korrekt unterstützen	kann li. Bein kurz in Beugstellung halten. kann li. Bein aktiv mit wenig Unterstützung beugen kann Becken mit kontrollierten Einsatz beider Beine heben kann sich mit wenig Hilfe auf beide Seiten drehen.	Basal stimulierendes Ausstreichen des li Beins Li Bein nach dem Bobathkonzept in Beugung bringen Mit Pat. üben li. Bein in Beugung zu halten und kontrolliert wieder zu strecken Beckenheben nach dem Bobathkonzept bei jedem Bewegungsübergang im Bett üben Anleiten zum Drehen, auf ausreichend Unterstützungsfläche achten Spastik im li. Arm durch orientierende Ausstreichung lösen	
Pat. kann sich nicht selbständig von Seitenlage an Bettkante transferieren - kann li. Arm nicht zum Hochdrücken einsetzen - kann li. Arm nicht aktiv beugen oder strecken..	versucht sich mit re. Arm hoch zudrücken	kann sich über die weniger betroffene Seite mit geringer taktiler Unterstützung an die Bettkante setzen	Hilfestellung beim Aufsetzen über die re. Seite nach Bobathkonzept Üben des Hochdrückens	

Hat keine sichere und stabile Sitzposition an der Bettkante - hat schwache Rumpfmuskulatur li. und Bauchmuskulatur - drückt sich nach hinten und nach li. - kann Gewicht nicht gleichmäßig auf beide Beine nehmen	kann Kopf stabil halten. Freies Sitzen für 1 Minute möglich	kann für 5 Min. stabil und frei sitzen kann Oberkörper nach vorne beugen Belastet im Sitzen beide Beine gleichmäßig	Beim Sitzen auf gute Position und Auflagefläche achten Re. Hand seitlich vom Rumpf positionieren Im Sitzen den Oberkörper nach vorne bringen durch Einleitung der Bewegung an der li. Schulter Auf guten Bodenkontakt achten. Beruhigendes Ausstreichen der Beine um Gewicht spüren zu lassen
Kann sich nicht selbständig von Bettkante in Rollstuhl transferieren - kann Gewicht nicht gleichmäßig auf beide Beine bringen - kennt Umgang mit Transferbrett noch nicht - Ehefrau kennt einzelne Schritte und Unterstützungsmöglichkeiten des tiefen Transfers mit Transferbrett noch nicht	kann sich mit der li. Hand an der Seite der PK. festhalten. Kann Gewicht auf dem reBein übernehmen ist motiviert damit zu arbeiten ist sehr motiviert ihren Mann beim Transfer zu unterstützen	kann tiefen Transfer mit wenig Hilfe ausführen kann kontrolliert Gewicht auf beide Beine übernehmen. kennt die einzelnen Schritte des Transfers Ehefrau kann gezielt taktile Impulse geben. Hat dabei wenig Anstrengung	Tiefer Transfer nach dem Bobath-Konzept über die weniger betroffene Seite Vor dem Transfer 2-3 mal „Papo anheben“ üben Umgang mit Transferbrett erklären und üben Anleitung der Ehefrau 2 Wochen vor Entlassung einplanen

Liane Juchli

ATL Pflege: Pflegemodell nach Liliane Juchli

Das Pflegemodell von Liliane Juchli basiert auf den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) und dient als Strukturhilfe im Pflegeprozess. Es ermöglicht, die Grundbedürfnisse von Patientinnen und Patienten systematisch zu erfassen und individuell darauf einzugehen.

Ziel des Modells ist es, den Alltag pflegebedürftiger Menschen so selbstständig und würdevoll wie möglich zu gestalten. Die insgesamt zwölf ATL-Bereiche orientieren sich an typischen Lebensaktivitäten und bieten eine klare Orientierung für die Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen.

<https://www.youtube.com/watch?v=sqb6ggAzgWE>

Merkmale des Liliane Juchli Pflegemodells

Das Liliane Juchli Pflegemodell zeichnet sich durch mehrere zentrale Merkmale aus, die es von anderen Pflegemodellen abheben:

Ganzheitlichkeit

Das Modell betrachtet den Menschen in seiner Ganzheit und achtet auf körperliche, psychische, soziale und spirituelle Aspekte.

Kreisprozess

Die Pflege wird als dynamischer, zirkulärer Prozess verstanden, der sich ständig weiterentwickelt. Dieser umfasst die Schritte Erhebung, Planung, Durchführung und Evaluation.

Pflegeanamnese

Die systematische Sammlung von Informationen über den Patienten und seine spezifischen Pflegebedürfnisse bildet die Grundlage für die Pflegeplanung.

Praktische Umsetzung des Liliane Juchli Pflegemodells

Die praktische Umsetzung des Liliane Juchli Pflegemodells erfordert eine systematische Vorgehensweise und eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Patienten.

Zu den wesentlichen Schritten zählen:

Erhebung:

Systematische Erfassung der Pflegebedürfnisse durch Gespräche und Beobachtungen.

Planung:

Entwicklung eines individuellen Pflegeplans, der auf den erhobenen Daten basiert.

Durchführung:

Umsetzung der geplanten Maßnahmen in Abstimmung mit dem Patienten.

Evaluation:

Regelmäßige Überprüfung und Anpassung des Pflegeplans, um eine optimale Pflegequalität zu gewährleisten.

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

1. Ruhen und schlafen (u .a. Säubern des Betts, Positionierung des:der Patient:in, Schlaf beobachten)
2. Sich bewegen (u. a. Kontraktur-, Thrombose- und/oder Dekubitusprophylaxe, Bewegungsübungen, Mobilisation, Krankengymnastik)
3. Sich waschen und kleiden (u. a. Hilfe beim An-/Auskleiden, Körperpflege, Haut beobachten)
4. Essen und Trinken (u. a. Kontrolle des Körpergewichts, Hilfestellung beim Essen und Trinken, ggf. Einsatz einer Ernährungssonde)
5. Ausscheiden (u. a. Beobachtung von Urin/Stuhlgang, Inkontinenzversorgung)
6. Körpertemperatur regulieren (u. a. Beobachtung der Körpertemperatur, Pflege bei Fieber)
7. Atmen (Inhalation, Beobachtung der Atmung, ggf. Kontaktatmung)
8. Für Sicherheit sorgen (u. a. Gefahren beseitigen, richtiger Umgang mit Medikamenten und sterilen Gegenständen, Infektionen verhindern)

- 9. Raum und Zeit gestalten, arbeiten und spielen (u. a. Ergotherapie, Physiotherapie, Rehabilitation)
- 10. Kommunizieren (u. a. Umfangreiche Kommunikation mit Patient:innen/Angehörigen/Kolleg:innen, Visite, Übergabe)
- 11. Kind, Frau, Mann sein (Intimsphäre bewahren)
- 12. Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen (u. a. Angstbewältigung, Schmerzbewältigung, Unterstützung bei Sinnkrisen, Begleitung Sterbender)

Beispiel für das Liliane Juchli Pflegemodell

Ein praktisches Beispiel für die Anwendung des Liliane Juchli Pflegemodells in der Altenpflege könnte folgendermaßen aussehen:

Einschätzung der Mobilität einer Seniorin durch Beobachtung und Gespräche.

Planung von regelmäßigen Gehübungen und Physiotherapiesitzungen.
Durchführung der Übungen unter Anleitung und Unterstützung der Pflegekraft.

Evaluation der Fortschritte durch wöchentliche Reviews und Anpassung der Maßnahmen bei Bedarf.

Ein weiteres Beispiel ist die Pflege eines demenziell erkrankten Patienten. Hier erfolgt die Erhebung durch detaillierte Gespräche mit Angehörigen und Beobachtungen des Verhaltens. Der Pflegeplan könnte kognitive Übungen und Erinnerungsunterstützung beinhalten. Die Durchführung umfasst tägliche Aktivitäten zur Stimulation der kognitiven Fähigkeiten und regelmäßige Überprüfung der Fortschritte.

Monika Krohwinkel

Monika Krohwinkel ist eine deutsche Pflegewissenschaftlerin. Sie stellt ihre Pflegetheorie 1993 vor. Abgeleitet von Nancy Ropers Lebensaktivitäten, basiert diese Pflegetheorie unter anderem auf der sogenannten „ABEDL-Struktur“. Die Abkürzung ABEDL steht für „Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens“. Sind diese „ABEDL“ durch Krankheit, Behinderung oder Alter eingeschränkt, wird die Pflege notwendig. Nach Möglichkeit soll das pflegerische Handeln dem kranken oder behinderten Menschen dazu verhelfen, solche fehlenden Fähigkeiten zurückzuerwerben.

1. Das ABEDL-Strukturmodell

Das Herzstück bilden die 13 ABEDL (Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens). Dieses Modell erweitert ältere Ansätze (wie AEDL) explizit um soziale Beziehungen und psychische Erfahrungen.

Aktivitäten: Klassische Bereiche wie Kommunizieren, sich bewegen, sich pflegen, essen und trinken, ausscheiden, sich kleiden, ruhen und schlafen.

Beziehungen: Die Einbeziehung des sozialen Umfelds und der Interaktion mit anderen.

Existenzielle Erfahrungen: Der Umgang mit belastenden Erlebnissen (z. B. Schmerz, Sterben), aber auch mit fördernden Erfahrungen (z. B. Hoffnung, Sicherheit).

2. Die fünf Teilkonzepte des Gesamtsystems

Krohinkels Theorie ist in fünf Säulen gegliedert, um eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen:

ABEDL-Strukturmodell: 13 Kategorien zur Einschätzung der Situation.

Pflegeprozessmodell: Ein 4-Phasen-Modell (Erhebung, Planung, Durchführung, Auswertung).

Rahmenmodell: Definiert die Schlüsselbegriffe Mensch, Umgebung, Gesundheit/Krankheit und Pflege.

Managementmodell: Bezieht sich auf die Organisation und Aufgaben der Pflegenden.

Reflektierendes Erfahrungslernen: Die kontinuierliche Weiterentwicklung durch Erfahrung und Forschung.

3. Aktueller Kontext 2026

In der modernen Pflegepraxis des Jahres 2026 wird Krohwinkels Modell weiterhin als theoretische Grundlage genutzt, oft jedoch im Rahmen der Pflegedokumentation durch das Strukturmodell (SIS) ergänzt oder ersetzt, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren. Dennoch bleibt es ein Grundpfeiler der pflegerischen Ausbildung

Die 13 AEDL nach Krohwinkel

Die 13 AEDL nach Monika Krohwinkel beschreiben zentrale Lebensbereiche, die für die ganzheitliche Pflege erfasst, dokumentiert und gefördert werden sollen – von der körperlichen Grundversorgung bis zur Verarbeitung existenzieller Erfahrungen.

1. Kommunizieren

In der fördernden Prozesspflege umfasst die Kommunikation laut Monika Krohwinkel alle Fähigkeiten, mit denen sich Menschen mitteilen, fühlen, verstehen und wahrnehmen, sei es verbal, nonverbal, schriftlich oder durch technikgestützte Hilfsmittel. Dazu gehören:

die Wahrnehmungsfähigkeit (z.B. Sehen, Hören, Fühlen),
der Ausdruck von Gefühlen, etwa über Mimik, Gestik oder Sprache,

das Verstehen und Erinnern (z.B. Orientierung zu Zeit, Raum und Person)

und das Erkennen von Informationen, beispielsweise beim Lesen oder Zuhören.

Auch emotionale und soziale Bedürfnisse, Konzentrationsfähigkeit, Empfinden von Schmerz und der Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Brillen, Hörgeräte, Kommunikationshilfen) sind Teil dieses Bereichs.

2. Sich bewegen

Im Sinne der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel geht es bei dieser AEDL um alle Aspekte körperlicher Bewegung: von der eigenständigen Lagerung im Bett bis zum Gehen im Alltag. Die Pflegekraft unterstützt aktiv sowie passiv, beispielsweise bei Lagenwechsel, Aufstehen, Sitzen, Gehen oder beim sicheren Positionswechsel im Rollstuhl.

3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten

Diese AEDL umfasst alle Pflegemaßnahmen zur Beobachtung, Stabilisierung und Unterstützung lebenswichtiger Körperfunktionen. Fachkräfte überwachen regelmäßig Vitalzeichen wie Blutdruck, Puls, Atmung, Blutzucker und Körpertemperatur. Auch das Erkennen und Reagieren auf Symptome wie Atemnot, Verschleimung, Fieber oder Kreislaufstörungen fällt in diesen Bereich.

4. Sich pflegen

Die tägliche Körperpflege beeinflusst das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl maßgeblich. Pflegekräfte achten darauf, inwieweit eine Person Tätigkeiten wie Waschen, Kämmen oder kosmetische Pflege selbstständig ausführen kann.

Unterstützung erfolgt gezielt dort, wo Hilfe nötig ist, ohne die Eigenständigkeit unnötig einzuschränken.

5. Essen und Trinken

Die Nahrungsaufnahme ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis. Entscheidend ist dabei nicht nur, was gegessen wird, sondern auch, wie Nahrung und Flüssigkeit aufgenommen wird: Pflegekräfte berücksichtigen Appetit, Geschmacksempfinden, eventuelle Kauschwierigkeiten oder Schluckstörungen ebenso wie individuelle Ernährungsformen (Normalkost, Diätkost usw.).

6. Ausscheiden

In dieser AEDL erfassen Pflegekräfte Menge, Rhythmus und Art der Urin- und Stuhlausscheidung. Ziel ist es, physiologische Funktionen zu fördern, Pflegeprobleme frühzeitig zu erkennen und bei Pflegebedarf gezielt zu unterstützen (beispielsweise bei Harn- oder Stuhlinkontinenz, Miktionsstörungen, Obstipation oder Diarrhoe).

7. Sich kleiden

Hier liegt der Fokus auf der Fähigkeit, sich situationsgerecht und eigenständig zu kleiden, unter Berücksichtigung individueller Vorlieben, kultureller Besonderheiten und körperlicher Einschränkungen. Dabei geht es sowohl um Tages- als auch Nachtkleidung, die der pflegebedürftigen Person Komfort, Sicherheit und persönliche Identifikation bietet.

8. Ruhen und Schlafen

Im Mittelpunkt dieser Aktivitäten steht das persönliche Ruhe- und Schlafverhalten, das Aspekte wie Einschlaf- und Durchschlafphasen, die Qualität und Dauer des Schlafs sowie individuelle Ruhebedürfnisse am Tag umfasst. Pflegekräfte unterstützen hier dabei, den natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus zu fördern und mögliche Schlafstörungen frühzeitig zu erkennen und gezielt zu behandeln.

9. Sich beschäftigen

„Sich beschäftigen“ widmet sich der individuellen Tagesstruktur, persönlichen Interessen und sozialen Aktivitäten der pflegebedürftigen Person. Ob Hobbys, kreative Tätigkeiten oder Gespräche mit anderen: Die Pflege hilft dabei, eigenständige und gemeinschaftliche Aktivitäten zu ermöglichen und aufrechtzuerhalten, stets abgestimmt auf Fähigkeiten, Wünsche und aktuelle Ressourcen.

10. Sich als Mann / Frau fühlen

Die Pflege sollte ein positives Selbstbild der pflegebedürftigen Person als Mann oder Frau unterstützen, auch im hohen Alter oder bei Einschränkungen. Dazu gehört, geschlechtsspezifische Bedürfnisse ernst zu nehmen, die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu stärken und mit sensiblen Themen wie Sexualität, Intimität und Schamgefühlen professionell umzugehen.

11. Für eine sichere Umgebung sorgen

Hierbei wird sich auf die Förderung einer sicheren Lebensführung, sowohl physisch als auch psychisch, konzentriert. Pflegefachkräfte unterstützen pflegebedürftige Menschen dabei, ihr Wohnumfeld so zu gestalten, dass Stürze, Verletzungen oder Desorientierung vermieden werden. Dazu zählen geeignete Möbelanordnung, rutschfeste Bodenbeläge, ausreichende Beleuchtung sowie Hilfsmittel zur zeitlichen und räumlichen Orientierung, etwa Kalender, Uhren oder persönliche Routinen.

12. Soziale Bereiche des Lebens sichern

In diesem Lebensbereich hilft das Pflegepersonal, bestehende soziale Kontakte zu erhalten und neue Beziehungen aufzubauen. Dazu gehören der Kontakt zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbar:innen, beruflichen Weggefährt:innen sowie die Anbindung an vertraute soziale Strukturen. Auch frühere oder gegenwärtige berufliche Rollen sowie private Verpflichtungen werden berücksichtigt.

13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Der Umgang mit existenziellen Erfahrungen gehört zu den tiefgreifendsten Aspekten des menschlichen Lebens. Verlust, Angst, Einsamkeit, Ungewissheit sowie die Konfrontation mit Sterben und Tod stellen dabei große Herausforderungen dar. Gleichzeitig spielen auch Hoffnung, Lebensfreude und die Suche nach Sinn eine zentrale Rolle. Pflegebedürftige werden hier unterstützt, solche Erfahrungen zu verarbeiten und neue Perspektiven zu entwickeln.

Pflegedokumentation – Auf einen Blick

Definition: Die Pflegedokumentation umfasst alle schriftlichen oder digitalen Aufzeichnungen zum Pflegeverlauf und ist in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben.

Zweck: Sie dient der lückenlosen Nachvollziehbarkeit des Pflegeprozesses und der Qualitätssicherung.

Anwendungsbereiche: Pflegedokumentation umfasst alle pflegerischen Maßnahmen, von der Planung über die Medikamentengabe bis zur Wundversorgung, und hält diese nachvollziehbar fest.

Rechtliche Bedeutung: Eine korrekte Dokumentation ist bei Prüfungen durch Prüfinstanzen wie den MDK oder in rechtlichen Auseinandersetzungen entscheidend.

Digitalisierung: Durch die Anbindung an die Telematikinfrastuktur (TI) kann die digitale Pflegedokumentation effizienter, sicherer und transparenter gestaltet werden.

Elemente der Pflegedokumentation

Eine vollständige Pflegedokumentation besteht aus verschiedenen Elementen, die gemeinsam einen lückenlosen Überblick über den Gesundheitszustand sowie die pflegerische Versorgung einer Person ermöglichen. Die erfassten Daten dienen nicht nur der rechtlichen Absicherung, sondern auch der Qualitätssicherung, interprofessionellen Zusammenarbeit und der besseren Nutzbarkeit innerhalb der Telematikinfrastuktur (TI).

Nachstehend die wichtigsten Bestandteile im Überblick:

Stammdatenblatt

Pflegeanamnese

Biografiebogen

Ärztliche Anordnungen und Maßnahmen

Medikamentenplan

Pflegeplanung

Pflegebericht

Leistungsnachweise

Schmerzerfassung

Wunddokumentation

Ernährungs- und Trinkprotokolle

Vitalzeichenverläufe

Zu den wichtigsten Anforderungen gehören:

Zeitnahe Erfassung: Pflegehandlungen müssen unmittelbar nach der Durchführung dokumentiert werden – idealerweise in Echtzeit.

Nachvollziehbarkeit: Jeder Eintrag muss Datum, Uhrzeit und Namen bzw. Kürzel der dokumentierenden Person enthalten.

Objektivität: Formulierungen sollten wertfrei, präzise und nachvollziehbar sein. Subjektive Einschätzungen sind zu vermeiden.

Fehlerkorrektur: Fehler dürfen nur durch ein lesbares Durchstreichen korrigiert werden. Radierungen, Tipp-Ex oder Überklebungen sind unzulässig.

Rechtssicherheit: Die Verwendung dokumentenechter Stifte (z.B. Kugelschreiber) ist Pflicht. Nachträgliche Manipulationen können im Ernstfall als Urkundenfälschung gewertet werden.

Die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation nach SGB XI

Lange Zeit galt die Pflegedokumentation als Inbegriff bürokratischer Überfrachtung. Pflegekräfte mussten alle Handlungen penibel erfassen, was Zeit kostete und vom Pflegealltag ablenkte. Um diese Belastung zu reduzieren, wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums das sogenannte Strukturmodell als praxistaugliche Grundlage zur Umsetzung des Pflegeprozesses gemäß Artikel 113 SGB XI. entwickelt.

Kern des Modells ist die strukturierte Informationssammlung (SIS). Sie bildet den Einstieg in den Pflegeprozess und basiert auf einem gemeinsamen Gespräch zwischen Pflegefachkraft und Patienten. Dabei werden individuelle Bedürfnisse, Wünsche und Risiken systematisch erfasst.

Der Pflegeprozess wird im Strukturmodell auf vier nachvollziehbare Schritte reduziert: Informationssammlung, Maßnahmenplanung, Durchführung und Evaluation. Aufwendige Nachweispflichten für wiederkehrende Maßnahmen entfallen. Stattdessen wird die fachliche Einschätzung der Pflegekräfte gestärkt. Das schafft Entlastung, Vertrauen und neue Freiräume für die direkte Versorgung.

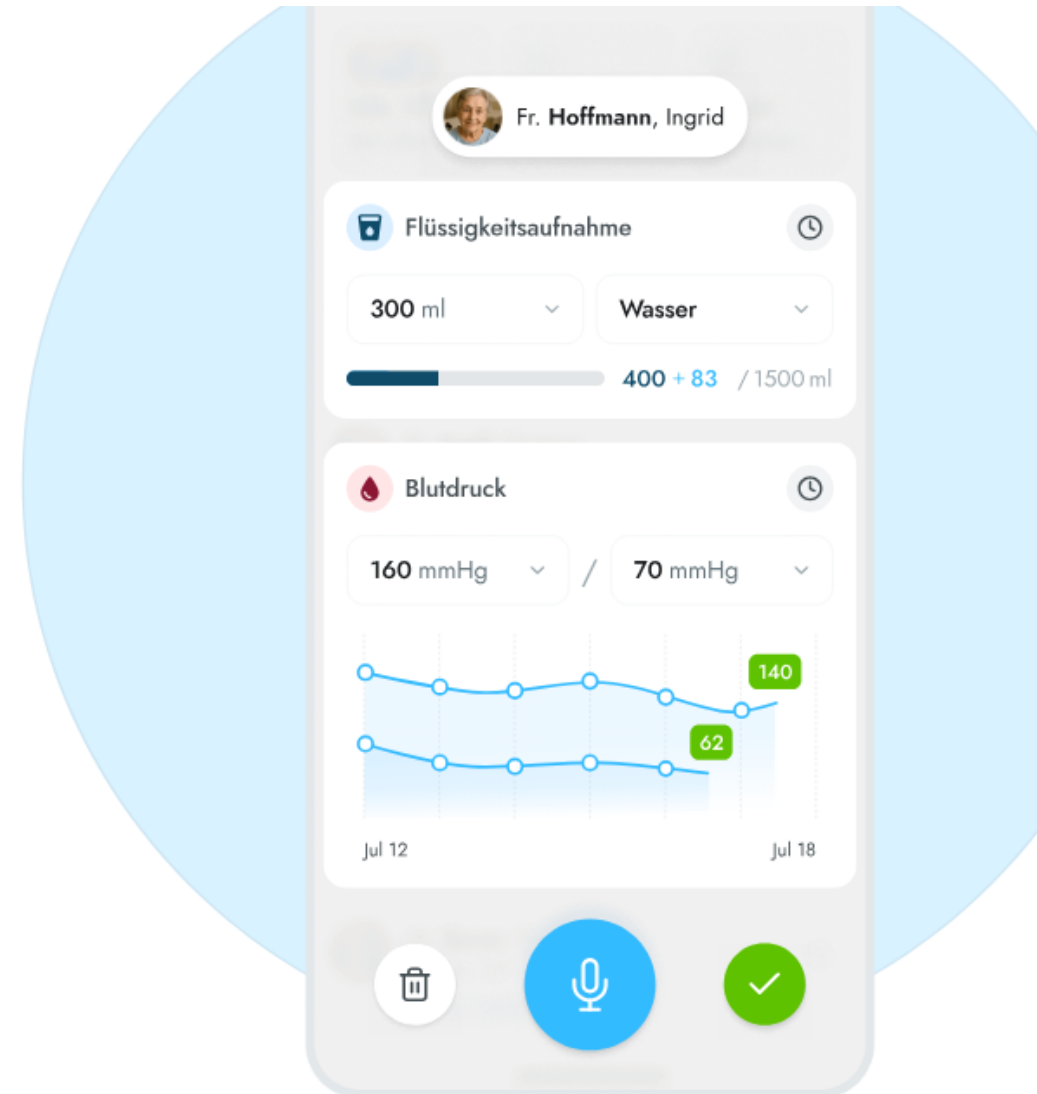
Neue Version ! Schulungen Ein Step beginnen!

Doku einfach sprechen

voize erstellt automatisch die richtige Dokumentation im bestehenden System.

Kostenlose Demo vereinbaren

Referenzen entdecken ➔



Liane Juchli

Erarbeitung Mind Map

ATL Pflege

Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm

Erwin Böhm gilt als einer der bedeutendsten zeitgenössischen Pflegeforscher im Bereich der Psychogeriatric und Gerontopsychologie.

Das psychobiografische Pflegemodell nach Professor Erwin Böhm zielt neben der somatischen Pflege vor allem auf die Seelenpflege demenziell erkrankter Menschen. Ein Hauptziel dabei ist die „Wiederbelebung der Altersseele“.

Erwin Böhme Kurzbiographie

- 1940 in Österreich geboren, erlernte das Handwerk eines Autospenglers
 - 1963 Diplom der Krankenpflege, Berufliche Tätigkeit in der Psychiatrie
 - 1970 Abschluss zum Lehrpfleger
 - 1974 Oberpfleger am psychiatrischen Krankenhaus in Wien
 - 1980-1982 Pflegedienstleiter der Abteilung „Übergangspflege“ am Kuratorium für psychosoziale Dienste in Wien
 - 1985 Publikation des ersten Buches: „Krankenpflege-Brücke in den Alltag“
 - 1990 Gründung der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrische und Psychogeriatrische Fachkrankenpflege angewandte Pflegeforschung“.
 - 2000 Ernennung zum Professor
 - 2001 Gründung des „Europäischen Netzwerks für Psychobiographische Pflegeforschung nach Prof. Böhm“ (ENPP).
- Böhm erhielt viele Auszeichnungen und Preise u.a. den Preis der Anton-Benya Stiftung, das silberne Verdienstzeichen der Stadt Wien, den Gießner Krankenpflegepreis und den „Ehren-Lazarus“.

Böhms Modell befasst sich mit den Möglichkeiten, die Selbstpflege und Selbstfürsorge alter und verwirrter Menschen solange wie möglich zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

In seiner beruflichen Erfahrung als Pfleger, beobachtete er immer wieder, wie Pflegepersonen Alltagstätigkeiten der Patienten unreflektiert übernehmen und diese so in Abhängigkeitsverhältnisse treiben. Böhm kritisierte diese-wie er es nannte- „warm-satt-sauber-Pflege und fordert die Pflegenden zu einer „Pflege mit der Hand in der Hosentasche“ auf:

Auch wenn bereits kognitive Defizite vorhanden sind, sollten verlorene Fähigkeiten mit pflegerischer Unterstützung wieder entdeckt und im täglichen Leben angewendet werden. Beispiele? Schumacher, extra Schrank)

So wie in anderen Modellen auch, ist es ein Anliegen Böhms der Pflege einen sozialpolitischen Auftrag mitzugeben:

Die Pflegenden sollen ihren Blickwinkel erweitern, Pflege soll toleranter werden; Böhm fordert sich vom “ Weltbild der Nächstenliebe“, „der Mutterrolle“ und der Vorstellung des „glücklichen Patienten mit Vollversorgung“ zu lösen (Böhm 1994, S.28).

Die Pflegenden haben sich dabei mehrere Fragen zu stellen
(Böhm 1999, S. 43):

- Habe ich eigentlich ein Bedürfnis zu helfen?
- Und wenn ja-wem?
- Fühle ich mich gar (wie andere auch) berufen?
- Habe ich wenigsten eine Neigung zu helfen?
- Oder gar eine Pflegeneurose?
- Bin ich altruistisch?
- Oder bin ich gar versteckt aggressiv gegenüber Betagten?
- Bin ich meiner Mutter etwas schuldig (und pflege ich daher andere?)

Definition von Gesundheit und Krankheit

Böhm bezieht sich in seiner Definition von Gesundheit und Krankheit auf Parsons, indem er „Gesundheit als einen Zustand optimaler Leistungsfähigkeit für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die ein Mensch sozialisiert wurde“ definiert (Böhm 1999, S.45). Er geht von der Annahme aus, dass Gesundheit primär genetisch festgeschrieben ist, sekundär aber von der Person selbst gesteuert und von der Umwelt beeinflusst werden kann. Gesundheit (im Sinne seelischer Gesundheit) ist alles, was normal ist, was man in einer Gesellschaft üblicherweise tut oder lässt.

Normalität und Gesundheit sind somit das Ergebnis sozialer Konstruktion.

Krank zu sein heißt, nicht mehr in der Lage zu sein, die dem Alter entsprechenden Aufgaben durchzuführen. Das Kranksein unterscheidet sich vom eigentlichen Begriff der Krankheit, die eine mögliche Ursache für ein solches Unvermögen sein kann. Die Gründe für eine Krankheit können vielfältig sein: Das Wertesystem zerfällt z.B. durch die Notwendigkeit, die eigene Wohnung zu verlassen, das Selbstbild geht aus verschiedenen Gründen verloren oder Unter- und Überforderung treten auf und können durch mangelndes Coping nicht abgefangen und bearbeitet werden.

Aufgabe der Pflege

Jeder Mensch wird während seines Lebens durch verschiedene Ereignisse geprägt. Reaktionen, die im Alter auftreten, sieht Böhm als Ausdruck dieser „Prägungszeit“. Die Verhaltensmuster, die Menschen in ihrer Verwirrtheit zeigen, hängen besonders eng mit der Prägung in der Kindheit und Jugend zusammen. Das Modell Böhms geht davon aus, dass die früheren Prägungen (die ersten 25 Jahre) tiefer im Bewusstsein verankert sind und nachhaltiger unser Verhalten bestimmen als später erlernte Bewältigungsmuster (Copings). Je älter die erlernten Muster, umso länger halten sie sich im Abbauprozess.

In Anlehnung an den Regelkreis des wissenschaftlichen Handelns würden die einzelnen Schritte wie folgt aussehen:

1. Wahrnehmen, Beobachten, Dokumentieren eines Verhaltens im Tagesbericht
2. Problemerkhebung, Wochenbogen
3. Assoziieren eines Problems – mit eigener Fachkenntnis nach dem Grundsatz des Normalitätsprinzips
4. Biographieerhebung
5. Hypothese (Was ist Hintergrund dieses Verhaltens? Ursachensuche (pflegediagnostischer Anteil im Modell))
6. Pflegeimpulse/ Interventionen
7. Ausstieg aus dem Kreis bei Besserung des Zustandes. Evaluierung. Fand keine Besserung statt, wird der Durchgang neu gestartet.

Der Regelkreis des wissenschaftlichen Handelns beschreibt den iterativen Prozess von Forschung, der von der Beobachtung eines Phänomens über die Hypothesenbildung und Datenerhebung (Planung und Durchführung) bis zur Analyse und Interpretation der Ergebnisse führt, gefolgt von der Veröffentlichung und der kritischen Reflexion im wissenschaftlichen Diskurs, um bestehende Theorien zu bestätigen, zu widerlegen oder zu erweitern – ähnlich einem PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act).

Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm

Erarbeitung Mind Map zum Psychobiografisches Pflegemodell

<https://www.youtube.com/watch?v=VkyHR0unagw>

https://www.youtube.com/watch?v=R_uwvr36jCM

Diskurs Böhm

- Warm satt sauber wird vom Angehörigen verlangt..
- Unterschiedliche Mitarbeiterniveaus/ Vita
- Böhm nimmt den progreditierten Verlauf hin, konzentration auf ATLs, Rehabilitation?
- Prophezeite Diagnose (Arzt/ Morbus Alzheimer) fixiert Abhängigkeitsverhältnis
- Zu? Hohe Akzeptanz des Status Quo

Therapeutisches Gammeln



Beim therapeutischen Gammeln in der stationären Altenpflege stellen wir Räumlichkeiten und Nahrung zur Verfügung, verzichten aber auf eine vorgetaktete Tagesstruktur und ein festes Programm. Stattdessen machen die Mitarbeitenden Angebote, die auch abgelehnt werden dürfen. Das heißt, die Pflege, die Betreuung und die Hauswirtschaft sollen sich immer wieder fragen: „Hat mir die demenzerkrankte Person den Auftrag dafür gegeben?“

So ist jeder Tag bei uns wie eine Wundertüte. Zum Beispiel müssen die Bewohner nicht um eine bestimmte Uhrzeit Mittagessen. Damit das funktioniert, haben wir eine eigene Spülmaschine sowie eigenes Geschirr, um nicht auf die Zentralküche angewiesen zu sein. Dadurch wird der Alltag entschleunigt.

Dr. rer. medic Stephan Kostrzewa ist Diplom-Sozialwissenschaftler, examinierter Altenpfleger, Fachpfleger Palliative Care sowie Fachbuchautor.

Therapeutisches Gammeln

Film <https://www.youtube.com/watch?v=xkEsHMvMvKc>

[tagesschau24: Alternatives Seniorenheim 'Gammel Oase' - Demenzerkrankte dürfen selbst bestimmen - hier anschauen](#)

Erarbeitung Mind Map zum Thema
therapeutisches Gammeln

Einige Anregungen/ Gedanken

Henderson, Juchli, Roper und Krohwinkel sind Bedürfnismodelle!

Das heißt: Das menschliche Leben verlangt nach Befriedigung der Grundbedürfnisse, von deren Erfüllung das Weiterleben respektive Wohlbefinden abhängt. Der Gesunde befriedigt seine Grundbedürfnisse selbst. Der Kranke muss dabei unterstützt, aktiviert werden. Schwerpunkt hierbei sind Krankheit und daraus resultierende Pflegeprobleme, also die Defizite des Patienten und die entsprechenden pflegerischen Tätigkeiten, mit denen diesen Problemen begegnet werden kann.

Da Henderson, Juchli, Roper und Krohwinkel alle Bedürfnismodelle sind, deshalb möchte ich noch einiges aufzeigen.

Menschenbild:

Jeder Mensch ist ein Individuum ATL – Grundbedürfnisse, die alle gemeinsam haben

Gründe pflegerisches Eingreifen:

Pflegeperson greift ein, wenn der Mensch nicht in der Lage ist, sich selbst gesund zu halten, seine Genesung herbeizuführen oder in Frieden zu sterben. Pflegeperson unterstützt, ersetzt, vervollständigt Fähigkeiten des Menschen.

Einschätzung des Patienten: ATL unter Berücksichtigung der Gewohnheiten und eigenen Fähigkeiten des Patienten. Status erarbeiten, gemeinsam mit Patient und Angehörigen.

Zielsetzung und Planung: Wiederherstellung der Selbstständigkeit wird angestrebt. (Nah; Fernziele)

Schwerpunkte Pflegerischen Handelns:

Pflegerische Handlung bezieht sich immer auf die gesetzten Ziele, Orientierung der Maßnahmen an den Gewohnheiten des Patienten

Bewertung der Pflege:

Grundbedürfnisse wieder selbst wahrnehmen oder mit Einschränkung zurechtkommen. Ziel überprüfen, Pflegeplan notfalls ändern.

Rolle der Pflegekraft:

Gehilfin, Berater des Patienten. Assistent des Arztes. Pflegeplan sollte beide Anteile beinhalten. Pflegeperson, Vermittler zwischen Patient und Umwelt. Hilfe zur Selbstständigkeit.

Alle Aktivitäten des täglichen Lebens, die Lebensaktivitäten oder die Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens sind aufeinander bezogen, stehen in Wechselbeziehung zueinander und setzen grundsätzlich eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen voraus.

Gruppenarbeit

- Auswahl Pflegemodell 10 Minuten
- Erstellung Mind Map 15 Minuten
- Umsetzung Website- 20 Minuten
 - Pflegeeinrichtung Lebensglück
 - Wir pflegen nach dem Modell..... weil..... Unsere Mitarbeitenden....

Monika Krohwinkel

Mind Map

Ein optimales Ergebnis wird erzielt, wenn Mind Mapping als Kreativitäts- und Dokumentationstechnik auf eine Ideensammlung durch Brainstorming oder -writing folgt.

Eine Gruppe sollte nicht zu groß gewählt werden, da ansonsten Kommunikationsprobleme auftreten können. Ferner muss eine moderierende Person (Moderation) darauf achten, dass alle Beteiligten gleichermaßen die Möglichkeit erhalten, ihre Ideen einzubringen.

